

NADA PERSONAL

REPORTE DE DERECHOS HUMANOS SOBRE
LA APLICACION DE LA ANTICONCEPCION
QUIRURGICA EN EL PERU

1996 - 1998

CLADEM



COMITÉ
DE AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE
PARA LA DEFENSA
DE LOS DERECHOS
DE LA MUJER

NADA PERSONAL

REPORTE DE DERECHOS HUMANOS
SOBRE LA APLICACION DE LA ANTICONCEPCION
QUIRURGICA EN EL PERÚ
1996 - 1998

CLADEM



COMITÉ
DE AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE
PARA LA DEFENSA
DE LOS DERECHOS
DE LA MUJER

El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) es una organización regional fundada en 1987 en San José de Costa Rica.

Los derechos sexuales y reproductivos constituyen para CLADEM objeto de principal atención en el marco de la afirmación y fortalecimiento de los derechos humanos de las mujeres.

En esta línea, CLADEM desarrolla acciones educativas y de vigilancia a fin de fomentar la observancia y respeto a los estándares internacionales de derechos humanos y el cumplimiento por parte de los estados de la región de las obligaciones adquiridas mediante los tratados internacionales de derechos humanos.

@ Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem)

Estados Unidos 1295 - 702, Lima 11. Telefax: 4635898

cladem@chavin.rcp.net.pe

ISBN N° 9972-610-09-8

Edición: Gaby Cevalco

Diseño de carátula y diagramación: Marisa Godínez

Impreso en Lima - Perú, abril de 1999.

Índice

Abreviaturas

Reconocimientos

Al inicio del recorrido...

PRESENTACIÓN

Carácter de la investigación que recoge el reporte
Puntos en el tiempo para orientar el recorrido

I.

UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS - 19

II.

APLICACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA EN EL PERÚ Y VIOLACIONES
A LOS DERECHOS HUMANOS - 37

Síntesis de hallazgos

Metas y cuotas

Campañas y festivales de anticoncepción quirúrgica

Esterilización forzada y otras prácticas contrarias a la decisión libre e informada en
materia reproductiva

Prácticas contrarias al derecho a la salud

Muertes y otros desenlaces

Derecho a un recurso efectivo

Examen de discriminación

III.

PREOCUPACIÓN PÚBLICA Y CORRECTIVOS - 127

IV.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES - 149

...Al final del recorrido

Anexos

Bibliografía



Abreviaturas

AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
CCMM	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).
CCT	Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes/NNUU (1984).
CEDAW	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer/NNUU (1979), conocida también como Convención de la Mujer.
CERD	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial/NNUU(1965).
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).
CIPSEVCM	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer/OEA (1994), conocida también como Convención de Belem do Pará.
CMDH	Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993).
CMDS	Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995).
DVCM	Declaración sobre la Violencia contra la Mujer/NNUU (1993).
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos/NNUU (1948).
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social.
MINSA	Ministerio de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PDCP	Pacto de Derechos Civiles y Políticos/NNUU (1966).
PDESC	Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales/NNUU (1966).
PNSRPF	Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1996-2000).
PROMUDEH	Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano.



Reconocimientos

Este informe ha sido elaborado por Giulia Tamayo, abogada e investigadora en derechos humanos, coordinadora del Proyecto de CLADEM «Investigación sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú y acciones de promoción y protección de los derechos reproductivos de las mujeres.»

El Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán tuvo la iniciativa de impulsar la realización de este Reporte de Derechos Humanos y colaboró con su ejecución. Como organización nacional cumplió un papel destacado en la tarea de entregar información a la opinión pública y exponer a las autoridades gubernamentales sobre los principales hallazgos, preocupaciones y recomendaciones al respecto.

El equipo de investigación contó con Raquel Cuentas y Ximena Sierralta, quienes apoyaron en la documentación de casos, así como en la organización del material y sistematización de la información. Carlos Cárdenas de TV Cultura tuvo a su cargo la realización del video, acompañándonos a lo largo del proceso con el registro audiovisual de testimonios y entrevistas.

DEMUS - Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, a través de María Isabel Rosas, asumió la responsabilidad de evaluar y apoyar las acciones legales, contando con Lilia Portillo en la defensa de casos y con las valiosas indicaciones de José Ugaz.

Nuestro especial agradecimiento a las Unidades de Investigación de El Comercio y La República, a los periodistas de tales y otros medios de comunicación nacionales e internacionales que compartieron nuestras preocupaciones y con quienes intercambiamos y cotejamos pistas y hallazgos.

Al Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), particularmente a Anika Rahman y Gaby Oré, quienes nos introdujeron en la metodología del fact-finding, acercándonos información sustancial para el manejo de los estándares internacionales de derechos humanos.

Este informe no habría podido ser realizado sin la valiente y generosa colaboración de las organizaciones locales de mujeres y de derechos humanos que desde 1996 nos alertaron sobre la problemática materia del informe y nos brindaron todo su apoyo en las áreas urbanas como en las localidades rurales más apartadas de nuestro país. Expresamos nuestro particular reconocimiento a dirigentes e integrantes de organizaciones campesinas y de pueblos indígenas.

Nuestro profundo agradecimiento y compromiso con aquellas personas que, venciendo el temor, nos brindaron sus testimonios en la esperanza que nunca más vuelvan ocurrir los abusos descritos. Igualmente a los agentes de salud que nos concedieron entrevistas y aportaron pruebas, aun con la inquietud de posibles represalias.

Nuestro público reconocimiento al Movimiento Amplio de Mujeres¹ que estimuló nuestro trabajo e impulsó la acción organizada en defensa de los derechos de las usuarias en los

1. Iniciativa ciudadana que desde 1996 viene convocando a la acción y expresión organizada de los diversos sectores de mujeres ante los desafíos que enfrenta la sociedad peruana, entre éstos, la erradicación de toda forma de violencia y discriminación; la realización y ejercicio efectivo de los derechos humanos; la afirmación de valores, institucionalidad y prácticas democráticas; la forja de un desarrollo sin exclusiones de tipo social, económico, político o cultural, cuyos resultados beneficien a las actuales y a las futuras generaciones.

servicios públicos de salud, poniendo de manifiesto la relevancia de convocar y atender las voces de las mujeres más directamente implicadas por las decisiones estatales al respecto.

Nuestra particular gratitud a María Esther Mogollón, comunicadora y una de las principales impulsoras de la Campaña por los Derechos de las Usuarias de los Servicios Públicos de Salud,² que el Movimiento Amplio de Mujeres y CLADEM llevaron adelante, sumando en esta acción a una pluralidad de organizaciones de mujeres en las diferentes regiones del país.

Nuestro profundo agradecimiento a Ernesto Alayza, Ernesto de la Jara, Francisco Soberrón, Guadalupe Marengo y Julieta Montañó, defensores de derechos humanos, que accedieron a revisar este Reporte. A Ana Gúezmes, María Emma Mannarelli y Gaby Cevasco del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán por sus valiosos comentarios y largas horas dedicadas. A Miguel Gutiérrez, revisor desde la perspectiva médica. A Isolina Rodríguez y Benjamín Forcano por su lectura y aportes. A José María García por su acompañamiento y cuidadosa revisión de datos y textos.

A María Elena Reyes, coordinadora de CLADEM-Perú, siempre cercana y dispuesta a brindar el apoyo necesario durante la realización del proyecto.

A todas aquellas personas cuya solidaridad permitió la culminación de este reporte.

2. Campaña de Educación y Orientación en Derechos lanzada el 28 de Mayo de 1998 (Día de Acción por la Salud de la Mujer) y sostenida hasta la fecha. En el marco de dicha Campaña, el Movimiento Amplio de Mujeres ha impulsado las bases para la creación de APUS-Salud (Asociación Peruana de Usuarias de Servicios de Salud).

Al inicio del recorrido...

Fue en noviembre de 1996, cuando empezamos a encontrar los primeros indicios y evidencias sobre abusos y otros hechos preocupantes respecto a la implementación del PNSRPF (1996-2000). Los testimonios de aquellas que nos acogieron en sus localidades con ocasión de otra investigación,³ nos proporcionaron las pistas iniciales.

El azar determinó que ese mes de noviembre coincidiéramos con la realización de una Campaña de Anticoncepción Quirúrgica en Huancabamba.⁴ Lo narrado por las campesinas los días previos nos impulsó a ingresar a las instalaciones del establecimiento de salud⁵ a donde eran conducidas las mujeres captadas para dicho procedimiento y solicitamos entrevistarnos con su director.

Una vitrina en el interior de su despacho ofrecía a la vista diversos documentos, entre los cuales destacaba uno que particularmente motivó nuestra inquietud y cuyo contenido nos apuramos en apuntar en los breves minutos en que el nervioso director se ausentó para responder a una llamada. El documento contenía las metas numéricas de anticoncepción quirúrgica programadas para la provincia de Huancabamba correspondientes al año 1996, las ejecutadas hasta setiembre de dicho año, así como la fecha y lugar de las campañas proyectadas hasta diciembre.

A su retorno, el Director disertó sobre la modernización del sector y los altos niveles de eficiencia y productividad de la ZONADIS bajo su dirección. Al exponerle nuestra preocupación por el trato hacia las campesinas por parte de los agentes de salud, particularmente en los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, aludió a rumores interesados en desprestigiarlos. Ante nuestra observación que eran las propias usuarias las que manifestaban ser objeto de abusos y maltratos, el Director acusó a la población de quejosa y mal acostumbrada.

Concluida la entrevista, nos condujeron a la salida en momentos que llegaba un vehículo con un nuevo grupo de mujeres captadas ese día de campaña. No pudimos conocer sus nombres ni de dónde procedían. Eran pobres y estaban silenciosas.

3. Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. CRLP - CLADEM, Nueva York-Lima, 1998.

4. Las fechas de campaña fueron el 22 y 23 de noviembre de 1996, en la capital de la provincia de Huancabamba, del departamento de Piura.

5. Nos referimos al Centro de Salud de Huancabamba, conocido por la población como Hospital Rural de Huancabamba.

Los cuerpos de aquéllas que descendían del vehículo pronto pasarían a ser los números que apresuradamente anotáramos del documento en la vitrina del director.

Fue entonces cuando comenzamos a concebir la realización de este reporte de derechos humanos. La inquietud respecto a intervenciones en planificación familiar orientadas por el cumplimiento de cifras predeterminadas en anticoncepción quirúrgica, en manos de funcionarios refractarios a reconocer los derechos de las personas, iría conduciendo nuestras indagaciones por diversas localidades del país.

De la mano de las organizaciones locales de mujeres fuimos accediendo a la memoria reciente de aquellas que colectivamente buscaban protegerse de una nueva resignación. Los números comenzaron a recobrar sus nombres y sus rostros. Los cuerpos comenzaron a mostrarnos las huellas de lo acontecido.

Han transcurrido más de dos años de ese primer encuentro en Huancabamba. La interrogante que no pudimos responder entonces, hoy ha perdido su misterio. Nada personal, una adición sin identidad y un conjunto de factores que conspiraron contra el derecho a decidir y la salud reproductiva de las más pobres.

Presentación

Este informe contiene los hallazgos y conclusiones principales de la investigación realizada por el Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) sobre aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú.

La investigación comprende hechos acontecidos durante los primeros años de implementación del PNSRPF (1996-2000), incluyendo información hasta noviembre de 1998, bajo la metodología de fact-finding.⁶

Las conclusiones se basan en casos identificados y documentados sobre esterilización forzada y prácticas contrarias al derecho a decidir libre e informadamente, así como en casos que dan cuenta sobre las condiciones en que fueron prestados los servicios de anticoncepción quirúrgica, aspecto considerado para examinar el desempeño del estado peruano respecto al deber de proteger el derecho a la salud.

A modo de introducción ofrecemos una reseña del carácter de la investigación que recoge el reporte con la explicitación de la metodología de fact-finding, seguida de un resumen de sucesos, acciones y reacciones de actores en el último quinquenio. Ambas entradas permiten enmarcar metodológica y cronológicamente el contenido del reporte, organizado en tres secciones.

La primera sección, **Una cuestión de derechos humanos**, expone el marco conceptual y normativo en base al cual es examinado el desempeño del estado peruano y su responsabilidad respecto a violaciones a los derechos humanos en la prestación de servicios de anticoncepción quirúrgica. A fin de contextualizar dicho desempeño, se ofrece la información reunida sobre las políticas en población, salud y planificación familiar, el PNSRPF 1996-2000 y la legislación interna que regula la provisión de anticoncepción quirúrgica.

La sección central, **Aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú y violaciones a los DDHH**, presenta un resumen de hallazgos, examina las violaciones a los derechos humanos encontradas en la aplicación de anticoncepción quirúrgica y coteja el desempeño del estado peruano con los estándares internacionales al respecto.

En la sección, **Preocupación pública y correctivos**, se da cuenta del proceso que alcanza dimensión pública en los últimos meses de 1997, al salir a la luz una serie de denuncias sobre prácticas contrarias a los derechos humanos en la provisión de servicios de anticoncepción quirúrgica, y del cual surgieran un conjunto de planteamientos para corregir los factores y condiciones que con particular intensidad expusieran a riesgos a las personas usuarias a lo largo de 1996 y 1997. Se recogen en esta sección las acciones y pronunciamientos desde el movimiento de mujeres, el proceso por el cual se pone de manifiesto el problema como un asunto de preocupación pública, así como los correctivos declarados por el gobierno peruano y la información recogida sobre su implementación efectiva.

6. Después de noviembre de 1998 y hasta marzo de 1999, encontrándonos en la redacción final de este informe, tuvimos noticias de algunos nuevos casos detectados por misiones de prensa internacional, correspondientes a 1998, así como nueva información sobre los procesos conducidos ante la administración de justicia. Igualmente, hemos incluido referencias a hechos acontecidos o captados en este último período: situación de las personas que declaran daños a su salud, peticiones al respecto, variaciones en la respuesta institucional, entre otras.

Finalmente, presentamos las conclusiones y las recomendaciones formuladas al estado peruano y otros actores.

El reporte va acompañado de tres anexos. En el primero se ofrece el listado de instrumentos normativos tenidos en cuenta. El segundo presenta los lineamientos metodológicos en base a los cuales se ha levantado la información, incluido el repertorio de fuentes que sustentan la investigación. El tercer anexo describe el universo geográfico de donde procede la información.

Carácter de la investigación que recoge el Reporte

La investigación basada en la búsqueda de hechos (fact-finding) y documentación de violaciones a los derechos humanos, ha sido una de las herramientas más importantes utilizadas por los defensores de derechos humanos en las últimas décadas, en su tarea de vigilar y asegurar que las leyes, políticas, decisiones y prácticas en un país sean consistentes con los estándares internacionales de derechos humanos, y que los gobiernos cumplan con las obligaciones adquiridas a través de los tratados sobre la materia.

Tales investigaciones tienen fundamentalmente cuatro propósitos:

- poner de manifiesto un problema de derechos humanos documentando situaciones, condiciones y prácticas contrarias a los derechos humanos reconocidos internacionalmente;
- crear conciencia pública respecto al problema detectado;
- lograr que los gobiernos rindan cuentas para establecer la verdad sobre el problema examinado; y
- contribuir a detener y prevenir tales violaciones a los derechos humanos, buscando una respuesta estatal eficaz para garantizar los derechos y libertades de las personas, incluida la sanción a los responsables y la reparación de los daños causados.

Este tipo de investigación da cuenta de hechos concretos y víctimas específicas (identificación y documentación de casos), contextualiza su incidencia, observa el desempeño del estado involucrado, examina la responsabilidad estatal respecto de tales abusos y formula recomendaciones con vistas a promover y proteger los derechos humanos reconocidos internacionalmente.

La metodología de fact-finding ha sido desarrollada en particular por organizaciones internacionales de derechos humanos. La elaboración de reportes suele encomendarse a misiones, investigadores independientes o a organizaciones locales con trayectoria en el campo de los derechos humanos quienes recogen casos, datos de contexto, normatividad nacional, políticas y decisiones gubernamentales e información relevante para establecer la magnitud, las causas y factores intervinientes, así como los impactos del problema, contrastando los hallazgos con los estándares internacionales de derechos humanos, de manera especial con las obligaciones definidas por los tratados de los sistemas supranacionales de promoción y protección de derechos humanos, suscritos y ratificados por el estado involucrado.

En atención a la credibilidad del reporte, aspecto de crucial importancia en este tipo de investigación, se siguen lineamientos que garanticen una rigurosa y adecuada recolección y ponderación de las evidencias, las cuales pueden estar constituidas por: testimonios de víctimas, familiares y otros testigos relevantes; documentación oficial, si ésta se encuentra disponible; entrevistas a agentes y funcionarios; información de contexto basada en estudios y

estadísticas oficiales y no oficiales de fuente reconocida; material audiovisual y fotográfico. Igualmente, la investigación incluye exámenes especializados y consultas a personas expertas.

Adicionalmente, toma en cuenta la información periodística y la procedente de organizaciones de la sociedad civil, indicando la fuente y el grado de confiabilidad. La investigación, de modo importante, reposa en la recolección de evidencia directa testimonial y documental.

Debe quedar claro que en la elaboración del reporte no se puede excluir evidencia disponible. Los hallazgos durante el proceso de investigación deben aportar al esclarecimiento de los hechos. Quien investiga debe evitar la selección arbitraria de hallazgos. Debe reportar de modo veraz, indicando las limitaciones de su estudio, señalando a la vez en qué fundamenta sus certezas. En la formulación de las conclusiones se da cuenta del nivel de probanza.⁷

Cuando el tipo de problemática o contexto en el que ocurre dificultan la probanza, los testimonios de las víctimas adquieren particular valor. Si un número apreciable de testimonios de víctimas u otros testigos relevantes reflejan la existencia de prácticas sistemáticas, o si esta información al ser cruzada con la versión de funcionarios u agentes involucrados es corroborada, estamos ante un nivel alto de probanza.

Debemos subrayar que éste no es un estudio que reposa en estimaciones cuantitativas o cuyas conclusiones derivan de hallazgos estadísticos. Cada caso cobra valor por sí mismo en tanto nos interroga respecto a la condición humana. Como acertadamente plantea Cervantes Carson, «el evento único cuenta (...) todos los eventos adquieren relevancia social si representan una negación de la individualidad de alguna persona como ser humano. Lo que convierte al evento en una preocupación social legítima no es su peso estadístico (...), sino el hecho que alguna acción organizada o no, prevista o imprevista, signifique o se traduzca en la negación de los derechos esenciales o la posibilidad de su libre ejercicio» (Cervantes, 1996:320).

El presente informe, sin ser cuantitativo, se encuentra respaldado por un número considerable de casos investigados, superando largamente los requerimientos en este tipo de estudios. Adicionalmente debemos indicar que la extensión territorial que alcanzó el trabajo de identificación y documentación de casos, representa casi la totalidad del espacio nacional, haciendo menos aceptable la apreciación de prácticas localizadas o aisladas.

Debemos subrayar que, en estos estudios, se repara en aquellos actos u omisiones que contrarían los estándares internacionales de derechos humanos. El desempeño estatal es expresado como cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones contraídas a través de los tratados, desempeño que puede incluir contraste o infracción a sus propias normas constitucionales y legislación.

La diferencia entre periodismo de investigación y un estudio de esta característica es que el periodista al informar de sus hallazgos no necesariamente ha de emplear tales estándares para evaluar si hubo o no violación a los derechos humanos.⁸ Esta característica del estudio ha sido uno de los aspectos sobre el que hemos advertido insistentemente a quienes se

7. En el caso de El Salvador, por ejemplo, la Comisión de la Verdad de Naciones Unidas clasificó tres niveles empleando términos específicos para cada uno: el primer nivel utilizó la expresión «prueba abrumadora» (prueba altamente convincente), el segundo, «prueba sustancial» (prueba sólida que apoya la conclusión), el tercero, «prueba suficiente» (prueba que apoya y no entra en contradicción con la conclusión).

8. Handbook on Fact Finding Documentation of Human Rights Violations, D.J. Ravindran, Manuel Guzmán, Johannes Ignacio. Asian Forum for Human Rights and Development, pag. 8.

acercaron a nuestros hallazgos. El examen de la información fáctica no tiene por objeto aprobar o desaprobar determinado método anticonceptivo, ni verificar su eficacia o seguridad como tecnología médica.

De igual modo, quienes hemos tenido a cargo el estudio, hemos cuidado que nuestra búsqueda y razonamiento se encuentren rigurosamente orientados por las pautas de derecho. Los criterios religiosos son exclusivamente tratados como datos del contexto, mas no como consideraciones de validez en torno a las cuales inferir la legitimidad o ilegitimidad de un proceder. Son estrictamente los estándares internacionales de derechos humanos, sobre los que reposa el examen. Respecto de éstos no ingresamos al terreno sobre su justificación. Afirmamos con Norberto Bobbio que «el problema fundamental en relación a los derechos humanos hoy no es más cómo justificarlos, sino cómo protegerlos. Este problema es político, no filosófico» (Bobbio, 1996:10).⁹

Tampoco este estudio se propuso «auditar» el número de casos con desenlace de muerte o que desarrollaron complicaciones y/o secuelas de mayor o menor gravedad, directa o indirectamente asociadas a la intervención quirúrgica. Los casos con tales desenlaces han sido recogidos y examinados en tanto en ellos se manifestaran desempeños contrarios a los derechos humanos o reflejaran incumplimiento de la obligación de proteger la salud de las personas.

Téngase en cuenta que las violaciones a los derechos humanos tratadas por este reporte, comprenden de modo importante la esfera de la libertad/autonomía personal, devengue o no en muerte o en daños de diferente magnitud sobre la salud.

En caso de haberse llevado un registro oficial confiable de fallecimientos, complicaciones y secuelas postoperatorias, habría sido relevante considerar tales datos y apreciarlos en contraste con la experiencia mundial registrada.¹⁰ Este no es el caso peruano. Han sido las víctimas o sus familiares cuyos testimonios han permitido que tales casos salgan a la luz. Nuestra búsqueda logró detectar casos de muerte y complicaciones graves que habían permanecido por largos meses encubiertas o veladas por la resignación.

No podemos dejar de advertir algunas de las dificultades en obtener testimonios sobre experiencias como las que este reporte recoge. Sin duda, el acompañamiento que tuvimos por parte de organizaciones locales de mujeres fue una condición decisiva que permitió acceder a un número considerable de testimonios y detectar el carácter sistemático de diversas prácticas sobre la población en una serie de comunidades. Para nuestras entrevistadas, la presencia de las consideradas sus «semejantes»,¹¹ redujo distancias culturales y lingüísticas, construyendo un apreciable puente comunicacional.

Por razones culturales, las mujeres, particularmente en zonas rurales andinas, tienen fuertes reservas a exponer a terceros aquellos hechos que tratan sobre la sexualidad y la reproducción, sea que involucren decisiones, abusos o agresiones. La esfera de la sexualidad y la

9. Traducción propia del inglés.

10. Un porcentaje desproporcionado (en relación a la experiencia comparada) de fallecimientos, complicaciones y secuelas, habría sido —de modo indiscutible— una prueba abrumadora de severo incumplimiento al deber del estado peruano de proteger el derecho a la salud y a la vida de las mujeres. El estado peruano no ha abierto información al respecto. Sin embargo, como veremos más adelante, las autoridades reconocen no haber efectuado un adecuado seguimiento, condición que les habría permitido conocer o aproximarse a tal dato. No es pues el número de casos denunciados sobre muertes o complicaciones recibidos por las autoridades, el universo a contrastar con la experiencia mundial.

11. Término usado por las comuneras en Anta (Cusco) para referirse a sus similares campesinas. En varios testimonios nuestras entrevistadas declaran haber recurrido a sus «semejantes» para hablar de lo ocurrido.

reproducción, por las acusaciones y consecuencias que social y culturalmente levantan sobre las mujeres, son asuntos sobre los cuales se ha arraigado la pauta de guardar silencio. A tales reservas, se suman, según constatamos, sentimientos de temor y vulnerabilidad. El dominio que ejerce quien somete a alguien, se extiende sobre la capacidad de expresión de quien sufre el abuso. El silencio, a saber, es la prolongación de la injusticia. Si a ello se suman contextos que favorecen la impunidad o incluso represalias sobre quien denuncia, estamos ante un grado de dificultad considerable.

Aunque parezca innecesario, debemos indicar que, para quienes han experimentado sufrimiento, recordar no es una acción fácil. Representa volver a sentir, reconocerse vulnerada, actualizar la experiencia doliente. Exige una disposición a ofrecer no sólo una secuencia de hechos, implica abrir sensaciones, sentimientos, deseos y conflictos. La narración que descubre lo pasado, no sólo imprime un acta de acusación. Quien relata se incluye como sujeto, con sus logros y resistencias. Se presenta como parte interviniente en esa batalla por su propia humanidad.

Al cabo de sus relatos les confiamos, en reciprocidad, experiencias de mujeres, las propias y de otras. No fue un encuentro entre quien relata y fríos dispositivos de registro. Sus confidencias a nosotras eran un caudal de signos respecto a una identidad que como mujeres compartimos.

Puntos en el tiempo para orientar el recorrido

- Hacia 1994, la comunidad internacional organizada planteó la ruptura entre los «objetivos demográficos» y los programas de planificación familiar. La primacía de los derechos humanos sobre justificaciones demográficas, debía dejar atrás intervenciones estatales orientadas a modificar compulsivamente el comportamiento reproductivo de la población. La Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), puso el acento en la salud sexual y reproductiva, los derechos reproductivos y una perspectiva orientada a la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres. El Perú se adhirió a la Declaración de El Cairo y al Programa de Acción.¹²
- En 1995, al inicio de su segundo mandato, el presidente Alberto Fujimori había declarado que las mujeres serían «dueñas de su destino», anunciando medidas orientadas a «democratizar» los servicios de planificación familiar a fin de asegurar el acceso de la población más pobre. Ese mismo año, el Congreso de la República modificó la Ley Nacional de Población a fin de incluir la anticoncepción quirúrgica voluntaria como una opción a ser prestada por los servicios del sistema público de salud. La modificación incluyó un párrafo que declaraba que en todo caso, la adopción de los métodos se basa en el libre ejercicio de la voluntad personal, sin que medien estímulos o recompensas materiales. «De facto», la anticoncepción quirúrgica venía siendo prestada a través de los servicios públicos de salud en el marco del Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-1995", el cual había considerado entre sus metas «contribuir a la disminución de la tasa de crecimiento poblacional de 2.1 en 1991 a 1.9 en 1995, reduciendo la tasa global

12. Pero dejaría expresa constancia (a modo de reserva) que conceptos como los de «salud reproductiva, derechos reproductivos y regulación de la fecundidad (...) requieren de una mayor precisión (...).»

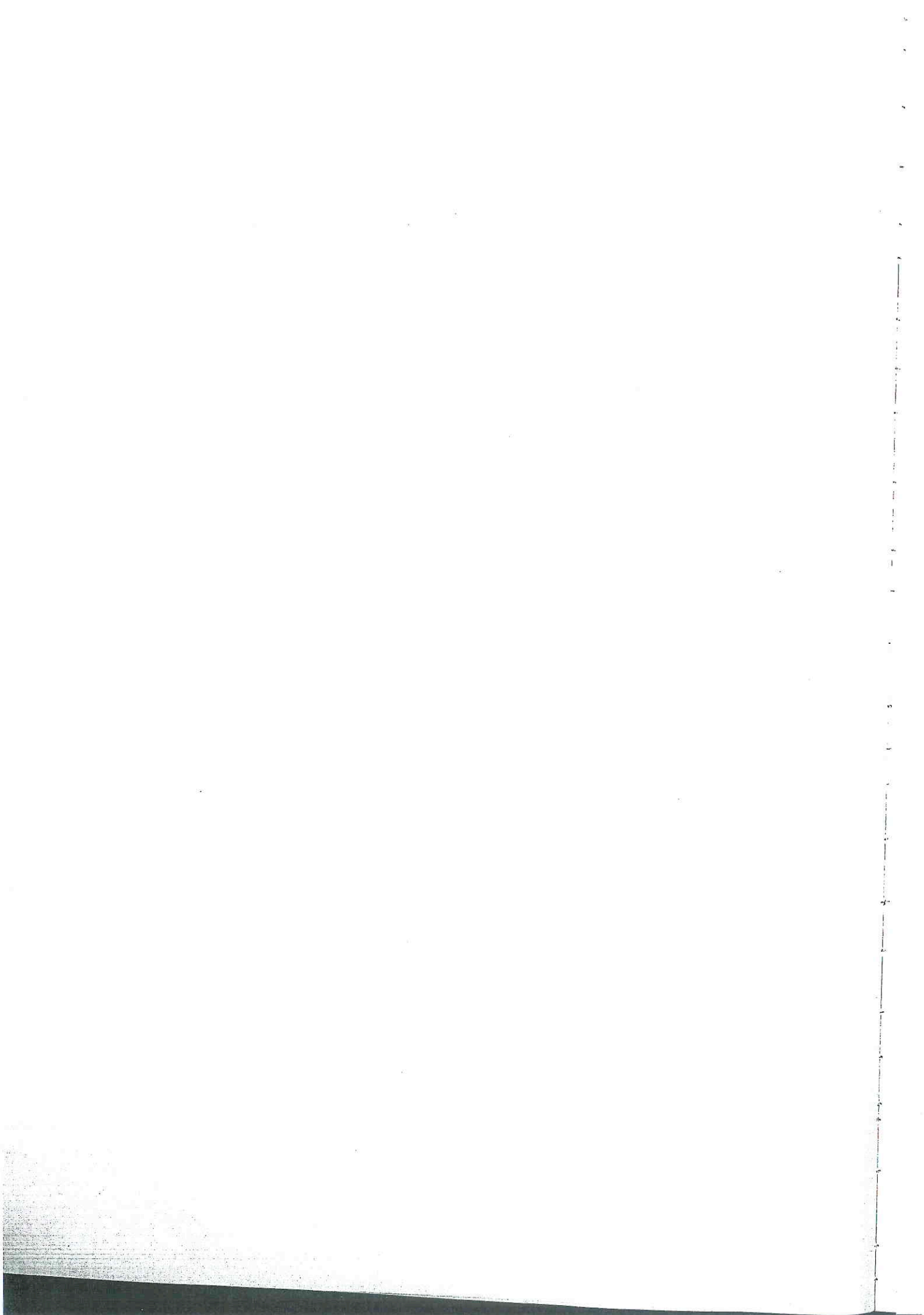
de fecundidad de 3.5 en 1991 a 3.0 en 1995.» La prestación de anticoncepción quirúrgica fue incluida como intervenciones por riesgo reproductivo en el Manual de Salud Reproductiva aprobado en 1992 por Resolución Ministerial 0738-92-SA/DM.

- Por R.M. 572-95-SA/DM se estableció la gratuidad del suministro de la más amplia gama de métodos anticonceptivos, incluida la esterilización quirúrgica voluntaria, «a fin de asegurar a las personas su libre e informada decisión.»
- Mediante R.M.071-96-SA/DM se aprobó el PNSRPF 1996-2000. Incluyó como metas generales, «[I]llegar al año 2,000 habiendo alcanzado la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros necesaria para asegurar una TGF de 2.5 hijos por mujer» y definió entre sus metas de cobertura de servicios «lograr que el 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber tenido consejería individual.» En 1997 fue elaborado el Manual de Normas y Procedimientos en AQV.
- En 1996, algunas organizaciones locales de mujeres y de derechos humanos comenzaron a informar sobre abusos y en 1997 se alcanzan las primeras denuncias a la Defensoría del Pueblo. Igualmente, comienzan a revelarse presiones sobre el personal de salud para el cumplimiento de cuotas de captación de usuarias de anticoncepción quirúrgica, en diferentes localidades urbanas y rurales, y empiezan a surgir las primeras pruebas sobre la existencia de metas numéricas al respecto establecidas por la autoridad político-administrativa en salud. A partir de entonces se irían acumulando evidencias sobre violaciones a los derechos humanos en el marco de una política fuertemente centrada en la captación de personas para la aplicación de métodos irreversibles y dirigida en especial a mujeres en pobreza y pobreza extrema.
- A partir de diciembre de 1997, dos de los principales medios de prensa escrita sacaron a la luz una serie de hechos que revelaban abusos y condiciones preocupantes en la provisión de anticoncepción quirúrgica en el Perú, dando cuenta de casos concretos que resultaron en muerte o complicaciones graves postintervención.
- A raíz de las denuncias, Joseph Rees, Staff Director y Consejero Jefe del Subcomité de Operaciones Internacionales y Derechos Humanos del Congreso Norteamericano, emprendería una visita al Perú del 17 al 25 de enero de 1998 para investigar posibles violaciones a los derechos humanos en el marco del PNSRPF y la participación de USAID respecto del mencionado Programa, considerando entre otros puntos de indagación el posible uso de alimentos –financiados con fondos de ese país–, en la captación de usuarias de anticoncepción quirúrgica.
- La primera reacción del gobierno peruano fue sindicar a los grupos conservadores como impulsores de una campaña periodística dirigida a generar desconfianza en la población respecto del método de anticoncepción quirúrgica. Igualmente, las autoridades negaron la existencia de metas¹³ en anticoncepción quirúrgica, rechazando igualmente la imposición de cuotas¹⁴ de captación de usuarias sobre establecimientos y personal de salud. Afirmaron que el PNSRPF se venía implementando de modo respetuoso a los derechos de las personas usuarias.

13. Cifras proyectadas a nivel nacional, regional y subregional.

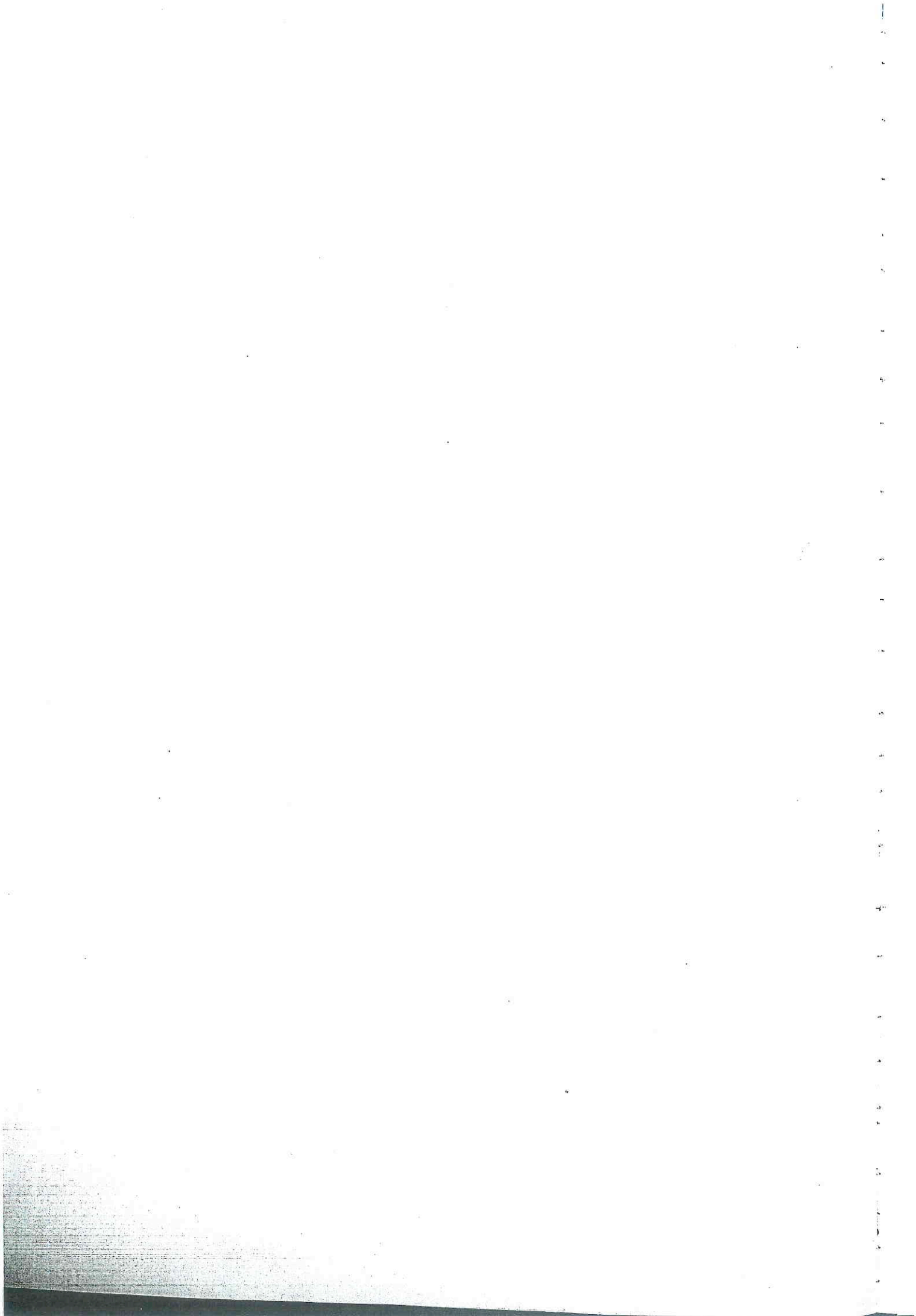
14. Número de pacientes a captar según asignaciones a nivel local.

- En enero de 1998, la Defensoría presentó su informe concluyendo que existían elementos suficientes para plantear correctivos al PNSRPF.
- En marzo de 1998, el Ministerio de Salud declaró que emprendería correctivos al PNSRPF. Su implementación efectiva presenta aún observaciones respecto de los instrumentos normativos para garantizar el proceso de decisión de las personas y para proteger el ejercicio de sus derechos. Igualmente las autoridades del sector anunciaron que investigarían las denuncias, sancionarían a los responsables y repararían a las víctimas. No ha salido a la luz pública una cabal información sobre los resultados de las investigaciones.



I.

Una cuestión de
derechos humanos



1. Estándares internacionales de derechos humanos

Los sistemas de protección y promoción de derechos humanos gravitan sobre la base del desarrollo de estándares exigibles a los estados. Tales estándares se han ido construyendo y precisando en el tiempo, recibiendo los impactos de los consensos internacionales. La influencia de estos últimos se refleja, bien en el desarrollo de instrumentos jurídicos promovidos por tales consensos, o bien en la adopción de sus contenidos y orientaciones por parte de los órganos monitores de los tratados a efectos de examinar el desempeño de los estados.¹

El concepto de «decisión libre y responsable respecto del número y oportunidad de los hijos a procrear», fue introducido por primera vez mediante el artículo 16 de la Proclamación de la Conferencia de Teherán (1968), apareciendo estrechamente vinculado a las nuevas posibilidades ofrecidas por la ciencia para la regulación de la fecundidad.

La cuestión sobre la titularidad del derecho ha venido demandando cuatro décadas de definiciones. «Mientras que en los años sesenta se reconocía a la familia, para los setenta y ochenta ya se había convertido en la pareja. (...) La tendencia parece perfilarse más hacia una titularidad que tenga como referencia a las personas directamente concernientes en las decisiones respecto a la fecundidad, es decir en primera instancia a la mujer y después a la pareja o, en todo caso, a cualquier otra persona que la propia mujer reconozca como directamente vinculada a tal proceso. Tal vez en un futuro esta evolución positiva permita anclar irrestrictamente la titularidad en la mujer, al deslindar las reales participaciones de los géneros en el proceso reproductivo» (Cervantes, 1996:325).²

De hecho, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) afirman a las personas como titulares, y ponen de relieve los derechos humanos de las mujeres reconocidos como tales por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993).

Desde 1974,³ el consenso internacional planteó como obligaciones de los estados, por un lado, no inhibir el proceso de toma de decisiones con respecto a la reproducción, ya sea a través de la coerción o del ocultamiento de la información necesaria para tomar la decisión y, por otro lado, facilitar la provisión de los medios necesarios para el ejercicio de las decisiones que han sido tomadas (Cervantes, 1996:326). Esta última obligación se insertaba en el campo de los derechos sociales, los cuales habían sido reforzados a nivel del sistema universal de derechos humanos con el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

En 1975, la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer dio cuenta de preocupaciones críticas derivadas de diversas formas de discriminación contra la mujer. La Convención Internacional contra Todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer, conocida también como la Convención de la Mujer, fue adoptada el 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de setiembre de 1981. Las cuestiones relativas a la planificación familiar y el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, fueron incluidas en cuatro de sus provisiones

1. Así, el Comité que monitorea la Convención de la Mujer (CEDAW) acordó usar el Programa de Acción de El Cairo para determinar estándares de desempeño de los estados a fin de dar cumplimiento a sus obligaciones bajo el artículo 12 de la Convención. Este artículo compromete a los Estados Partes a adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica y garantizar el acceso a tales servicios sin discriminación.

2. Cfr. CERVANTES, 1996:325.

3. Plan de Acción Mundial en Población.

sustanciales: artículo 10 (sobre educación), artículo 12 (sobre salud), artículo 14 (sobre mujer rural) y artículo 16 (sobre matrimonio y relaciones familiares).

A fines de los setenta, la experiencia mundial puso de relieve la tensión estado-individuos ahí donde los proyectos estatales se orientan a controlar el crecimiento de la población.

El movimiento de mujeres colocaría en el terreno de las preocupaciones mundiales la reivindicación de la autodeterminación de las mujeres respecto a la esfera sexual y reproductiva, demandando la proscripción de toda forma de coacción y violencia. El derecho a la información cobraría valor como componente sustancial e interdependiente del derecho a decidir en materia reproductiva.

Los consensos de la década de los noventa

La Conferencia de Río, conocida como la Cumbre de la Tierra, al abordar la problemática del medio ambiente y el desarrollo, puso de manifiesto posiciones enfrentadas sobre la relación entre población y desarrollo sustentable. En este contexto, el movimiento feminista tuvo discrepancias frente al Grupo Población:⁴ «Para las feministas, el Grupo Población obstaculiza la mejora de la posición de la mujer, porque promover la planificación familiar vuelve a acusar a las mujeres, en realidad al vientre de las mujeres (sic), de ser responsables de la destrucción del medio ambiente» (Lassonde, 1997:43).

Luego de lo ocurrido en Río, dos años más tarde con ocasión de la Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), se produjeron giros en las posiciones. La vertiente asociada al ecofeminismo opta por mantener una posición cautelosa y de diferenciación respecto del «Grupo Población.» Sin embargo, ante un escenario en el que la tensión principal habría de manifestarse entre los defensores de una concepción laica de la sociedad y los voceros de una concepción teocrática, el movimiento feminista internacional se orientó a abogar por un firme lenguaje de derechos,⁵ posición que había salido fortalecida con el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993). Martha Campbell, citada por Lassonde, indica que entre los mecanismos de tal acercamiento entre el Grupo Población y el feminismo destacó el «abandono de la primacía acordada a los programas de planificación familiar por el Grupo Población en beneficio de la prioridad defendida por el movimiento feminista, a saber, la salud, los derechos y la posición de las mujeres. Ambos grupos adoptan entonces una actitud y un lenguaje comunes cristalizados en la noción de salud reproductiva» (Lassonde, 1997:43-44).

La Declaración y el Programa de Acción resultantes de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) son receptores así de un fuerte lenguaje de derechos que luego seguiría influenciando los consensos de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

Los consensos de El Cairo y de Beijing se han constituido en las líneas maestras sobre las cuales las instancias monitoras de los tratados de derechos humanos han encaminado el

4. «Se llama 'Grupo Población' a un grupo de origen estadounidense con objetivos internacionales, en el que se encuentran representantes de los medios académicos, gubernamentales, de las ONGs y de los medios de información» (Lassonde, 1997:42).

5. El lenguaje de derechos invocado será en el terreno de la afirmación de los derechos humanos universales, en autonomía de interpretaciones o tradiciones culturales o criterios religiosos.

examen de los desempeños de los estados en materia de población y salud reproductiva, incluida la planificación familiar.

La Conferencia de El Cairo declaró que «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» (párr.1.15).

En la sección sobre derechos reproductivos y salud reproductiva precisa:

«los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con el objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información o servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.»⁶

El Programa de Acción declara orientarse por una definición amplia de salud reproductiva que incluye la salud sexual.⁷ La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.⁸ En este mismo párrafo, la CIPD incluye «el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.»

6. Párr.7.3 del Programa de Acción de la CIPD.

7. Párr.7.4 del Programa de Acción de la CIPD.

8. Párr.7.2 del Programa de Acción de la CIPD.

Las responsabilidades de los estados según los consensos de El Cairo y Beijing

En todos los servicios y organismos de prestación de los servicios de salud, los estados deben asegurar el respeto a los derechos humanos y seguir normas éticas, profesionales y sensibles en relación al género, especialmente en la planificación de la familia y en los servicios de salud reproductiva conexos.⁹

Los estados son responsables por el desempeño de los agentes encargados de la prestación de servicios públicos de salud, debiendo adoptar medidas para prevenir y erradicar prácticas de violencia contra las usuarias.¹⁰ Los estados tienen también la obligación de investigar y de actuar diligentemente para lograr sanciones efectivas contra los responsables de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el contexto de los servicios públicos de salud.¹¹

En el campo de la salud y los derechos relacionados a la sexualidad y a la reproducción, los estados tienen el deber de implementar acciones que contribuyan al ejercicio y realización de tales derechos.¹²

Asimismo, deben considerar los daños, riesgos y desventajas que experimentan grupos específicos de mujeres¹³ y desarrollar las inversiones destinadas a asegurar el acceso de estos grupos a servicios obstétricos, maternos y de emergencia.¹⁴

El Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de la CCMM acentúan la importancia de la provisión de servicios de salud reproductiva seguros, eficaces, accesibles y aceptables.¹⁵ Los servicios requieren el desarrollo de estándares sensibles al género para la provisión de servicios de buena calidad.¹⁶

2. Obligaciones contraídas por el estado peruano a través de los tratados y observaciones sobre su cumplimiento

El Perú ha suscrito y ratificado los principales tratados internacionales de derechos humanos. A nivel del sistema universal: Pacto de Derechos Civiles y Políticos, Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Igualmente ha suscrito y ratificado el Convenio OIT 169 Sobre Pueblos Indígenas. A nivel del sistema interamericano: Convención Americana, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará).

9. Plataforma para la Acción de la CCMM, párr. 106 (g) y CIPD, 7.12, 7.17 y 15.18.

10. Declaración de la CMDH, párr. 18 y Programa de Acción, párr. 48 y 49; CIPD, principio 11, 4.4 (e), 4.9, 4.23, 6.9, 6.10, 7.39, 10.16 (c), 10.18; Plataforma para la Acción de la CCMM, párr. 107 (q), 113 (a), 115, 130 (e), 230 (m, n), 283 (b) (d).

11. Plataforma para la Acción de la CCMM, párr.124 (i).

12. Declaración de la CCMM, párrafo 31, Plataforma para la Acción párr. 95, 96, 232 (f); CIPD 4.4 (c) y 7.3.

13. Plataforma para la Acción, de la CCMM párr. 5, 43, 288 y 291; Declaración de la CCMM, párr. 36; CIPD, 13.8 (a), 16.10.

14. Plataforma para la Acción de la CCMM, párr. 106 (e, i, y), 110 (a); CIPD, 13.14 (a), 13.15.

15. CIPD, párr. 7.5, 7.23; Plataforma de la CCMM, párr. 92 y 106 (e).

16. Programa de Acción de la CIPD, párr. 7.23 y Plataforma para la Acción de la CCMM, párr. 95, 103, 106 (c y g).

En relación con la CEDAW

El Perú ha rendido hasta la fecha cuatro informes ante el Comité Monitor de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. El Comité de la CEDAW, ante el Segundo Informe en 1995, incluyó, entre los principales temas de preocupación, aquéllos vinculados a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres: «12. La situación de la salud de las mujeres y la infancia en el Perú es de gran preocupación para el Comité, particularmente la alta mortalidad materna como resultado de los abortos clandestinos.»

En sus sugerencias y recomendaciones, el Comité se pronunció en los siguientes términos:

«13. El Comité hace un llamado al Gobierno para que asegure la provisión de servicios sociales como educación, empleo y salud ya que afecta considerablemente a las mujeres.»

«15. El Comité urge al gobierno a examinar las causas de la alta tasa de mortalidad materna incrementada por abortos clandestinos y a revisar la ley sobre aborto, tomando en consideración las necesidades de salud de las mujeres y considere suspender las penas de prisión a las mujeres que abortan ilegalmente.»

«16. El Comité sugiere buscar la cooperación de asociaciones médicas y de jueces y abogados para considerar un uso más amplio de la excepción terapéutica a la prohibición del aborto, en casos de peligro para la salud de la madre.»

«18. El Comité exhorta al estado peruano a tomar medidas para que el fortalecimiento de la familia conduzca simultáneamente a un fortalecimiento de los derechos individuales de las mujeres y a una distribución equitativa de responsabilidades entre varones y mujeres.»

El Comité de la CEDAW ante el Tercer y Cuarto Informe presentados por el Perú en 1998, se pronunció mostrando especial preocupación por la alta tasa de mortalidad materna, mortalidad infantil, embarazo adolescente, desnutrición y la frecuencia de enfermedades prevenibles, “lo que contribuye a mostrar una verdaderamente grave imagen sobre el sistema de salud en el Perú.”¹⁷ Ante ello, el Comité recomendó que se realicen todos los esfuerzos debidos para que las mujeres de sectores en desventaja puedan ejercer su derecho a la salud y reciban adecuada atención y la información necesaria del personal médico y paramédico como parte del respeto básico de sus derechos humanos.¹⁸

El Comité recomendó nuevamente la revisión de la normatividad sobre aborto y que el gobierno peruano asegure que las mujeres tengan acceso a servicios de salud que incluyan aborto seguro y atención médica de emergencia en casos de complicaciones.¹⁹ El Comité igualmente ha solicitado al gobierno peruano que en el siguiente reporte periódico incluya información sobre la implementación de estas medidas y sobre los servicios de salud disponibles para aquéllas que necesitan atención médica de emergencia como resultado de complicaciones.²⁰

Igualmente el Comité expresó su preocupación por la falta de información y acceso a anticoncepción adecuada entre mujeres pobres en áreas urbanas y rurales, mujeres indígenas

17. CEDAW/c/1998/II&L.1/Add.7 del 8 de julio de 1998, párr.46.

18. *Ibid*, párr.47

19. *Ibid*, párr.49

20. *Ibid*, párr.49

y adolescentes,²¹ y recomendó que se establezcan programas de planificación familiar que enfatizen en la educación sexual, uso adecuado de la anticoncepción y uso responsable de los servicios de esterilización, con la expresa autorización de la usuaria y luego que las consecuencias de dicho procedimiento le sean cabalmente explicadas. Debe con tal fin garantizar y promover el ejercicio de los derechos de las usuarias.²²

En relación con el PDCP

En 1996, el Comité de Derechos Humanos (PDCP) expresó su preocupación por la penalización del aborto en el Perú, legislación que incluso sanciona a las mujeres cuando el embarazo es resultado de una violación sexual. Similar inquietud manifestó por el hecho que el aborto clandestino constituyera una de las causas principales de mortalidad materna en el Perú. El Comité encontró que las normas restrictivas sobre el aborto en el Perú someten a las mujeres a trato inhumano, contrariando el artículo 7 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos.²³

En relación con el PDESC

El Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ante el informe inicial de Perú en 1997, se pronunció expresando su preocupación por lo concerniente al derecho a la salud y recomendó que se adopten medidas para mejorar el sistema de atención de la salud y extenderlo a todos los sectores de la población.²⁴

En relación con el CERD

Luego de examinar los reportes periódicos del Perú número doce y trece (CERD/C/298/Add.5), el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial incluyó en sus conclusiones²⁵ el siguiente párrafo, bajo el título «Principales motivos de preocupación»:

«19. El Comité ha obtenido información que señala las importantes carencias a nivel de salud en la población rural de los Andes y la Amazonía, así como los alegatos de esterilización forzada en mujeres que pertenecen a comunidades indígenas. Además, tiene información acerca de la diferencia de casi veinte años en la esperanza de vida de la población de origen indígena en comparación al resto de la población.»

3. Compromisos del estado peruano en el marco de las Conferencias de El Cairo, Copenhague y Beijing

El Perú adhirió la Declaración de El Cairo y al respectivo Programa de Acción, "dejando

21. Ibid. párr. 50.

22. Ibid. párr. 51

23. United Nations, Concluding Observations of the Human Rights Committee. 11/18/96, CCPR/C/79/Add.72, párr.15.

24. Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre Perú, Doc. E/C.12/1/Add.14, del 20 de mayo de 1997.

25. CERD/C/SR.1330 del 18 de marzo de 1999.

constancia" (a modo de reserva), que conceptos como «salud reproductiva, derechos reproductivos y regulación de la fecundidad (...) requieren de una mayor precisión y de una determinante exclusión del aborto por ser un método contrario al derecho a la vida.»

El Perú se comprometió en la Cumbre Social a reducir la mortalidad materna al año 2,000 en un 50%.

El Perú adhirió a la Declaración de Beijing y a la Plataforma para la Acción. Aún no tiene un Plan Nacional de Implementación de la Plataforma para la Acción.

4. Esferas de especial preocupación en relación a la materia que trata este reporte, según principios y derechos reconocidos internacionalmente

- **Principio de igualdad y prohibición de discriminación** (DUDH, PDCP, PDESC, CERD, Convención de la Mujer, Declaración Americana, Convención Americana, Convenio OIT N° 169 sobre Pueblos Indígenas, CMDH, CIPD, CCMM).
- **Derechos reproductivos**, que comprende libertades fundamentales, el derecho a la seguridad personal, el derecho a la información, el derecho a la salud reproductiva (DUDH, Convención de la Mujer, PDCP, PDESC, Declaración Americana, Convención Americana, CMDH, CIPD, CCMM).
- **Derecho a la salud**, que incluye la salud sexual y reproductiva y el acceso a servicios de calidad en el campo de la planificación familiar (DUDH, PDESC, Convención de la Mujer, Protocolo de El Salvador, CMDH, CIPD, CCMM).
- **Derecho de las mujeres a una vida sin violencia** que determina la obligación por parte de los estados de prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género (DUDH, DCVM, PDCP, Convención Americana, Convención de la Mujer, CIPSEVCM, CMDH, CIPD, CCMM).
- **Derecho a la vida y a sobrevivir, el derecho a la integridad personal** (DUDH, PDCP, Convención de la Mujer, Declaración Americana, Convención Americana, CIPSEVCM).
- **Derecho a un recurso efectivo** (DUDH, Declaración Americana, PDCP, Convención Americana, Convención de la Mujer, CIPSEVCM, CMDH, CIPD, CCMM).

5. Términos de referencia para evaluar la responsabilidad estatal por violaciones a los derechos humanos

En la tradición y el desarrollo jurisprudencial bajo el marco internacional de los derechos humanos, la responsabilidad de los estados ha sido clasificada, de acuerdo a tres tipos: por acción gubernamental (perpetrar o propiciar violaciones a los derechos humanos), por complicidad gubernamental y/o falta de acción o diligencia (tolerar violaciones a los derechos humanos) y por desigual protección jurídica e institucional hacia determinados sujetos o grupos poblacionales (discriminación).

En la jurisprudencia internacional, la responsabilidad del estado puede configurarse, no sólo por actos de los tres poderes –Ejecutivo, Legislativo y Judicial– sino también por omisiones de esos tres poderes.²⁶

Ello deriva de los tres tipos de deberes a los que están comprometidos los estados: deber

26. Cfr. Cançado, 1996:129.

de respetar, de proteger y de realizar los derechos humanos reconocidos internacionalmente. Lo que debe expresarse en el cumplimiento de las obligaciones positivas (de hacer/intervenir) y negativas (no hacer/no intervenir) establecidas mediante tratados .

Rebecca Cook emplea tres categorías para analizar la responsabilidad estatal en las violaciones a los derechos reproductivos:

Categoría 1: violaciones que resultan de acción directa por parte de un estado, tales como esterilización y abortos forzados.

Categoría 2: violaciones relativas a la falla o incumplimiento del estado en el logro de obligaciones básicas de protección a los derechos humanos, tales como la denegatoria de atención en salud o acción negligente del Estado en la reducción de las tasas de mortalidad materna.

Categoría 3: violaciones relacionadas con patrones de discriminación, tales como desigualdades persistentes que ponen en desventaja a determinados grupos respecto a su derecho a la salud.

En nuestra investigación hemos tenido en cuenta los siguientes criterios para examinar la responsabilidad estatal, los mismos que se encuentran definidos de acuerdo a los tratados internacionales a los cuales está vinculado jurídicamente el estado peruano y a aquellos criterios que han sido incorporados según la jurisprudencia de las instancias internacionales de derechos humanos:

- a) Responsabilidad por decisiones gubernamentales manifiestas o encubiertas que propician violaciones a los derechos humanos.
- b) Responsabilidad por prácticas violatorias a los derechos humanos por parte de agentes estatales en el contexto de la prestación de servicios de salud reproductiva y planificación familiar.
- c) Responsabilidad por falta de diligencia en disciplinar, corregir, sancionar, actos y conductas contrarios a los derechos humanos en la conducción y prestación de servicios de salud reproductiva y planificación familiar.
- d) Responsabilidad por no garantizar jurídicamente y en el plano de la institucionalidad pública el respeto, ejercicio y goce de los derechos humanos de las personas usuarias.
- e) Responsabilidad por discriminación.

6. Perú: datos generales

- Para junio de 1997, la población estimada del Perú era de 24 millones 371 mil habitantes,²⁷ con una tasa de crecimiento anual media de 1,77%, la que ha bajado de manera sistemática de su nivel más alto, 2,87% en el quinquenio 1965-1970.²⁸ El 50,3% de la población son mujeres y de éstas, aproximadamente 6 millones 259 mil son mujeres en edad fértil.²⁹ El índice de masculinidad es superior en algunos pueblos indígenas.³⁰

27. INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), Estado de la población peruana 1997. Salud reproductiva, pág.7.

28. Ibid, pág. 7.

29. ENDES (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar) 1996, pág. XXXIII.

30. De acuerdo al Censo de 1993, el índice de masculinidad en la población de las comunidades indígenas de la Amazonía peruana es de 109 por cada 100 mujeres, superior al promedio nacional que es por debajo de 99 por cada 100 mujeres. La menor proporción de mujeres en la mayoría de estos pueblos estaría explicada, en parte, por la alta mortalidad materna (INEI/UNICEF, 1997, pág. 17).

- El 66,7% de la población reside en las áreas urbanas y el 33,3% en áreas rurales.³¹
- La esperanza de vida al nacer es de 67,9 años.³² Mientras en el área urbana es de 71 años, en el área rural desciende a 63 años. En Lima alcanza 77 años mientras en departamentos mayoritariamente indígenas como Huancavelica puede bajar hasta 57,3 años.³³
- La edad mediana al nacimiento del primer hijo no ha experimentado cambios significativos en los últimos 25 años: sólo aumentó de 21,4 a 21,9 años.³⁴
- La tasa global de fecundidad (TGF), de acuerdo a la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar de 1996, fue de 3,5 hijos por mujer. Esta cifra disminuye en la zona urbana a 2,8 hijos por mujer y se incrementa considerablemente en la zona rural a 5,6 hijos por mujer.³⁵ Según el PROMUDEH, haciendo referencia a datos del INEI de 1997, la tasa global de fecundidad (TGF) bajó de 3,43 hijos por mujer en el período 1990-1995 a 2,98 en 1996.³⁶
- La tasa de mortalidad infantil antes del primer año ha sido estimada en 43 por 1,000 nacidos vivos,³⁷ sin embargo presenta diferencias marcadas por regiones y áreas. Así, en Lima, donde se encuentra ubicada la ciudad capital, presenta la tasa más baja (23 por mil), mientras que en el resto de la costa es de 41 por mil, en la selva es de 52 por mil y en la sierra ésta alcanza a 69 por mil.³⁸ En el área urbana la tasa es de 35 por mil, en el área rural ésta se duplica, llegando a 71 por mil. En el departamento de Huancavelica, el riesgo de muerte antes del primer año llega hasta 109 por mil, más de cinco veces que en Lima.³⁹ En las comunidades campesinas (población indígena) la mortalidad infantil registra tasas por encima de 170 por mil.⁴⁰
- El porcentaje de mujeres que usa algún método de anticoncepción es de 64,2% de acuerdo a la ENDES 1996, lo que representa un incremento de más de siete puntos porcentuales respecto de la anterior medición (ENDES 1992). No obstante el importante descenso entre 1992 y 1996 en el uso de métodos tradicionales, éstos continúan siendo los de mayor uso en el Perú.
- De acuerdo a la ENDES 1996, el 35% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no eran deseados. Según el estudio realizado por el Instituto Guttmacher (AGI) en base a datos obtenidos del Ministerio de Salud, en el Perú se efectuaron 271 mil 150 abortos en el año 1989. De cada diez embarazos, cuatro concluían en aborto inducido.
- El 48% de la población se ubica en el estrato pobre y el 18% en extrema pobreza. Más de 12 millones de personas tienen actualmente alguna característica de pobreza.⁴¹
- Tres de cada cuatro analfabetos son mujeres. Mientras en áreas urbanas una de cada diez mujeres es analfabeta, en áreas rurales más de cuatro de cada diez mujeres lo son.⁴²
- La tasa de mortalidad materna que el Ministerio de Salud había estimado desde 1991 era de 261 por cada 100,000 nacidos vivos, ya entonces considerada «la segunda más alta del

31. ENDES 1996, pág.13.

32. Ibid, pág. XXXIII.

33. Cuánto, Perú 97 en números. Anuario estadístico, Lima, Cuánto S.A., 1997, pág. 239. Datos para 1996.

34. ENDES 1996, pág. 52.

35. Ibid, 1996, pág. 44.

36. PERU: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo, PROMUDEH, 1998, pág. 9.

37. ENDES 1996, pág. XXXIII.

38. INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), Estado de la población peruana 1997, pág. 11.

39. Ibid, pág. 11.

40. INEI, Compendio de estadísticas sociales 1995-1996, Lima, octubre de 1996, pág. 459.

41. ENNIV (Encuesta Nacional de Niveles de Vida) 1994, datos recogidos en el Documento: «Proyecto de Presupuesto 1998 del Sector Salud», setiembre de 1997, MINSA, pág. 3.

42. PROMPERU. «Mujer peruana. La apuesta del futuro», octubre de 1995.

continente y una de las más altas tasas del mundo.»⁴³ La tasa de mortalidad materna en 1996 fue estimada en 265 por cada 100,000 nacidos vivos.⁴⁴ El PROMUDEH en el documento Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo (mayo 1998), señaló que en 1990 la tasa de mortalidad materna era de 298 por cada 100,000 nacidos vivos.⁴⁵ El mismo documento elaborado por el PROMUDEH reconoce que: en lo que se refiere a mortalidad materna, para el mismo período de referencia (1991-1992 y 1996), no se ha observado avances. Así, en 1991-1992, a nivel nacional la tasa de mortalidad materna fue de 261 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, mientras que en 1996 la ENDES registró una tasa de 265 por 100 mil.»⁴⁶

- El embarazo adolescente contribuye con el 15% de la mortalidad materna. El 20% de las muertes por aborto corresponde a adolescentes.⁴⁷
- La migración interna fue de 892 mil personas en el quinquenio 1990-1995. En el período de 1995-2000 se espera recuperar las cifras existentes de la década de los setenta (500 mil personas).⁴⁸ El desplazamiento a causa del conflicto armado interno afectó predominantemente a mujeres y menores. El 78% de los jefes de hogar de familias desplazadas son mujeres.⁴⁹
- El Perú presenta una gran diversidad étnica. La población de pueblos indígenas era estimada hasta 1992 en 10 millones, es decir, la mitad de la población peruana para esa fecha.⁵⁰ Sólo en la Amazonía, de acuerdo al Censo de 1993, la población de las comunidades indígenas era de 299 mil 218 habitantes, distribuida en 1,450 comunidades pertenecientes a 65 pueblos étnicos (48 de ellos censados).⁵¹ De las 6,029 comunidades indígenas y nativas que fueron inscritas en el Ministerio de Agricultura, para 1995, 2,131 se encontraban en situación de miseria, 2,689 en extrema pobreza, 1,081 en situación de pobreza y sólo 128 comunidades tienen un nivel de vida aceptable.⁵²
- Según idioma o dialecto materno, el 80,3% declaró el castellano, 16,5% el quechua, el 3,0% otra lengua nativa y el 0,2% un idioma extranjero.⁵³

7. Población y planificación familiar: políticas y programas

El 28 de julio de 1991, el presidente Fujimori declaró el Año de la Austeridad y la Planificación Familiar. Ese mismo año fue lanzado el Programa Nacional de Población 1991-1995, el mismo que incluyó entre sus objetivos específicos «reducir el ritmo de crecimiento natural de la población a un nivel no mayor de 2% anual para 1995,⁵⁴ promoviendo un descenso de la

43 "Proyecto de Presupuesto del Sector Salud 1998", setiembre de 1997, MINSAL, pág. 3.

44. ENDES 1996, pág. XXXIII.

45. PERU: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo, PROMUDEH, Lima, mayo de 1998, página sin número sobre indicadores relacionados con las metas de la CIPD al año 2000 y pág. 14, párr. 58.

46. PERU: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo, PROMUDEH, Lima, mayo de 1998, pág.37, párr.170.

47. Ibid.

48. Ibid.

49. PROMPERU, «Mujer peruana. La apuesta del futuro», octubre de 1995.

50. Aroca, 1996:19.

51. INEI/UNICEF, Perú: la población de las comunidades indígenas de la Amazonía, pág 7.

52. INEI, Compendio de estadísticas sociales 1997, pág. 479.

53. Ibid, pág. 92.

54. De acuerdo a la ENDES 1996 el Perú alcanzó una tasa de crecimiento de 1,8% (pág.15).

fecundidad compatible con la mejora de la salud materno infantil, garantizando la libertad y los derechos reproductivos de las personas, así como el derecho de las parejas a la libre decisión sobre el número y el lapso entre un hijo y otro. La tasa global de fecundidad no deberá superar el nivel de 3,3 hijos por mujer para mediados de la década.»⁵⁵

En 1992, por Resolución Ministerial No. 0738-92-SA/DM, fue adoptado el Manual de Salud Reproductiva (MSR) con carácter de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional, el cual incluyó definiciones operativas sobre consentimiento informado en planificación familiar. Entre otras disposiciones exigía la firma del cónyuge para la realización de anticoncepción quirúrgica. Dicho procedimiento para limitar los embarazos recibió el tratamiento de «intervenciones quirúrgicas por condiciones de riesgo reproductivo.»

En la práctica la esterilización quirúrgica a lo largo de la década de los noventa tuvo incrementos sostenidos siendo los establecimientos de salud del sector público, particularmente del MINSA, los principales proveedores de este procedimiento para limitar los embarazos. En 1994 se produjo un leve descenso, incrementándose espectacularmente los años siguientes.⁵⁶

En 1995 se lanzan los Lineamientos de Política de Salud 1995-2000.⁵⁷ Entre los principios que el sector declaró asumir se incluyó «la primacía de la persona humana sobre las instituciones», expresándose en estos términos:

«hoy debe colocarse la persona humana realmente en el centro de las preocupaciones de las instituciones del sector. Los derechos de las personas deben primar, lo que supone otorgar poder al ciudadano –empoderamiento–; establecer la responsabilidad y transparencia en salud, y por tanto rendir cuentas a la población; reconocer el resarcimiento en caso de ser perjudicados por incuria burocrático-administrativa o negligencia en la prestación; así como reconocer el derecho del usuario a una información plena en salud.»⁵⁸

En la misma sección de principios reafirman el derecho a la salud: «la vigencia de la democracia supone el ejercicio pleno del derecho a la salud por su población. La forma de viabilizar este derecho puede variar, pero la vigencia del mismo ya no, pues hace parte del acervo de la humanidad.»⁵⁹ Los Lineamientos de Política de Salud incorporaron las cuestiones relativas a salud reproductiva y planificación familiar dentro del objetivo de promover condiciones y estilos de vida saludables: «Promover y asegurar el acceso de toda la población, en particular de los sectores más desprotegidos, a la información y servicios de salud reproductiva y planificación familiar, para mejorar la salud y la calidad de vida de las familias, garantizando la plena libertad individual de decisión y elección.»⁶⁰

En la sección dedicada a las estrategias adoptadas por el sector salud, se consigna «Atención Integral de la Salud», la cual es desarrollada en los siguientes términos: «Promover la convergencia programática de los servicios del sector, que supere la compartimentación para mejorar las acciones preventivo promocionales, de recuperación y rehabilitación de la salud y

55. La tasa global de fecundidad (TGF) registrada por la ENDES 1996 fue de 3,5 hijos por mujer (pág.44).

56. Ver al respecto cuadro ubicado en la sección II Pág. 59.

57. El Desafío del Cambio de Milenio: Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. MINSA, 1995.

58. Ibid, pág.32

59. Ibid, pág.33.

60. Ibid, págs.41-42.

hacer más eficiente el uso de recursos.»⁶¹ Otra estrategia considerada fue la de generar normas e instancias para el ejercicio de los derechos de las personas usuarias: «Para hacer efectiva la revalorización de las personas se requieren mecanismos normativos y legales y la creación de instancias de fácil acceso para la defensa del usuario.»⁶² Finalmente es relevante tener en cuenta la estrategia fraseada como «Mostrar transparencia en la gestión de las instituciones del sector», la cual mereció las siguientes líneas: «Las instituciones deberán rendir cuentas periódicamente a la población y tener un manejo transparente del cuidado de la salud, informando y orientando debidamente a los usuarios.»⁶³

Entre las metas de la política de salud se incluyó la reducción de la mortalidad materna a menos de 100 por 100,000 nacimientos, prevalencia del uso de métodos de planificación familiar seguros y eficaces en no menos del 50% de mujeres en edad fértil y no menos del 70% de mujeres en unión, 100% de población informada sobre métodos de planificación familiar y tasa global de fecundidad de 2,5 hijos por mujer.⁶⁴

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 fue aprobado por Resolución Ministerial 071-96-SA/DM, publicada el 10 de febrero de 1996 en el Diario Oficial El Peruano, encontrándose al frente del Ministerio de Salud, el Dr. Eduardo Yong Motta. El artículo 2 de la Resolución Ministerial indicada precisó que la Dirección de Programas Sociales del Ministerio de Salud tendría a su cargo la dirección de la ejecución, coordinación, supervisión y evaluación del Programa, en el ámbito del sector salud y demás sectores sociales.

En noviembre de 1997 se creó la Comisión Nacional de Coordinación de Políticas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva (CORDIPLAN), integrada por los viceministros de PROMUDEH, Salud, Educación y un representante del Instituto Peruano de Seguridad Social.

8. Derechos constitucionales y normatividad interna en salud y planificación familiar

El artículo 1 de la Constitución de 1993 afirma que «la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.»

El capítulo I de la actual Constitución agrupa los derechos fundamentales de la persona, separando éstos de los derechos sociales y económicos comprendidos en el Capítulo II.⁶⁵

En este segundo capítulo se ubica el artículo 6 que trata sobre la paternidad y maternidad responsables como objetivo de la política nacional de población, donde se reconoce expresamente «el derecho de las familias y las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud.»⁶⁶

61. Ibid, pág.43.

62. Ibid, pág.44.

63. Ibid, pág.44.

64. Ibid, págs.46 y 47.

65. El artículo 3 advierte que la enumeración de los derechos establecidos en el Capítulo I no excluye los demás que la Constitución garantiza, ni otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre o en los principios de soberanía del pueblo, del estado democrático de derecho y de la forma republicana de gobierno.

66. Artículo 6 de la Constitución de 1993.

Igualmente, el artículo 65 de la Constitución vigente declara: "El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Así mismo vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población."

La Ley Nacional de Población, promulgada en 1985,⁶⁷ expresa en el artículo IV del Título Preliminar que «La Política Nacional de Población garantiza los derechos de la persona humana.»

El artículo VI, modificado, establece que «La Política Nacional de Población excluye el aborto como método de planificación familiar. En todo caso la adopción de los métodos se basa en el libre ejercicio de la voluntad personal, sin que medien estímulos o recompensas materiales.» El texto original excluía la esterilización como método de planificación familiar.

Cabe anotar que fue interpuesta acción de inconstitucionalidad a la Ley 26530 que introdujo la modificación al artículo VI de la Ley Nacional de Población. Por sentencia del Tribunal Constitucional, publicada en el diario oficial El Peruano el 31 de mayo de 1997, se declaró improcedente dicha demanda.

Como objetivos de la Ley Nacional de Población se enuncian:

1. Promover una equilibrada y armónica relación entre el crecimiento, estructura y distribución territorial de la población, y el desarrollo económico y social, teniendo en cuenta que la economía está al servicio del hombre.
2. Promover y asegurar la decisión libre informada y responsable de las personas y las parejas sobre el número y espaciamiento de los nacimientos proporcionando para ello los servicios educativos y de salud para contribuir a la estabilidad y solidaridad familiar y mejorar la calidad de vida.
3. Lograr una reducción significativa de la morbimortalidad, especialmente entre la madre y el niño, mejorando los niveles de salud y de vida de la población.
4. Lograr una mejor redistribución de la población en el territorio en concordancia con el uso adecuado de los recursos, el desarrollo regional y la seguridad nacional."

El artículo 3 de la Ley Nacional de Población introduce una definición de paternidad responsable. Así, establece que «el estado garantiza el ejercicio de la paternidad responsable, entendiéndose por ésta el derecho básico de la pareja a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, y el deber que tienen los padres a educarlos y atender adecuadamente las necesidades básicas de los mismos.»

El artículo 23 establece que «Las acciones de salud incluyen las orientadas a lograr la paternidad responsable; proporcionando la información especializada y los servicios que permitan a las parejas y a las personas ejecutar esta decisión.»

En relación a los programas de planificación familiar, el artículo 24 señala que:

“el Estado para garantizar la paternidad responsable, promueve la realización de estos programas: los que comprenden actividades de educación, información y servicios a través de los establecimientos del sector salud: Ministerio de Salud, Instituto Peruano de

67. Decreto Legislativo No. 346, con la modificación al artículo VI (Ley 26530 de fecha de publicación 10 de setiembre de 1995).

Seguridad Social, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales e instituciones privadas. Dichos programas respetarán los derechos fundamentales de la persona y preservarán la dignidad de las familias.”

Reafirmando el derecho a decidir, el artículo 25 señala que:

“los servicios médicos, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizan a las parejas y las personas la libre elección sobre el uso de los métodos de regulación de la fecundidad y de la planificación familiar. Las normas sobre autorización y uso de los métodos de planificación familiar que ofrecen los servicios de salud son expedidas por el Ministerio de Salud, quien es responsable de su cumplimiento.”

El artículo 27 expresa la prioridad de la atención primaria de salud incluyendo acciones de paternidad responsable para extender la atención integral de la salud a toda la población.

El artículo 28 destaca que «queda excluido todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar. Asimismo, se rechaza cualquier condicionamiento de los programas de planificación familiar por instituciones públicas o privadas.»

La Ley General de Salud, aprobada el 15 de julio de 1997, en su artículo 6 establece que:

«Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar.

Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.»

De acuerdo a la Disposición Final Sexta de la Ley General de Salud, ésta entró en vigencia a los ciento ochenta días calendarios de su publicación, con excepción de los capítulos III⁶⁸ y V⁶⁹ que rigieron desde el día siguiente de su publicación.

Por Resolución Ministerial No. 572-95-SA/DM, de fecha 17 de agosto de 1995, publicada el 19 del mismo mes en el diario oficial El Peruano, se dictaron medidas en relación a la prestación de servicios de planificación familiar por parte de los establecimientos de salud del sector público. Reproducimos los dos artículos contenidos por dicha norma del estado:

- «1. Los establecimientos de salud del sector público deberán priorizar y reforzar sus acciones regulares de difusión, información, y educación en planificación familiar.
2. Los establecimientos que dependen del Ministerio de Salud y de las Regiones y Subregiones de Salud deberán suministrar en forma totalmente gratuita, la más amplia gama de

68. El capítulo III trata sobre los productos farmacéuticos y galénicos y de los recursos terapéuticos naturales.

69. El Capítulo V trata sobre «los alimentos y bebidas, productos cosméticos y similares, insumos, instrumental y equipo de uso médico quirúrgico u odontológico, productos sanitarios y productos de higiene personal y doméstica.»

métodos anticonceptivos a fin de asegurar a las personas su libre e informada elección.»

Las Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva, que incluyeron lo concerniente a anticoncepción quirúrgica voluntaria, fueron aprobadas por Resolución Ministerial 495-97-SA/DM, publicada el 13 de noviembre de 1997 en el diario oficial El Peruano.

El Manual de Normas y Procedimiento sobre actividades en anticoncepción quirúrgica fue elaborado en 1997, sin embargo no fue publicado como norma del estado.



II.

Aplicación de la anticoncepción
quirúrgica en el Perú y violaciones
a los derechos humanos



Esta sección se abre con un resumen de hechos sobre los que se cuenta con un alto grado de probanza, a partir de la información que la investigación ha recogido y documentado.

La información recogida procede de 19 departamentos del Perú. Hasta noviembre de 1998 se alcanzó un total de 243 registros. 112 casos han sido sustentados por testimonios¹ de las personas afectadas y/o de familiares u otros testigos,² el resto ha contado con niveles de probanza suficientes.³ Igualmente, se ha contado con información provista por autoridades y agentes de salud en once departamentos.⁴

Durante la investigación hemos considerado dos planos de observación: uno, sobre las decisiones –manifiestas o encubiertas– por parte de las autoridades político-administrativas; y otro, sobre los actos u omisiones adjudicados a los proveedores de salud u otros agentes públicos. En ambos planos, los hallazgos permiten examinar el desempeño del estado respecto a sus deberes de respetar, proteger y contribuir a la realización de los derechos humanos reconocidos internacionalmente.

Lo observado sobre el primer plano, además de contribuir a esclarecer las orientaciones de las políticas y examinar su consistencia con las obligaciones de derechos humanos a las que deben ajustarse los estados, destaca de modo importante el tipo y grado de responsabilidad del estado involucrado por las violaciones a los derechos humanos descritas.

El segundo plano ha sido reconstruido a través de la identificación y documentación de casos, contando para ello con testimonios individuales de personas afectadas y/o de quienes conocieron directamente los hechos, entrevistas colectivas a pobladoras y mujeres organizadas, así como entrevistas a funcionarios y agentes de salud.

Igualmente, a efectos de examinar discriminación prohibida, hemos levantado información fáctica, sumada a la ofrecida por los marcos normativos y aquella expresada en los documentos de políticas y programas, que nos permita determinar la presencia de distinciones, trato desigual, daños particulares o desproporcionados sobre determinados grupos y/o impactos negativos diferenciados por razones de género, condiciones económicas, pertenencia a un grupo étnico, lengua, entre otras.

En cada punto tratado se consigna el marco normativo internacional desde el cual es cotejado el desempeño del estado peruano, a la vez que se procura introducir una serie de consideraciones previas, para ayudar a una cabal comprensión del problema. Igualmente, incluimos la normatividad interna correspondiente a fin de observar la protección jurídica dispuesta, buscando simultáneamente advertir su vigencia al contrastarla con los hallazgos.

Luego de presentados los hechos se registra la respuesta institucional ante los problemas que dichos hechos revelan.

1. En aquellos casos de mayor gravedad, a fin de determinar la coherencia y consistencia de lo declarado por las personas que nos brindaron sus testimonios, volvimos a entrevistarlas hasta en dos oportunidades adicionales en períodos distintos. De esta manera se logró, por ejemplo, reconstruir la temporalidad en la narración y esclarecer los significados de ciertos términos usados por las declarantes, especialmente de aquéllas pertenecientes a contextos culturales diferentes.
2. Se ha recurrido a testimonios de familiares u otros testigos en aquellos casos de fallecimiento de la persona afectada.
3. Aun cuando no fuera nuestro equipo de investigación el que realizara directamente la entrevista conforme a los lineamientos metodológicos adoptados para el recojo de testimonios.
4. Además de ser entrevistados en relación a su metodología de trabajo e indagar sobre la posible existencia de cuotas asignadas, se procuró obtener información de los establecimientos de salud que las personas afectadas señalaron como locales en los que se realizaron las intervenciones quirúrgicas. En ningún caso nos permitieron acceder a la hoja del consentimiento informado a fin de verificar las firmas de las usuarias.



Síntesis de los hallazgos

1. Disposiciones a nivel de la autoridad político-administrativa y acciones sobre el personal de salud que han dado lugar a esterilizaciones forzadas y otras prácticas contrarias al consentimiento informado y al derecho a la salud

- Metas numéricas en anticoncepción quirúrgica y supervisión sistemática de la autoridad central respecto de su ejecución en los diversos niveles. Incrementos anuales de las metas. Inclusión de meta demográfica como meta general del PNSRPF 1996-2000.
- Cuotas de captación de usuarias en anticoncepción quirúrgica asignadas a establecimientos y agentes de salud. De las entrevistas a personal de salud y documentación obtenida, encontramos, en diversas localidades, evidencias de presión, incentivos y amenazas sobre agentes de salud para la captación de usuarias que incluye:
 - Ofrecimiento y entrega de dinero o especies al personal de salud por usuaria efectivamente captada.
 - Estímulos y/o amenaza de sanciones (promoción, remoción, etc.) en relación a cumplimiento de cuotas.
 - Estímulos al establecimiento de salud con mayor número de usuarias captadas: vehículos, computadoras y otros equipos.
- Instrumentos de evaluación periódica de actividades de AQV para establecimientos de salud, formulados bajo el criterio de producción: número de personas esterilizadas/metras programadas de AQV en el establecimiento.
- Acciones planificadas, masivas y sistemáticas dirigidas exclusivamente para la captación de usuarias de métodos definitivos, en un amplio rango de localidades: campañas, ferias y festivales de anticoncepción quirúrgica.
- Inclusión en el PNSRPF de meta/objetivo de cobertura por la que el 100% de pacientes por parto o aborto deben egresar con un método seguro
- Formulación de metas/objetivo de cobertura exclusivamente sobre personas de sexo femenino.

2. Abusos y otras prácticas violatorias a los derechos humanos en la prestación de anticoncepción quirúrgica

a) Esterilización forzada

Esterilización bajo engaño manifiesto, coacción o grave amenaza hacia la persona objeto de intervención o hacia su cónyuge. Los casos de esterilización forzada recogidos por este informe incluyen:

- Esterilización de mujeres en el contexto de otra intervención (postparto, postaborto, otras atenciones en salud reproductiva), sin que éstas conocieran que serían objeto de tal intervención quirúrgica.
- Esterilización de mujeres por autorización exclusiva de sus parejas varones (cónyuges o convivientes), inducida por personal de salud al no haber sido logrado el consentimiento de éstas.

- Esterilización pese al desistimiento de la persona antes del inicio de la intervención quirúrgica.
- Esterilización bajo condiciones de intimidación (amenazas de intervención de fuerza policial u otras autoridades, o de privar de servicios de salud a la persona o a miembros de su familia), o mediante privación de libertad (encierro de pacientes en salas antes de la intervención).
- Esterilización mediante engaño sobre el carácter irreversible de la operación, no obstante que la persona usuaria manifestara deseo de espaciar y no de limitar embarazos.

b) Otras prácticas contrarias al consentimiento libre e informado

Además de los casos hallados de esterilización forzada, encontramos un mayor número de casos que describen condicionamientos, información sesgada o incompleta, ausencia de garantías al proceso de decisión, asedio y malos tratos en menoscabo de la autoimagen y capacidad de disentir de las personas usuarias:

- Utilización de frases ofensivas o humillantes, manipulación de la condición de pobreza para orientar a la esterilización, presión sistemática individual y/o familiar a través de visitas domiciliarias o cuando la mujer acudió al establecimiento de salud para solicitar atención para sí o para otro miembro de la familia.
- No suscripción de formato de autorización escrita para anticoncepción quirúrgica. Presión o engaños para suscripción de formato luego de realizada la intervención.
- Negativa a entregar el método solicitado por la usuaria en caso de ser distinto a la anticoncepción quirúrgica.
- Recomendación de cambio del método utilizado por la usuaria para orientar la decisión por la ligadura de trompas. Debemos indicar que en diversas localidades se notificó desabastecimiento de algunos métodos temporales. Igualmente, algunos proveedores presentaron la gratuidad en la entrega de servicios de planificación familiar como una oportunidad breve y anunciando que sería suprimida la entrega de métodos temporales por parte de los establecimientos públicos de salud.
- No información verbal ni escrita sobre las características, riesgos y precauciones postoperatorias de la opción de anticoncepción quirúrgica, y/o informaciones engañosas sobre el carácter de la intervención.
- No lectura por parte de la usuaria del formato de consentimiento de anticoncepción quirúrgica.
- Captación de usuarias en el contexto de entrega de alimentos y por el mismo personal encargado de la distribución.
- Ofrecimiento de alimentos, vestido, dinero, servicios a modo de incentivos.
- Ofrecimiento de condonación o reducción de deuda hospitalaria derivada de la atención del parto o aborto incompleto a cambio de ligadura de trompas.
- Ausencia de consejería en donde la usuaria reciba información sobre la más amplia gama de métodos anticonceptivos.
- Ausencia de plazo para una decisión meditada.

Varias de las modalidades descritas han sido reconocidas y confirmadas por entrevistas a personal de salud.

c) Prácticas contrarias al derecho a la salud

En esta categoría agrupamos actos u omisiones, incluida la práctica médica bajo condiciones no adecuadas o inseguras. En base a los testimonios recogidos y la información complementaria levantada, encontramos:

- No realización de exámenes, evaluaciones previas o verificación de datos en historia clínica.
- Realización de estas intervenciones sin contar con infraestructura y equipos adecuados.
- Intervenciones en anticoncepción quirúrgica con personal imperito o con entrenamiento deficitario.
- Manejo de anestésicos por personal no calificado.
- Trato discriminatorio, intimidatorio, humillante y/o indiferente a las manifestaciones de la persona usuaria.
- Captación de usuarias en condiciones no recomendables para este tipo de intervenciones, sin advertirles e informarles al respecto o sin tomar las precauciones especiales debidas: pacientes con obesidad, desnutrición, anemia, inflamaciones pélvicas, tuberculosis, etc.
- Presencia de personas en la sala de operaciones en un número superior al recomendado.
- Abandono de pacientes en la fase postoperatoria antes del alta.
- No seguimiento postoperatorio.
- No entrega de medicamentos ni información para el manejo postoperatorio.
- No advertencia sobre señales importantes de complicaciones. En caso de complicaciones los costos reposaron en las personas usuarias y no pocas fueron rechazadas cuando acudieron al establecimiento de salud solicitando atención.
- Indicar como normales signos que merecían atención médica. Exposición a peligro y sufrimientos innecesarios.
- No retiro de dispositivos intrauterinos a mujeres ligadas y/o no atención sobre sus otras necesidades en materia de salud reproductiva.
- No información a usuarias sobre las complicaciones durante la intervención, sobre su evolución y pronóstico.

d) Prácticas contrarias al derecho de las usuarias a efectuar reclamaciones y a la obtención de justicia

- No información a usuarias sobre sus derechos frente a los servicios de planificación familiar, ni sobre las vías para ejercerlos.
- No entrega de copia de epicrisis o historia clínica, dificultando la reclamación.
- No información sobre nombre del personal a cargo de las intervenciones.
- No recepción de reclamaciones en los establecimientos de salud.
- Actos de encubrimiento y obstrucción a la justicia: rotación de personal, versiones falsas sobre lo sucedido durante el acto médico o sobre los factores de complicación.
- Presión y amedrentamiento hacia denunciantes.
- No reparaciones justas, oportunas y equitativas.

3. Observaciones sobre discriminación

En base a la información recogida, el estudio ha observado: discriminación por género, por condición socioeconómica (pobreza y extrema pobreza), por origen, condición racial y/o étnico-lingüística. Igualmente, hemos encontrado evidencias de abusos sobre grupos específicos: población con discapacidades o con enfermedades pulmonares (TBC). También hallamos abusos contra población homosexual (casos localizados).

Metas y cuotas

1. El problema en un marco de derechos

«Cuando se hace hincapié en las metas de población y se les aísla de las metas de desarrollo más amplias, se tiende a encubrir la importancia del desarrollo como la manera más segura de eliminar la pobreza. Queda claro que el objetivo principal debe ser la reducción de la pobreza y no la reducción del número de pobres. La utilización de metas y cuotas en los programas de población hacen que surja la posibilidad de que los intereses y los derechos individuales entren en conflicto con –y sean abatidos por– los intereses y las políticas gubernamentales. Existe entonces el potencial para fijar metas que pongan el poder del Estado en contra de los derechos reproductivos de los individuos. En la mayoría de los casos, las metas no han sido utilizadas como medios, sino como el fin mismo. Es inaceptable la formulación de objetivos cuantitativos que ignoran las demandas éticas de los individuos. La planificación gubernamental puede trabajar en compatibilidad con las necesidades y los derechos individuales, pero solamente si las metas se formulan de tal manera que incluyan los objetivos de aumentar al máximo el flujo de información, de ejercitar los derechos y de satisfacer las necesidades de los individuos, y en general, de darle poder a los individuos dentro de sus relaciones con las estructuras del Estado y la sociedad.»

Stephen L. Isaacs, Ruth Macklin y Rebecca Cook
*Declaración sobre proposiciones éticas
en salud reproductiva y políticas de población*⁵

«Surge un conflicto cuando existe alguna prioridad o motivación que pueda ser 'más relevante' para el prestador de servicios que la misma norma. Un caso particular es el criterio institucional para evaluar su rendimiento, como lo puede ser, para nuestro tema de interés, la contribución a metas demográficas.

Tomemos como ejemplo la calidad de la atención en planificación familiar: los programas de planificación familiar tuvieron su origen, prácticamente en todas las regiones, en una gran preocupación por el crecimiento demográfico ampliamente difundido y popularizado como la explosión demográfica. Por esta razón, el concepto de calidad de los programas o servicios de planificación familiar ligado a «su eficiencia» en la lucha contra «el crecimiento exagerado» de la población, (...) llevó a que, hasta hace muy poco tiempo, el énfasis en la evaluación de servicios y programas de planificación familiar estuviera centrado en el cumplimiento de metas cuantificables, tales como el número de nuevas usuarias, índices de prevalencia o metas demográficas, como la reducción de la tasa de natalidad (Díaz y Halbe, 1990).»

Juan Guillermo Figueroa Perea
*Comportamiento reproductivo y salud*⁶

5. Careaga, Figueroa y Mejía, 1996:206-207

6. Ibid., págs. 298-299.

Consideraciones previas

Es pertinente plantear algunas distinciones para una cabal comprensión del problema de las metas y cuotas en planificación familiar y particularmente frente a la prestación de servicios de anticoncepción quirúrgica. Para tal efecto, presentamos a continuación algunas precisiones que pueden aportar a dicha comprensión.

Metas demográficas

Metas demográficas son aquellos resultados que una política se propone "alcanzar" en relación al crecimiento de la población, lo que puede implicar incremento o reducción de la tasa de fecundidad. Su justificación suele reposar en planteamientos tales como densidad demográfica en relación a territorio, tamaño de la población y recursos disponibles, asociación entre pobreza y familias numerosas, relación entre crecimiento poblacional y crecimiento económico (tamaño del mercado laboral), entre otras. Sin embargo, también pueden subyacer a éstas, cuestiones conflictivas entre sectores hegemónicos y grupos subalternos o "marcados."

Los estados no siempre han asumido proyectos dirigidos a controlar el crecimiento de la población. De hecho, la experiencia mundial pasada y reciente es abundante en intencionalidades estatales pronatalistas guiadas por proyectos económicos y necesidades de uso intenso de mano de obra, proyectos político-religiosos, entre otras. Su inclusión en la formulación de políticas y programas de planificación familiar ha sido observada por el riesgo de tensión con los derechos individuales. En rigor tanto una política pronatalista como una controlista, instrumentadas a través de los servicios públicos de salud, corren el riesgo de afectar y vulnerar los derechos reproductivos, ya que se utiliza el poder del estado para orientar el comportamiento reproductivo de la población hacia un resultado, menoscabando la autodeterminación de las personas para implementar sus decisiones al respecto.

En el Perú, la adopción de metas demográficas tiene antecedentes en el Programa Nacional de Población 1991-1995⁷ y en el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-1995.⁸ El PNSRPF 1996-2000 consideró como meta general llegar al 2000 «habiendo alcanzado la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros necesaria para asegurar una Tasa Global de Fecundidad de 2,5 hijos por mujer.»

Metas (objetivos) de cobertura en planificación familiar

Cuando tales metas (objetivos) se expresan como voluntad gubernamental de totalizar un universo de personas usuarias respecto de un método o una categoría de métodos, sin dejar rango a la decisión personal en una materia en la que se debe garantizar la opción libre e

7. El numeral 4.1., literal b relativo a objetivos específicos incluyó «reducir el ritmo de crecimiento natural de la población a un nivel no mayor de 2% anual para 1995, promoviendo un descenso de la fecundidad compatible con la mejora de la salud materno infantil, garantizando la libertad y los derechos reproductivos de las personas, así como el derecho de las parejas a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de sus hijos. La tasa global de fecundidad no deberá superar el nivel de 3.3 hijos por mujer para mediados de la década.»
8. El punto 5 sobre metas que el Programa se propone alcanzar contempla: «Contribuir a la disminución de la tasa de crecimiento poblacional de 2.1 en 1991 a 1.9 en 1995, reduciendo la tasa global de fecundidad de 3.5 en 1991 a 3.0 en 1995.»

informada, estamos ante una decisión gubernamental que afecta en potencia los derechos y libertades individuales de quienes queden comprendidos en dicho universo.

Otro problema que puede reflejarse en la formulación de metas (objetivos) de cobertura en planificación familiar es la selección de personas de determinado sexo como objeto particular o desproporcionado de una meta u objetivo, en donde la selección incurre en discriminación prohibida en cuanto aprovecha negativamente la posición de uno de los géneros en el proceso reproductivo, reciclando y profundizando desigualdad de trato y de responsabilidades. Por ejemplo, centrar en las mujeres las acciones de planificación familiar, va en sentido contrario a la tarea de fomentar la responsabilidad masculina.

Metas numéricas exclusivamente para determinado método anticonceptivo

Ciertamente la planificación y gestión de un programa que comprende la prestación de servicios se dota de instrumentos de seguimiento y evaluación para verificar el cumplimiento de sus objetivos. La adopción de metas y objetivos sólo sirve cuando se orienta a garantizar que «las personas» implementen sus decisiones, de ninguna manera para inducir sobre el plano local una demanda programada con vistas a alcanzar cifras proyectadas por la administración central.

En planificación familiar, además de ser un ámbito donde estrictamente la decisión compete a las personas, las opciones son múltiples. La entrega de la más amplia gama de métodos anticonceptivos debe ser por igual garantizada en los servicios públicos. No cabe opción preferencial por parte del estado, ni en términos políticos ni administrativos, ya que deben estar orientadas por la libre demanda sin operaciones gubernamentales que interfieran sobre el derecho a elegir de las personas.

El volumen de demanda insatisfecha en planificación familiar no puede ser trasladado mecánicamente en metas numéricas de personas usuarias respecto a un método específico, menos aún, de métodos irreversibles. La respuesta expresada ante una encuesta demográfica o de salud como deseo de limitar el número de hijos, no conduce inexorablemente a consentir (a) un método de carácter definitivo⁹ (b) en su persona¹⁰ (c) consistente en una intervención quirúrgica.¹¹

Tales decisiones requieren de información, análisis, reflexión personal sobre una serie de aspectos que pueden ser gravitantes en la determinación final. Por ejemplo: conocer las características de la intervención, riesgos comparativos, calidad de los servicios ofertados, confianza en los prestatarios, historia y perfil de quien es titular de la decisión (diferenciales de edad, estado de salud, experiencias y percepciones sobre medicina moderna, vida cotidiana, entorno, convicciones y creencias personales, horizonte cultural, proyecto de vida), autonomía, capacidad de negociación y de ejercicio de derechos en la relación de pareja, a nivel

9. La decisión de no tener más hijos puede ser implementada a través de diversos métodos. Si por objeciones religiosas una persona no contempla la opción de métodos definitivos, su derecho individual debe ser plenamente respetado y garantizado.
10. Por ejemplo: una mujer puede tomar la decisión de no tener más hijos, pero puede que sea su pareja quien, considerando las opciones y los riesgos comparativos, prefiera asumir en su persona la responsabilidad de no exponer a su pareja a un embarazo no deseado, y por lo tanto realizarse una vasectomía, siempre menos riesgosa que una ligadura de trompas y con menor tasa de falla.
11. Puede que una persona no desee tener más hijos pero no esté dispuesta, por diversas consideraciones, a someterse a una intervención que implique cirugía. Entre esas consideraciones puede contar: su propio estado de salud, sus percepciones sobre las intervenciones quirúrgicas, su confianza o desconfianza respecto de la calidad de los servicios, etc.

comunitario y con los prestatarios de servicios públicos, etc. Las decisiones reproductivas se encarnan en personas, no preexisten en base a proyecciones numéricas abstractas.

Cuando se programan metas numéricas exclusivamente respecto a determinado método anticonceptivo y además se asienta en la autoridad político-administrativa y los prestatarios de salud, el criterio/indicador de productividad –sobrestimado como pauta de eficiencia– no estamos ante una garantía al derecho de las personas. Por el contrario, se torna en un instrumento que pervierte la acción estatal al inducir desempeños tendentes a responder a las metas programadas por la autoridad político-administrativa, subordinando los derechos de las personas.

Cuotas de captación de usuarias

La asignación a los establecimientos y al personal de salud de cuotas de captación de usuarias con relación a determinado método anticonceptivo, claramente subordina el derecho de las personas a decidir libre e informadamente. Definitivamente se desvincula de un criterio programático de provisión de recursos, y refleja una intencionalidad inductiva. Las asignaciones de este tipo de cuotas han estado presentes en aquellas experiencias que deliberadamente buscaron modificar rápida y compulsivamente el comportamiento reproductivo de la población.

La presencia de cuotas de captación de usuarias respecto a métodos anticonceptivos, en particular métodos irreversibles, propicia violaciones a los derechos humanos, más aún cuando éstas van acompañadas de incentivos, presiones o amenazas sobre el personal de salud que entre otras condiciones pueden afrontar una precaria posición laboral o tener actitudes discriminatorias o autoritarias arraigadas hacia ciertos sectores que coincidentemente tienen la condición de población usuaria.

La existencia de cuotas bajo indicaciones de incentivos o presiones por parte de la autoridad político-administrativa implica responsabilidad directa de parte del estado respecto de abusos y otras violaciones a los derechos humanos.

Marco internacional

En las últimas cuatro décadas, la comunidad internacional ha ido acusando recibo de diversas experiencias que describen violaciones a los derechos humanos, perpetradas y propiciadas por políticas de población agresivas, las cuales han afectado particular y desproporcionadamente a las mujeres.

Las expectativas de aquellos programas que, bajo el pretexto de reducir la pobreza han pretendido intervenir sobre las capacidades reproductivas de las mujeres sin respetar sus derechos humanos, han sido contestadas en los hechos bajo diversas formas de resistencia por quienes son percibidas por las políticas como objetos pasivos de tales intervenciones.

Los movimientos de mujeres desde hace dos décadas no sólo han exigido respeto y protección a los derechos reproductivos, simultáneamente han alertado respecto a los intereses que subyacen a la posición de reducir el combate a la pobreza a acciones de planificación familiar orientadas a convertir en un mandato sin opción, lo que debería ser un derecho.

El escenario del combate a la pobreza no son los cuerpos de las personas. Tiene que ver con la construcción de capacidades personales y colectivas, la valoración que los seres humanos tienen para las economías, la distribución del poder.

En la experiencia mundial, la práctica totalidad de programas y políticas que se orientaron a modificar rápida y compulsivamente el comportamiento reproductivo de la población, pronto dieron cuenta de su fracaso como instrumentos de control poblacional y de su incompetencia en la reducción de la pobreza y mejoramiento de la calidad de vida de la población. El comportamiento reproductivo de la población lo influyen múltiples factores, en los que se combinan elementos subjetivos pertenecientes a la esfera más íntima de las personas, condiciones de vida y procesos sociales. «(...) la comunidad internacional ha reconocido que el deseo de tener hijos no es independiente de la existencia social de los individuos. Las motivaciones no existen en abstracto, y en consecuencia no pueden ser manejadas por prácticas coercitivas aisladas. Debe además notarse que tales prácticas coercitivas son a menudo contraproducentes (Pronk, 1994).»¹²

La resonancia de experiencias como las registradas en la India, Bangladesh, Brasil, México o Puerto Rico han pesado sobre los consensos de los noventa, dando lugar a que se agriete el discurso dominante sobre control poblacional que daba énfasis a que los países en desarrollo tenían un problema de población en las entrañas de su pobreza. Los intereses y puntos de vista de las mujeres, así como sus derechos humanos, finalmente lograrían contar en la mesa de negociaciones de los consensos globales:

«Por muchos años, las políticas de población se centraron en el control de los números, a menudo a través de métodos coercitivos, y sin tomar en cuenta las necesidades específicas de salud reproductiva de las mujeres (...) Afortunadamente, con el despertar de la UNCED (Río, 1992) y la Conferencia de Derechos Humanos de Viena (1993), la comunidad internacional ha llegado a reconocer que las políticas de población deben ser colocadas en un contexto integral de desarrollo que pone los derechos de las mujeres en una posición gravitante. Ello fue logrado durante la Conferencia sobre Población y Desarrollo.»¹³

El consenso de El Cairo dejó claramente establecido que «los objetivos gubernamentales de planificación de la familia deberían definirse en función de las necesidades insatisfechas de información y servicios. Los objetivos demográficos aunque sean un propósito legítimo de las estrategias estatales de desarrollo, no deberían imponerse a los proveedores de servicios de planificación de la familia en forma de metas o cuotas para conseguir clientes.»¹⁴

Legislación nacional

El marco constitucional y la legislación en materia de población y salud contienen normas que demarcan los límites a la intervención estatal respecto a las decisiones de las personas en materia reproductiva y garantizan los derechos individuales,¹⁵ así como establecen el principio de igualdad y la prohibición de discriminación.¹⁶

Tales dispositivos han de ser tenidos en cuenta para examinar discriminación y evaluar

12. Reysoo et al, 1995:9.

13. *Ibíd.*

14. Párr. 7.12 de la CIPD.

15. Constitución Política del Perú (1993) Art. 2, numerales 1, 2, 3, 7, 9, 19, 22, 24 (a, b, h), art. 6, art. 7 y 11. Ley Nacional de Población, Art. IV, V, 1, 3, 21, 23, 24, 25, 28.

16. Art. 2, numeral 2 de la Constitución Política del Perú (1993).

la tensión que la adopción de metas y cuotas en anticoncepción quirúrgica representan sobre los derechos individuales.

2. Información recogida - hechos documentados

El 4 de julio de 1996, el diario La República recogió las declaraciones del Director del Centro de Salud Villa Esperanza de Carabayllo, reconociendo órdenes expresas del Ministerio de Salud para intensificar la campaña de esterilización a hombres y mujeres con más de cuatro hijos. Igualmente reveló que a través de un documento oficial del mes de mayo se le ordenó cumplir con una meta de no menos de 150 operaciones quirúrgicas al año.

En setiembre de 1996, el diario El Sol incluyó las declaraciones del obispo auxiliar de Huaraz, monseñor Eduardo [Velásquez] Tarazona, quien sostuvo que el Programa de Asistencia Integral de la Salud (PAIS) tiene como objetivo realizar alrededor de once mil ligaduras de trompas en la región Chavín:

«[Velásquez] Tarazona aseguró que la práctica de dos esterilizaciones como mínimo es uno de los requisitos para aprobar la evaluación que realiza la Dirección Regional de Salud al personal técnico de Huaraz. El obispo huaracino explicó que este condicionamiento atenta contra el derecho al trabajo y es producto de la pretensión de medir la eficacia del trabajo por la cantidad de vasectomías o ligaduras de trompas. Responsabilizó de este condicionamiento a la Dirección Regional de Salud que dirige Ulises Jorge Aguilar. El prelado denunció que se aprovecha de las mujeres que van a dar a luz en los centros de salud para hacerles la ligadura de trompas. (...) El obispo de Huaraz (...) añadió que tiene conocimiento de la existencia de un plan para avanzar con la cruzada de esterilización ¡a como dé lugar!»

El 7 de noviembre de 1996, Daniel Robles López, presidente del Instituto de Investigación y Prevención de Enfermedades de la Mujer, denunció que médicos que laboran en los hospitales del Ministerio de Salud y del IPSS son obligados a realizar ligaduras de trompas. Afirmó que esto sucedía en lugares periféricos de zonas altoandinas de la Región de La Libertad y que a cada galeno se le obligaba a realizar un promedio de 50 ligaduras para poder ser calificado en sus niveles de producción.¹⁷

En noviembre de 1996, obtuvimos la primera evidencia sobre metas numéricas en anticoncepción quirúrgica. El documento observado en la vitrina del entonces Director del Centro de Salud de Huancabamba, señalaba 395 AOV programadas para 1996, habiendo alcanzado hasta setiembre de 1996 el 42% de la ejecución, porcentaje equivalente a 169 intervenciones, de las cuales 143 eran ligaduras de trompas y 26 vasectomías. Dicho documento indicaba las metas programadas para la ZONADIS de Huancabamba, precisando cuatro localidades para la realización de campañas en anticoncepción quirúrgica: Huancabamba, Sondor, Sondorillo y Carmen de la Frontera.

Este primer hallazgo nos impulsó a investigar al respecto, y empezamos a corroborar la

17. El Comercio, 7 de noviembre de 1996.

existencia de metas y cuotas en diversas localidades a través de entrevistas a prestatarios de salud, recibiendo simultáneamente información extraoficial de funcionarios y personas cercanas a la Dirección del PNSRPF, que nos confirmaron sobre las mismas.

Según estas versiones, dichas metas no eran proyecciones destinadas a garantizar los recursos para satisfacer la demanda, iban asociadas a cuotas impuestas a los establecimientos y personal de salud. No eran provisiones referenciales para atender la libre demanda. Eran asignaciones a cumplir y que, por lo menos, se proponían inducir la demanda.

Así, por ejemplo, en San Lorenzo, localidad de la provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto, se había impuesto al Centro de Salud de San Lorenzo la captación de ocho a nueve personas por mes.¹⁸

En la visita que realizara a Piura, en enero de 1998, la Defensora Especializada en Derechos de la Mujer, Dra. Rocío Villanueva, sostuvo una entrevista con el Dr. Martín Otoya, jefe del Puesto de Salud de Mallaritos, quien «admitió que en el Programa de Planificación Familiar hay metas» y que en el caso de AQV ésta fue programada en función a las mujeres en edad fértil. Para el Puesto de Salud de Mallaritos, la meta anual de ligaduras de trompas fue aproximadamente de 70 intervenciones. El Dr. Otoya firmó un acta en la que consta esta información.¹⁹

En el departamento de San Martín, según la Unidad de Investigación de La República, en abril de 1997, la imposición de una elevada cuota de captación a cada agente de salud (mínima de cinco ligaduras de trompas y cinco vasectomías), dio lugar a que los agentes reclutaran a un grupo de veinte homosexuales entre 17 y 24 años «para cumplir con las metas.»²⁰

En Cajaccay, el médico encargado de la posta médica, en entrevista a La República,²¹ declaró: «se nos ha dicho que las metas son de seis mujeres al año y todavía nos falta una para cumplirla.»

Con documento de fecha 10 de febrero de 1998, Grover Joseph Rees, Staff Director and Chief Counsel del Subcomité de Operaciones Internacionales y Derechos Humanos del Congreso Norteamericano, presentó al Honorable Benjamin A. Gilman, Presidente del Comité de Relaciones Internacionales, su informe en relación a la delegación que visitó Perú entre el 17 al 25 de enero de 1998. En las páginas 4 a 5 de dicho informe se señala:

«Varios doctores y otros trabajadores de salud de diferentes niveles del sistema público (gubernamental) de salud reportaron a varios de mis informantes que es bien conocido

18. Entrevista a personal del Centro de Salud de San Lorenzo, realizada en febrero de 1998. Nuestra fuente manifestó la imposibilidad de alcanzar dicha cuota, lo que fue puesto en conocimiento de las autoridades, quienes sin embargo no redujeron el número pretendido. «Teníamos una fuerte presión del gobierno, de ocho a nueve ligaduras por mes, pero sólo lográbamos una o dos. Las mujeres mestizas eran quienes más fueron ligadas pero también de algunos pueblos indígenas. La población reaccionó, por eso disminuyeron las ligaduras.» En octubre de 1996 tuvo lugar la Campaña de Anticoncepción Quirúrgica, «pero fracasó y ahora usan DIU y DEOPROVERA.» La versión de E., pobladora de San Lorenzo que fue ligada, corrobora lo afirmado: «La campaña se realizó de San Lorenzo hasta Saramiriza, vinieron médicos de afuera que ligaron a veinte mujeres. Durante dos días el personal de salud realizó visitas de casa en casa para convencer a las mujeres que se liguen. Debido a la muerte de una de las personas, la población ya se resistió.» La organización nativa ratificó tales hechos señalando que la captación de mujeres de sus comunidades para ser ligadas contrastaba con la disposición de los agentes de salud por atender otras necesidades básicas que la población requería.

19. Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria... op.cit., pág. 16.

20. La República, 22 de febrero de 1998.

21. La República, 7 de diciembre de 1997.

que todo hospital y posta médica tiene una cuota particular de esterilizaciones a llevar a cabo, y que cada responsable oficial sabe cuál es su cuota. Algunos de estos trabajadores reportaron que las cuotas se subdividen individualmente entre doctores y trabajadores de salud. Un funcionario regional de salud reportó haber recibido llamadas telefónicas periódicas del Dr. Yong Motta, ex ministro de Salud, quien ahora sirve como asesor principal en política de salud al presidente Fujimori, el cual preguntó: ¿Cómo van las metas? Dos funcionarios locales de salud informaron que trabajadores de salud pobremente pagados recibieron una bonificación por cada mujer que persuadían para consentir con la ligadura de trompas. Un trabajador de salud reportó que durante 1997 se le asignó una cuota personal de cuatro mujeres. Él cumplió su cuota durante las primeras dos campañas del año, pero durante la siguiente campaña su jefe le preguntó cuántas mujeres adicionales él había convencido. Él respondió que había identificado a cuatro, pero que ninguna de ellas estaba aún enteramente convencida. El jefe le sugirió al trabajador que fuera a las casas de las mujeres con algunas trabajadoras. La presencia de las trabajadoras mujeres tuvo un efecto contrario al esperado, porque previamente estas trabajadoras habían insultado a las mujeres. El jefe sugirió que se les ofreciera a las mujeres alimentos a cambio de consentimiento de la esterilización (No queda claro para este trabajador de dónde iban a ser obtenidos los alimentos, ninguna de estas mujeres finalmente dio su consentimiento de esterilización). Un funcionario de una organización de derechos humanos que no ha estado involucrado en la investigación de estas denuncias (...) reportó una conversación reciente con un amigo cercano, ginecólogo-obstetra en un hospital público (gubernamental). Este doctor le informó que se le solicitó llevar un registro del número de esterilizaciones a su cargo e informar este número periódicamente a su superior. En ningún otro procedimiento se le solicitó llevar un registro similar. Este doctor dijo que todo el mundo sabe «off the record» que el hospital esperaba alcanzar cierto número de esterilizaciones.»²²

El Informe Rees en la página 6 consigna:

«David Morrison de PRI se reunió con el Dr. Yong Motta, asesor presidencial en salud, al día siguiente que dejé Perú. De acuerdo a las notas que el Sr. Morrison tomó durante la entrevista (...): 'Por supuesto que la campaña tiene metas... El éxito es medido', dijo el Dr. Yong Motta, 'a través de muchos métodos, número de aceptantes versus no aceptantes...' Pregunté si el Ministro reconocía el peligro que las metas plantean (...), podía ser entendido como metas de esterilización en el nivel local, y él respondió que podía ser posible pero las campañas habían sido un éxito.»²³

El Informe Rees bajo el subtítulo «Rol de los Estados Unidos» y abordando el involucramiento de USAID, consignó el hecho que esta agencia, en conversaciones con las autoridades del gobierno peruano, urgió «poner fin a las metas.»

22. Traducción del texto original en inglés.

23. Traducción del texto original en inglés.

«Finalmente, el 6 de enero de 1998 (USAID),²⁴ escribió una carta al Ministro de Salud planteando que 'nuestro deseo de colaborar en el campo de la planificación familiar está basado en la elección libre, voluntaria e informada de anticonceptivos... no en la persecución de metas cuantitativas por método para cada particular proveedor de servicios o grupo de proveedores, especialmente cuando se trata de ligaduras de trompas o vasectomía.' La carta continúa hasta pronunciarse 'necesitamos contar con lo siguiente a la brevedad posible: (...) (2) Confirmación de que el Programa de Planificación familiar en 1998 no estará caracterizado por la imposición de cuotas, metas o 'figuras referenciales'.»

La Unidad de Investigación de El Comercio en febrero de 1998 aportó importantes pruebas al tema de las cuotas. Un primer documento que salió a luz es el «Comunicado al personal de salud de la Subregión de Salud de Huancavelica.»

A continuación reproducimos los contenidos del comunicado:

*COMUNICADO AL PERSONAL DE SALUD DE LA
SUBREGION DE SALUD DE HUANCAVELICA*

1. *No hay pago por captación de pacientes de AQV, ya que tiene carácter obligatorio.*
2. *Que por indicación de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y el Programa de Salud Básica:*
 - *personal nombrado deberá captar 02 pacientes para AQV mensual.*
 - *personal focalizado deberá captar 03 pacientes para AQV mensual.*
 - *personal CLAS deberá captar 03 pacientes para AQV mensual.*
3. *Para lo anterior el jefe y la obstetrix del centro de salud deberán presentar la relación de personal que capte pacientes para la campaña del mes.*
4. *Que a fin de año se evaluará el número de pacientes captados efectivos por personas para otorgarles un certificado con determinado número de créditos según la captación de pacientes efectivos, dándole así un valor curricular al certificado.*
5. *Que a fin de año se premiará al establecimiento que tenga:*
 - a) *el menor costo y el mayor beneficio de población de AQV.*
 - b) *por mejor organización de campaña.*
 - c) *mayor esfuerzo de captación (sin carro).*
 - d) *participación efectiva del jefe del Centro de Salud y personal en las campañas.*
 - e) *mejor captación a nivel del puesto de salud.*
 - f) *certificados personales para los equipos de campaña.*
6. *Que el presupuesto por racionamiento asignado por día de campaña deberá ejecutarse en alimentación para pacientes y personal, del cual el personal del establecimiento deberá firmar planillas de racionamiento para la rendición presupuestal correspondiente.*

*Firman: Dr. Oscar Alberto Zúñiga Vargas. Director Subregional de Salud Huancavelica.
CMP 26699 Ministerio de Salud / C.T.A.R «Los Libertadores - Wari»
Dr. Edilberto Martínez Pujay. Director Ejecutivo de Salud de las Personas. CMP 28821*

24. Carta del director Donald Boyd al ministro de Salud, Marino Costa Bauer.

Ministerio de Salud / C.T.A.R «Los Libertadores- Wari»

Dra. María Elena Herrera Palomino. Coordinadora P.S.B.P.T. CMP 24977 Región Los Libertadores – Wari /Subregión de Salud de Huancavelica.

Los informantes que aportaron dicha prueba señalaron, de acuerdo a la versión de El Comercio,²⁵ que «en noviembre de 1997 salió de las oficinas de Lima, la orden de destruir cuanto antes este tipo de documentos.»

Según la nota de la Unidad de Investigación de El Comercio, publicada el 12 de febrero de 1998, el director de la Subregión de Salud de Huancavelica, Oscar Alberto Zúñiga Vargas, reconoció la autenticidad del comunicado publicado por dicho diario respecto a las metas de captación de pacientes para ser esterilizados, exigidos a cada trabajador del sector. Sin embargo, insistió que ese documento fue desestimado dos semanas después y por lo tanto no fue distribuido. Zúñiga declaró que dicho documento fue elaborado las últimas semanas de julio de 1997 por la parte técnica subregional, esto es, la Coordinadora del Programa de Salud Básica para Todos, a cargo de la doctora María Elena Herrera Palomino, quien se lo alcanzó para que lo firmara.

«Sé que eso no es justificación –sostuvo Zúñiga– pero yo atiendo centenares de documentos al día. Me alcanzaron ése para visarlo y se me pasó. No quiero decir con esto que yo esté exento de responsabilidad; yo asumo toda la responsabilidad del documento’, dijo a El Comercio. Según el Director de la Subregión, la información contenida en el documento se llegó a transmitir por radiograma a unos centros de salud y algunas copias se llevaron a otros puestos, pero, reiteró ‘después me ordenaron detener el documento’.»

El motivo que llevó a la elaboración de un documento de esa naturaleza, de acuerdo a la versión de Zúñiga, fue porque los médicos retornaban de las campañas de esterilización al interior de la subregión sin lograr atender a todas las interesadas, ya que no contaban con un estimado correcto de la demanda. «A veces regresábamos y, por falta de tiempo, 10 ó 15 señoras se quedaban sin operar. Por eso redactamos el documento», afirmó.

Por su parte, la doctora María Elena Herrera declaró a la Defensoría del Pueblo que el comunicado en mención fue elaborado por Emperatriz Paredes, coordinadora del Programa de Planificación Familiar, conjuntamente con Zúñiga y con el tercer firmante, el director ejecutivo de Salud de las Personas en Huancavelica, Edilberto Martínez Pujay. Esto ocurrió entre agosto y setiembre de 1997. Herrera declaró haberse negado cuando Emperatriz Paredes le pidió que lo firmase al no estar de acuerdo con que se exigiera metas al personal ni con que la planificación familiar se concentrara en AQV. «Pero Zúñiga le dijo que debía firmar porque si no, el personal de Salud Básica para Todos que ella dirigía no acataría las órdenes», de acuerdo a El Comercio.

Entrevistado el viceministro de Salud, Alejandro Aguinaga, por El Comercio, declaró²⁶ que se aplicarían medidas disciplinarias al director subregional de salud de Huancavelica, Oscar Alberto Zúñiga, por ser el responsable del comunicado que establece la cantidad de personas

25. El Comercio, 11 de febrero de 1998.

26. El Comercio, 12 de febrero de 1998.

que cada miembro del sector debe captar para ser esterilizadas quirúrgicamente. En esta misma nota el viceministro de Salud declaró: «El Ministerio de Salud ha aclarado hasta el cansancio que no es parte de su política establecer metas en el programa de planificación familiar. Este comunicado es responsabilidad directa de los funcionarios de la subregión de Huancavelica. El sector Salud es grande, el doctor Zúñiga ha actuado a título personal y ha ido más allá de la norma.»

El presidente de la Federación Médica Regional de Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas, Hector Chávez Ch., declaró a El Comercio²⁷ que, si bien reconoce importantes logros al gobierno de Alberto Fujimori, su mayor error está siendo poner en riesgo el futuro del país con las campañas de esterilización que, sostuvo, obligan al personal médico a captar cuotas mínimas de pacientes para ser esterilizadas masivamente, afectando las raíces y la cultura del pueblo y despoblando las zonas más pobres.

«Yo tengo mucho temor y mucho que perder al hacer estas declaraciones, porque no soy nombrado, sino sólo contratado, y tengo una familia con esposa e hijos que mantener, pero creo que como presidente de la Federación tengo una obligación moral», afirmó. Chávez dijo haber recibido una serie de denuncias de médicos en su región, en el sentido que estaban siendo obligados a cubrir una cuota mínima mensual de pacientes para ser esterilizados, bajo amenaza que sus contratos no fueran renovados y en el caso de los médicos nombrados, de ver reducidos sus ingresos por servicios especiales. Este representante regional declaró que actualmente existe crisis y malestar entre los miembros de su sector, al punto que cuando el Director del Hospital de Andahuaylas renunció, ningún otro médico quiso asumir el cargo.

Precisó que el personal que trabaja en el programa de focalización, dado que son médicos que no tienen estabilidad laboral ni beneficios sociales, son los más presionados y de modo sutil debido a la necesidad del trabajo y a la escasez del mismo. Incluso en el documento de la Subregión de Salud de Huancavelica, donde se habla de cuotas para el personal de salud, señaló Chávez, existe una meta de dos pacientes para los médicos nombrados y tres para los contratados. Se trata, insistió, de un 50 por ciento más de presión para los contratados.

El Comercio²⁸ encontró y fotografió el domingo 15 de febrero de 1998 un nuevo documento publicado en el panel del Hospital de Acobamba, en el departamento de Huancavelica, con el siguiente contenido:

AVISO

Se comunica a todo el personal del Hospital y Puestos de Salud realizar las captaciones para AQV a llevarse a cabo el día 26.2.98. Todo el personal está en la obligación tanto los asistenciales como los administrativos. Acobamba 10 de febrero de 1998. Firma: Coordinador del Programa de Planificación Familiar. Visto bueno de la Dirección del Hospital.

De acuerdo al informe de Julia María Urrunaga, periodista de la Unidad de Investigación de El Comercio, en una conversación extraoficial con un miembro del hospital, éste confirmó que el 26 de febrero de 1998 se realizaría la segunda campaña de ligaduras de trompas del

27. El Comercio, 23 de febrero de 1998.

28. El Comercio, 4 de marzo de 1998.

año, y que la cantidad aproximada para una campaña mensual era de alrededor de 20 pacientes. Sin embargo, ésta se postergó para el 28 de febrero.

Este documento hallado en Acobamba no sólo acreditaba la efectiva y prolongada aplicación en Huancavelica de la disposición que obligaba al personal de salud a captar pacientes para la anticoncepción quirúrgica, sino que por su fecha (posterior a que saliera a la luz el documento de la Subregión de Salud de Huancavelica), revelaba la falta de resonancia en las autoridades político-administrativas respecto al hallazgo del documento sobre cuotas obligatorias en Huancavelica y falta de compromiso en detener aquello que habían desmentido que fuera una política de la autoridad central.

No obstante que con relación a lo ocurrido en Huancavelica las autoridades declararon que se trataba de un incidente aislado de responsabilidad del Director de la Subregión de Salud, encontramos, esta vez en Huancabamba (Piura), situada en el norte del país, otro documento de la misma naturaleza.

Así, accedimos²⁹ a un memorándum múltiple de fecha 11 de octubre de 1997, firmado por el Director del Centro de Salud de Huancabamba (conocido como Hospital Rural) con sello de la Dirección Regional de Piura, comunicando a un trabajador de salud la obligación de captar dos pacientes para AQV en ese mes. Reproducimos a continuación el contenido de dicho memorándum:

MEMORANDUM MULT..

Por medio de la presente en Coordinación con la Dirección de Salud a las Personas, la Dirección de Personal y la Dirección Regional de Salud de Piura, se le comunica que debe captar dos pacientes para AQV, durante el presente mes de octubre con carácter de obligatoriedad. En caso contrario se hará el informe correspondiente para rescindir su contrato, suspender su ampliación de horario e incluir todo en su legajo personal. Se adjuntarán sus captaciones de AQV del presente año en dicho informe. Lo que comunico a Ud. para su conocimiento y debido cumplimiento. Firma: Dr. Igor Flores Guevara, Director C.S. Huancabamba. Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Piura. Otro sello: Ministerio de Salud Zona de Desarrollo Integral de Salud Huancabamba.

Al continuar nuestras investigaciones durante 1998, detectamos igualmente la imposición de cuotas en AQV para aplicar sobre localidades con población nativa, pueblos que tenían un alto índice de mortalidad infantil o que incluso habían experimentado un considerable descenso poblacional por causa del conflicto armado interno que asoló el país. Así, la cuota impuesta a una promotora comunitaria de salud ashaninka en las inmediaciones del río Apurímac fue de cinco captaciones por mes.³⁰

29. El documento nos fue entregado en setiembre de 1998.

30. Testimonio de M., promotora comunitaria de salud en las comunidades ashaninkas del río Apurímac (Catongo, Kempiri, Pitirenkeni, Gransindongari, Sampantuari, Kashinoberi, Limatambo, Capiroshari y Otari), desde 1995 hasta 1997. En marzo de 1995 reconocida y contratada por la Dirección Regional de Ayacucho hasta setiembre de 1996. Con la reforma y sectorización su contrato pasó a depender de la Dirección Regional del Cusco hasta noviembre de 1997. Fue contratada por el Programa de Atención Básica de Salud para Todos. En 1997, la Dirección Regional del Cusco le impuso captar cinco personas por mes para anticoncepción quirúrgica. El Jefe de la Dirección de UAS de Kimbiri y el Coordinador Especialista en Planificación Familiar le dijeron que cada puesto y personal debía traer sus pacientes para la intervención quirúrgica.

En los testimonios de personas que fueron ligadas también encontramos referencias a las cuotas. H.H.H., campesina quechua de la provincia de Anta que fue esterilizada sin su consentimiento, nos relata:³¹

«Yo me lamenté llorando, ante mi esposo. ¿Cómo me han hecho esto? ¿Y si me pongo mal? Al verme así mi esposo preguntó a la señorita (enfermera): 'Señorita, ya que le han hecho esto a mi esposa, ¿con qué la puedo cuidar en caso de que se ponga mal?' Entonces, la enfermera dijo: '¡Já! Agradece más bien que el gobierno de Fujimori ha ordenado esta ayuda para que no sigan pariendo sin medida. (El presidente Fujimori) ha dispuesto esta ayuda para trescientas madres de la Pampa de Anta. ¿Acaso nosotros nos estamos muriendo por 'degollar' a la gente? Cualquier particular les hubiera cobrado trescientos y tantos'. Resondrándome así me despacharon.»

La imposición de cuotas acabó alcanzando incluso a terceros ajenos al Ministerio de Salud. El testimonio de quien entonces fuera estudiante de obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes nos confirma de situaciones que fueron propiciadas por la presión sobre establecimientos y personal de salud. Así, C. (hoy obstetra contratado por el IPSS en una localidad rural) nos señala que cuando estuvo terminando sus estudios universitarios, dentro del syllabus que un profesor les entregó, colocó como parte de la nota captar dos personas para que se realicen anticoncepción quirúrgica, con el 3% del peso de la nota final.³²

Según información del personal de salud, durante 1996, la tendencia fue considerar incentivos de acuerdo al número de personas captadas, los que oscilaban entre 10 y 30 soles por paciente efectivamente operada³³ de acuerdo a los lugares. En localidades amazónicas incluso nos mencionaron cifras aún más elevadas (Alto Marañón).

En 1997, sin embargo, se incrementó la presión sobre el personal de salud, incluyendo amenazas expresas de rescisión del vínculo laboral, entre otras. Las metas a nivel de regiones y subregiones de salud fueron incrementadas anualmente «según tendencia» y supervisadas sistemáticamente por las autoridades político-administrativas.³⁴

El siguiente testimonio da cuenta de tales hostilizaciones:³⁵

«Por no cumplir con la cuota comencé a ser hostilizada. En el mes de julio (de 1997) el jefe de la Dirección Regional del Cusco y el Coordinador, me llamaron la atención por no cumplir las cuotas para el Programa de Planificación familiar, fue cuando llega la evaluación de medio año. En setiembre de 1997 me acusaron de haberme llevado un cheque. Pedí que me investigaran porque los nativos no hacemos esas cosas. Además le dije, ¿cómo voy a robar un cheque que sólo lo puede cobrar la persona a nombre de quien está? El Director me llamó a su oficina para que diera mi manifestación y me dijo que iba a venir una investigación a nivel central, pero nunca llegó. Yo y mi comunidad hemos venido insistiendo para que investiguen. Desde esa fecha perdí mi trabajo.»

31. Testimonio traducido del quechua.

32. Testimonio recogido por nuestro equipo de investigación en agosto de 1998.

33. Entrevistas a trabajadores de salud en Lima, San Martín, Loreto.

34. Entrevistas realizadas a funcionario de alta dirección del Ministerio de Salud.

35. M. se desempeñó como promotora comunitaria de salud. Pertenece al pueblo ashaninka. Entrevista realizada en setiembre de 1998.

Nuestra entrevistada agregó que las indicaciones sobre cuotas se daban a través de oficios: «Recibí cuatro oficios que llegaron con el mismo contenido, salvo el último donde después de 'atentamente' hay una nota que dice 'si en caso contrario no cumple, el mismo personal se asumirá, voluntariamente se hará la AQV'.»³⁶ Al cierre de este reporte una misión de periodistas extranjeros nos entregó información procedente de Ica, referida al caso de una enfermera que, al no poder cumplir con la cuota asignada, se vio obligada a realizarse la ligadura de trompas, a fin de no perder su trabajo. Fue igualmente removida.³⁷

A nivel nacional, las metas programadas en AQV fueron de aproximadamente cien mil para el año 1996,³⁸ 130 mil para 1997³⁹ y en 1998, de acuerdo al Proyecto de Presupuesto del Sector Salud para este año, fechado en setiembre de 1997, se incluyó como meta 165 mil 827 intervenciones de anticoncepción quirúrgica. Respecto a 1998, el Ministro de Salud en declaraciones a El Comercio en la edición del 3 de abril de 1998, a la pregunta de la periodista sobre el estimado de demanda para ese período, respondió: «No sobrepasa las 80 mil intervenciones. Pero gracias a la prensa, creo que no vamos a cumplirlas. Hay una retracción en algunas zonas. Otro fenómeno importante en la retracción ha sido el fenómeno de El Niño.»

El número acumulado de intervenciones quirúrgicas ejecutadas desde 1996 ha tenido versiones diferentes. Así, el viceministro Aguinaga indicó en una oportunidad que fueron 145 mil las intervenciones realizadas.⁴⁰ Sobre 1996, la versión más sostenida por las autoridades fue que se ejecutaron 35 mil. Sobre 1997, El Comercio, señaló:⁴¹

«La versión original del Ministerio de Salud sobre la cantidad de ligaduras de trompas y vasectomías realizadas durante 1997 fue rebasada por las cifras definitivas: 114,542 ligaduras y 11,434 vasectomías que hacen un total de 125,976 esterilizaciones quirúrgicas. En las primeras declaraciones sobre el tema, realizadas por el viceministro de Salud, Alejandro Aguinaga, éste anunció 110 mil ligaduras y 10 mil vasectomías. Sin embargo, las cifras finales revisadas los primeros días de este año arrojaron un total mayor estimado, y muy cercana a la oferta programada de esterilizaciones quirúrgicas reconocidas por el Viceministro, de 130 mil intervenciones para 1997.»

En la edición del 12 de abril de 1998 del diario El Peruano, el Ministro de Salud declaró que durante 1997 se protegió a 900 mil familias mediante el uso de métodos de planificación naturales o artificiales, de las cuales 120 mil optaron por la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).

El Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo, de mayo de 1998, preparado por el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), sostuvo lo siguiente:

«184. Dada la significativa demanda represada por la falta de servicios de esterilización quirúrgica en los establecimientos del estado, a partir de 1996 se presenta un gran incre-

36. Testimonio de M.

37. Su versión fue reiterada por la entrevistada a nuestro equipo en marzo de 1999.

38. Según información de funcionarios de alto nivel y personas cercanas al PNSRPF

39. Idem.

40. El Comercio, 23 de abril de 1998.

41. El Comercio 12 de febrero de 1998.

mento en el número de intervenciones de esterilización femenina y, en mucho menor medida, la masculina. En 1996 se realizan 37,000 intervenciones y en 1997 alcanzan a 120,100. Ante una demanda tan alta y la rápida expansión de la oferta para responder a la misma, se experimentaron ciertas debilidades y críticas al programa.»⁴²

Ahora bien, tales cifras y sus variaciones aparecieron posteriormente a que emergiera la preocupación pública por las denuncias de abusos en la implementación del PNSRPF. Un dato pasado por alto fue la cifra oficial sobre intervenciones en anticoncepción quirúrgica en 1996 que el INEI incluyó en su Compendio Estadístico 1996-1997: **en 1996 sólo el Ministerio de Salud ejecutó 67,263 ligaduras de trompas y 4,726 vasectomías.** El IPSS realizó 13,742 ligaduras y 1,400 vasectomías ese año y las Fuerzas Armadas y Policiales 756 ligaduras y 187 vasectomías. Vale decir que **el sector público totalizó 81,761 ligaduras y 6,313 vasectomías.** Lo que equivale a 88,074 intervenciones de anticoncepción quirúrgica, cifra bastante próxima a la que nuestros informantes nos indicaran como meta en anticoncepción quirúrgica para 1996 y definitivamente lejana de la que declararon como ejecución efectiva el Ministerio de Salud y el PROMUDEH.

Mientras esas cifras representan incrementos respecto de las del año anterior, la aplicación de DIU por el MINSA en ese mismo año decreció en 9%.⁴³

Veamos la evolución (incremento porcentual) que antecedió a las cifras alcanzadas en 1996, tomando la misma fuente oficial del INEI:⁴⁴

Año	Ligadura de trompas	Inc. %	Vasectomía	Inc. %
1990	2593		-	
1991	3849	48%	-	
1992	6911	80%	-	
1993	14783	114%	663	
1994	13321	-10%	355	-46%
1995	21901	64%	974	174%
1996	67263	207%	4726	385%

Lo expuesto sobre divergentes versiones en materia de número de personas esterilizadas y sobre evolución porcentual anual de esterilizaciones, debe ser tenido en cuenta en cuanto pone de manifiesto falta de transparencia en la conducción del PNSRPF. Un conjunto de as-

42. Perú: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo, PROMUDEH, Lima, mayo de 1998, pág.40.

43. Según testimonios recogidos en localidades rurales, los proveedores de salud no informaban sobre DIU a partir de 1996, a veces negaban contar con este método en ese centro de salud y hasta decían a las solicitantes que en adelante ya no se proveería desde el estado de métodos temporales. Además, se produjo el desentendimiento por parte de los servicios públicos de la atención a los problemas de salud presentados por las anteriores usuarias de DIU.

44. INEI, 1997 Perú: compendio estadístico 1996-1997, página 372, cuadro 492 titulado Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, Consumo de Anticonceptivos, según métodos 1990-1996.

COMUNICADO

10 NOV 1971
GRACIAS - DEBITE
H. J. A. L.

SE COMUNICA A TODO EL PERSONAL DE SALUD DE LA SUE REGION DE SALUD HUANCVELICA QUE:

- 1.- NO HAY PAGO POR CAPTACION DE PACIENTES DE AQV YA QUE TIENE CARACTER OBLIGATORIO
- 2 - QUE POR INDICACION DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS Y EL PROGRAMA DE SALUD BASICA:
 - PERSONAL NOMBRADO DEBERA CAPTAR 02 PACIENTES PARA AQV. MENSUAL
 - PERSONAL FOCALIZADO DEBERA CAPTAR 03 PACIENTES PARA AQV. MENSUAL.
 - PERSONAL CLAS DEBERA CAPTAR 03 PACIENTES PARA AQV. MENSUAL
- 3.- PARA LO ANTERIOR EL JEFE Y OBSTETRIZ DEL CENTRO DE SALUD DEBERA PRESENTAR LA RELACION DE PERSONAL QUE CAPTE PACIENTES PARA LA CAMPAÑA DEL MES.
- 4.- QUE A FIN DE AÑO SE EVALUARA EL NO DE PACIENTES CAPTADOS EFECTIVOS POR PERSONAS PARA OTORGARLES UN CERTIFICADO CON DETERMINADO NO DE CREDITOS SEGUN LA CAPTACION DE PACIENTES EFECTIVOS, DANDO ASI UN VALOR-CURRICULAR AL CERTIFICADO
- 5.- QUE A FIN DE AÑO SE PREMIARA AL ESTABLECIMIENTO QUE TENGA:
 - a) EL MENOR COSTO Y MAYOR BENEFICIO DE POBLACION DE AQV.
 - b) POR MEJOR ORGANIZACION DE CAMPAÑA
 - c) MAYOR ESFUERZO DE CAPTACION (SIN CARRO)
 - d) PARTICIPACION EFECTIVA DEL JEFE DEL CENTRO DE SALUD Y PERSONAL EN LAS CAMPAÑAS.
 - e) MEJOR CAPTACION A NIVEL DEL PUESTO DE SALUD
 - f) CERTIFICADOS PERSONALES PARA LOS EQUIPOS DE CAMPAÑA.
- 6.- QUE EL PRESUPUESTO POR RACIONAMIENTO ASIGNADO POR DIA DE CAMPAÑA DEBERA EJECUTARSE EN ALIMENTACION PARA PACIENTES Y PERSONAL, DEL CUAL EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DEBERA FIRMAR PLANILLAS DE RACIONAMIENTO PARA LA RENDICION PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE.

GNS = 2801
120 N.S. x Capitan

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO SUBREGIONAL DE SALUD WARI
Dr. Oscar Alberto Zúñiga V. 1779
Director Subregional de Salud Wari

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO "Libertadores Wari"
Sub Región de Salud de Huancavelica
Dr. EULORIO GARCIA PUIAY
Director Ejecutivo de Salud de las Personas

REGION LOS CHILICANOS WARI
SUB-REGION DE SALUD HUACA
Dra. MARIA C. HERRERA PAOMINO
COORDINADORA P.S.B.P.T.
C.M.P. 24977

" AÑO DE LA REFORESTACION : CIEN MILLONES DE ARBOLES "

Huancabamba, 11 de Octubre de 1997.

MEMORANDUM MULT. N°036-97-CTAR-RG-DRS-II-D.

A :

.....

ASUNTO : OBLIGATORIEDAD DE CAPTACION.

=====

Por medio de la presente en Coordinación con la Dirección de Salud a las Personas, la Dirección de Personal y la Dirección Regional de Salud de Piura, se le comunica que debe Captar dos pacientes para AQV. durante el presente mes de Octubre con carácter de Obligatoriedad. En caso contrario se hará el informe correspondiente para rescindir su contrato, suspender su ampliación de horario e incluir todo en su legajo personal.

Se adjuntarán sus captaciones de AQV. del presente año en dicho informe.

Lo que comunico a Ud. para su conocimiento y debido cumplimiento.

Atentamente;

DR. GONZALO
DIRECCION
REGIONAL
DE SALUD
HUANCABAMBA



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - PIURA

DR. GONZALO FLORES GUERRA
DIRECTOR

pectos altamente relevantes no han sido informados a la opinión pública. Al respecto debemos tener presente la Recomendación sobre acceso a archivos y documentos en poder del estado, emitida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA), en su 101 período extraordinario de sesiones, el 8 de diciembre de 1998:

«1. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su carácter de órgano principal de la Organización de los Estados Americanos para la promoción de la defensa y observancia de los derechos humanos, considera que el derecho de acceder libremente a la información existente en los archivos y documentos en poder del estado es una de las garantías fundamentales de la democracia constitucional por cuanto asegura a la vez la participación de la ciudadanía en la discusión y decisión de los asuntos comunes, y la transparencia de las actuaciones estatales. (...) de esta suerte, la legitimidad de las decisiones de las autoridades depende en gran medida de su publicidad puesto que sólo el escrutinio ciudadano puede evitar los altos riesgos de corrupción y despotismo que pueden implicar los secretos de Estado o los actos de poder no sujetos a la mirada del público.»

«3. En consecuencia, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en ejercicio de las facultades previstas en el artículo 41(b) de la Convención Americana de Derechos Humanos, en el artículo 18(b) de su estatuto y en el artículo 63(f) de su reglamento, decide:

Recomendar a los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos que adopten las medidas legislativas y de otra naturaleza que sean necesarias para hacer efectivo el derecho de libre acceso a la información existente en los archivos y documentos en poder del Estado, particularmente en los casos de las investigaciones tendientes al establecimiento de la responsabilidad por crímenes internacionales y graves violaciones a los derechos humanos.»

3. Respuesta institucional⁴⁵

El estado peruano negó inicialmente el haber establecido metas numéricas exclusivamente en el campo de la anticoncepción quirúrgica y rechazó enfáticamente que existieran cuotas de cumplimiento obligatorio impuestas a establecimientos y personal de salud.

Reproducimos un fragmento de la entrevista publicada por El Comercio al ministro de Salud, Marino Costa Bauer, el 03 de abril de 1998:

«*Periodista:* Tenemos versiones de jefes y ex jefes de subregiones de salud que dicen que en reuniones a nivel nacional se plantearon las metas: 100,000 esterilizaciones para 1996 y 150,000 para 1997.

Ministro: Eso no es cierto. Lo que pasa es que los Ministerios son complicados. La demanda insatisfecha de métodos limitadores en 1996 era de 380,000 y es en base a eso que trabajamos.

Periodista: Viajando hemos recibido versiones –anónimas, por supuesto, porque nadie

45. Ver sección: Preocupación pública y correctivos.

quiere perder su puesto de trabajo— de que hay una fuerte presión por cumplir cuotas obligatorias de pacientes para ser esterilizados.

Ministro: No, eso no es cierto.

Periodista: En la zona de Tocache nos dijeron que se les paga 30 soles por cada persona captada y en Arequipa 15 soles.

Ministro: Que digan quién les ha pagado. El señor me pagó. Perfecto. Y ahí vamos a investigar.

Periodista: Dicen que son las subregiones. La referencia que tenemos es que los pagos salen de los presupuestos de viáticos y movilidad.

Ministro: Las subregiones hasta el primero de abril dependen administrativa y financieramente del Ministerio de la Presidencia. En cuanto al uso de viáticos para esto, es prácticamente imposible detectarlo.

Periodista: Otra referencia que recibimos en Huancavelica es que un modo de pagar extra por AQV es reportar más días de los que realmente trabajó el personal y así reciben más viáticos.

Ministro: Claro, el doctor sale y dice, «sabes qué, repórtame seis días de viáticos, porque he estado tres afuera», entonces los otros tres van al bolsillo. Ese es un carrusel que seguramente está ocurriendo, pero eso es porque le están sacando la vuelta al sistema. Si eso ocurre, no es solamente en planificación familiar, sino en cualquier otro Programa. Sería bueno conocerlo.

Periodista: ¿A quién compete investigar esa falta?

Ministro: Eso compete al Ministerio de la Presidencia. Nosotros no enviamos fondos para remuneraciones, movilidades, ni viáticos.

Periodista: Tampoco reciben los reportes.

Ministro: Si los pedimos, nos los van a enviar, pero van a ser reportes que cuadran perfectamente. Es seguro que en algunos casos habrá médicos y profesionales que dupliquen sus ingresos mensuales en base a los viáticos. Pero es imposible determinar que se está disfrazando para sacar plata negra.

Periodista: ¿Eduardo Yong Motta es asesor del presidente Fujimori en planificación familiar o en Salud?

Ministro: Sólo sé que es asesor del Presidente. Imagino que por ser médico y por haber sido Ministro de Salud, debe ser asesor de salud.

Periodista: ¿No han tenido reuniones conjuntas?

Ministro: Muy pocas veces participa él en reuniones sobre ejecución presupuestal, programación e infraestructura.

Periodista: El hizo declaraciones, que han sido publicadas en el extranjero, reconociendo que sí existen metas gubernamentales sobre ligaduras de trompas y que se priorizan las esterilizaciones porque son más baratas que entregar anticonceptivos en inyecciones cada tres meses. ¿Usted ha conversado con él sobre esas declaraciones?

Ministro: No sé, ni las he leído. Yong Motta, en lo que se refiere a mi gestión en este Ministerio, no ha intervenido ni interferido nunca. Lo que él hace es viajar mucho, y recomienda: «hay que construir tal posta o cosas así.»

Periodista: ¿No ha intervenido al opinar sobre un tema que le compete a usted y dando una versión contraria a la oficial?

Ministro: El ha dado una opinión sobre el tema, que en su opinión la ligadura es más barata. Yo creo que es más cara. Cuesta unos 250 soles. La vasectomía cuesta la cuarta parte y es más eficaz porque normalmente un varón tiene hijos con varias mujeres.

Periodista: Pero él dijo directamente que el gobierno tenía metas.

Ministro: No sé.

Periodista: El Comercio publicó una carta que la oficina del gobierno norteamericano para el desarrollo internacional AID le dirigió a Ud., en la que piden el cumplimiento de tres requisitos para no interrumpir su apoyo al gobierno. El primer requisito es el inicio de la investigación sobre satisfacción de usuarias que se estaba coordinando entre AID y el Ministerio. El segundo, la eliminación de cuotas y metas para AQV en 1998. Y el tercero, evidencias de que se está produciendo un consentimiento libre e informado para AQV.

Ministro: Esa carta se respondió. Con AID ya no hay ningún problema. Estamos evaluando la investigación de satisfacción de usuarias, pero queremos un trabajo objetivo, sin sesgos, y sobre todos los métodos, no sólo sobre AQV, como quería AID.»

El 12 de abril, el diario oficial El Peruano bajo el titular «En plan de salud reproductiva no se asignan metas obligatorias. Afirma el Ministro Marino Costa Bauer», recogió las siguientes declaraciones:

«El gobierno no tiene metas en el Programa de Planificación Familiar, aseguró ayer el ministro de Salud, Marino Costa Bauer, quien descartó la existencia de cuotas obligatorias a ser cumplidas por los profesionales que participan en el plan. Manifestó que, de acuerdo con estudios realizados por su sector, en el país existen más de 450 mil mujeres en edad fértil que requieren del uso de métodos anticonceptivos. De ellas el 68 por ciento ha declarado expresamente su voluntad de no concebir más hijos y el 28 por ciento la necesidad de espaciar el tiempo entre cada embarazo.»

El 13 de abril de 1998, El Comercio recogió las declaraciones de la primera vicepresidenta del Poder Legislativo, Edith Mellado:

«Una meta no es una obligación. Es una aspiración que puede o no lograrse. No es una situación compulsiva. Pienso que en este caso se trata de una meta que se deseaba alcanzar, pero el tratamiento de cada caso es cuestión de la ética de cada médico y eso no depende del Ministro de Salud.»

Mellado dijo que esas premuras para que Costa Bauer concurra al Congreso «no conducen a ningún sitio. Es preferible que primero se documente, analice y entonces se hagan las aclaraciones. Salir al paso ante cualquier acusación no es lo más conveniente.»

En enero, la congresista Luz Salgado, entonces presidenta de la Comisión de la Mujer del Congreso de la República, también salió en defensa de la política de planificación familiar del gobierno y enfatizó que lo que se busca es evitar que las mujeres recurran al aborto. De acuerdo a la versión periodística del diario La República «Salgado recogió lo declarado por el viceministro de Salud, Alejandro Aguinaga, ante su Comisión, según lo cual lo que existe no son metas sobre cuotas de mujeres a esterilizar, sino objetivos programáticos para saber qué can-

tividad de píldoras anticonceptivas se debe enviar a cada región del país 'porque hay 500 mil mujeres que no desean tener más hijos y están esperando estos medicamentos'.»⁴⁶

El diario oficial El Peruano en su edición del 2 de mayo de 1998, informando sobre un documento elaborado por la alta dirección del Ministerio de Salud, indicó que «se continuará con el establecimiento de metas a fin de programar los recursos necesarios para el cumplimiento de objetivos, lo que no debe entenderse con el establecimiento de cuotas por unidad operativa o por personal específico, y menos el establecimiento de sanciones a quienes no las cumplan.»

El 2 de junio de 1998, el diario La República recogió las declaraciones del ministro de Salud, Marino Costa Bauer, quien negó la existencia de metas o cuotas impuestas a los agentes de salud para esterilizar a un número determinado de personas, «dentro del sector público no sólo en salud sino en todo, trabajamos en base a metas, porque si no, no podríamos recibir el presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas. Pero lo que no hay, no ha habido, ni habrá nunca son las llamadas cuotas obligatorias de esterilización.»

En julio de 1998, durante la sesión destinada a examinar el informe periódico del Perú ante la CEDAW, el gobierno peruano distribuyó a los asistentes una hoja titulada «El Programa Peruano de Salud Reproductiva.» Reproducimos lo concerniente a las metas y cuotas.

«Adicionalmente el gobierno peruano está implementando los siguientes cambios en un esfuerzo por mejorar la calidad integral del Programa Nacional de Salud Reproductiva:

. No habrán metas a los proveedores para ligaduras o vasectomías o cualquier otro método de planificación familiar ni metas sobre métodos específicos en los niveles locales y regionales.»⁴⁷

Finalmente, debemos indicar que la Defensoría del Pueblo en enero de 1998, en su «Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria: los casos investigados por la Defensoría del Pueblo», se pronunció respecto de las metas y cuotas en los términos siguientes:⁴⁸

«4. Las metas referidas a los métodos de planificación familiar

El Ministerio de Salud ha fijado metas de cobertura de métodos de planificación familiar. En dichas metas sólo se incluye a mujeres en edad fértil, en ningún caso a hombres:

. *Alcanzar una cobertura de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces no menor al 50% del MEF⁴⁹ y el 70% de las MEF en unión.*

. *Alcanzar una cobertura de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, no menor al 60% de las mujeres adolescentes unidas.⁵⁰*

Se ha sostenido que no existe una meta de intervenciones quirúrgicas voluntarias.⁵¹ Sin

46. La República, 12 de enero de 1998.

47. Traducción del inglés por la autora del reporte.

48. Páginas 24, 25 y 26.

49. Mujeres en edad fértil.

50. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, op.cit., pág.26.

51. Recordemos que contrariamente a esta afirmación, el Jefe del Puesto de Salud de Mallaritos sostuvo que la meta para AQV en este establecimiento de salud había sido fijada en 70 intervenciones para 1997.

embargo, en el anexo 3 (Guía de Autoevaluación de actividades de AQV del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV, se lee lo siguiente:⁵²

(...) *Objetivo:*

Evaluar si actividades de atención en salud están contribuyendo al logro de las metas programadas.

-Si mi producción es menor al 80% de la meta programada significa que es necesario reevaluar el proceso.

(...)

1. Atención a pacientes

(...)

b) Meta programada de AQV en el establecimiento:

Estimación de candidatas para AQV:

No. De pacientes captados para AQV:

No. De pacientes sometidos al procedimiento AQV:

Producción:

<i>Método</i>	<i>Número</i>	<i>Meta</i>	<i>%</i>
---------------	---------------	-------------	----------

BTB

VASECTOMIA

TOTAL

Si no existiera una meta numérica para los métodos quirúrgicos, este anexo no figuraría en el Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Adicionalmente, si estamos ante un problema de planificación familiar, tampoco resulta razonable que las metas de cobertura de anticonceptivos sólo estén referidas a las personas de sexo femenino, y no haya ninguna alusión a los hombres en edad fértil. Este tratamiento diferenciado a las mujeres es discriminatorio, pues orienta las acciones del programa hacia ellas.

Por otro lado, según el artículo 6 de la Constitución, la Política Nacional de Población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y la maternidad responsables. Sin embargo, al excluirse la referencia a los métodos anticonceptivos usados por los hombres, se deja de lado la difusión y promoción de la paternidad responsable.

Hay en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar otra meta que debe ser revisada:

. Lograr que el 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber tenido consejería individual.

Esa meta, que tiene como objetivo que la totalidad de las citadas usuarias emplee determi-

52. Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV, Dirección del Programa de Planificación Familiar, p.44.

nados métodos anticonceptivos, puede suponer la vulneración de los derechos al libre desarrollo de la persona y a la libertad de conciencia y de religión.

La existencia de estas metas no sólo puede vulnerar derechos fundamentales, sino originar excesos en la ejecución del programa de planificación familiar, máxime cuando el propio programa, utilizando un lenguaje más compulsivo que programático, señala que hay que 'alcanzar' y 'lograr' tales metas. Similar lenguaje es utilizado en el Manual de Normas y Procedimientos para actividades de AQV, que se refiere a la 'producción' de intervenciones, al porcentaje logrado de la meta programada y al número de pacientes 'captados'.»

En sus conclusiones la Defensoría del Pueblo consigna:

«8. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, al establecer metas de servicios referidas sólo a mujeres en edad fértil, orienta sus acciones discriminatoriamente hacia las mujeres, olvidando que las políticas públicas de planificación familiar también deben dirigirse a los hombres.

9. La existencia de metas numéricas de cobertura de métodos anticonceptivos puede resultar violatoria de los derechos constitucionales, y dar origen a excesos en la aplicación del programa de planificación familiar.»

Finalmente, la Defensoría incluyó como recomendaciones:

«2.2. Reformular las metas de los programas reemplazando las actualmente establecidas –como por ejemplo la cantidad de personas que deben ser captadas– por otras de carácter programático basadas en estimaciones de la demanda de cada uno de los métodos anticonceptivos, con explícita cobertura a hombres y mujeres.

2.3. Modificar el logro general del programa expresado en que el 100% de las pacientes con atención institucional de parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro, por otro logro en el que se establezca que dicho porcentaje debe egresar habiendo sido debidamente informado de todos los métodos de planificación familiar.

2.4. Adoptar nuevas metas cuantitativas en términos de cobertura de información sobre todos los métodos en planificación familiar, tanto para hombres cuanto para mujeres.»

Campañas y festivales de anticoncepción quirúrgica

1. El problema en un marco de derechos

Consideraciones previas

En los últimos años, bajo la categoría de «campañas preventivo-promocionales en salud», el sector salud ha conducido una serie de acciones destinadas a atender necesidades básicas en salud de los sectores de menor acceso a servicios y en quienes coinciden los mayores riesgos de enfermar y morir por causas evitables.

Respecto de tales actividades no hay definiciones desarrolladas por norma legal del estado, constituyendo un término usado con diversos significados y contenidos por programas y proyectos gubernamentales.

En general, consisten en acciones de carácter masivo, la mayoría de veces con prestaciones múltiples (según algunos en aplicación del denominado criterio de «oportunidad», al que se añan expectativas de «productividad» y criterios económicos –reducción de costos–). En estas actividades se procura involucrar y coordinar con autoridades y agentes estratégicos dentro de la comunidad donde ha de desarrollarse la campaña. Tienen como duración entre uno y tres días, y se acompañan de, según sea el caso, actividades festivas, deportivas y acciones comunicacionales, para garantizar la concurrencia de la considerada población-objetivo.

Las campañas suponen acciones para acercar servicios a la población e involucrarla en acciones de salud pública, por ejemplo, campañas de vacunación, despistaje de cáncer, etc. Sin embargo, la realización de campañas de anticoncepción quirúrgica o festivales de salud en los que sólo se destaca y oferta la esterilización en desmedro del flujo de información y provisión de la más amplia gama de métodos anticonceptivos, resulta objetable por lo menos desde dos perspectivas. La primera objeción proviene del campo de las garantías a la decisión libre e informada (que incluye la prohibición de condicionamiento o inducción); la segunda, procede desde las garantías a la salud de las personas, lo que incluye observar la calidad de los servicios: evaluación de las usuarias, intervención quirúrgica, capacidad resolutiva frente a complicaciones, seguimiento postoperatorio.

Marco internacional de derechos humanos

El Principio 8 del Programa de Acción de la CIPD afirmó que «los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.»

El consenso de El Cairo consignó entre las medidas en planificación de la familia que «los gobiernos y la comunidad internacional deberían utilizar todos los medios de que disponen para apoyar el principio de libertad de elección en la planificación de la familia.» Igualmente alienta a los gobiernos a que concentren la mayor parte de sus esfuerzos en el logro de sus objetivos de población y desarrollo mediante la educación y medidas voluntarias, en vez de

recurrir a sistemas de incentivos y desincentivos.⁵³ «(...) [T]odos los programas de planificación de la familia deben esforzarse de modo significativo por mejorar la calidad de la atención.» Entre otras medidas la CIPD indica: “Proporcionar información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de planificación de la familia, que incluya sus riesgos y beneficios para la salud, los posibles efectos secundarios (...).»⁵⁴

«Los programas de planificación de la familia dan mejor resultado cuando forman parte de programas más amplios de salud reproductiva –o están vinculados a éstos– que se ocupan de necesidades sanitarias estrechamente relacionadas y cuando las mujeres participan plenamente en el diseño, la prestación, la gestión y la evaluación de los servicios.»⁵⁵

Legislación nacional

Bajo las normas nacionales, la prestación de servicios de planificación familiar, como componente de una oferta de servicios en salud reproductiva, debe garantizar **el flujo de información y la entrega de la más amplia gama de métodos anticonceptivos**, de manera que **las personas puedan elegir libre e informadamente**. En la entrega de información y métodos además debe cuidarse la seguridad, oportunidad y calidad de las prestaciones, constituyendo ello una responsabilidad del Estado. En planificación familiar **queda excluido todo intento de coacción, manipulación o condicionamiento**.

Así:

El artículo 28 de la Ley Nacional de Población expresamente establece que «queda excluido todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar. Asimismo, se rechaza cualquier condicionamiento de los programas de planificación familiar por instituciones públicas o privadas.»

De acuerdo al artículo 6, primer párrafo, de la Ley General de Salud, «toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar.»

El artículo VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud señala: «(...) Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.»

El artículo 2 de la Ley General de Salud establece que «(toda persona) tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.»

La Resolución Ministerial No.572-95-SA/DM de fecha 17 de agosto de 1995, dispuso que «Los establecimientos que dependen del Ministerio de Salud y de las Regiones y Subregiones de Salud, deberán suministrar en forma totalmente gratuita, la más amplia gama de métodos anticonceptivos, a fin de asegurar a las personas su libre e informada elección.»

53. Párr. 7.22 de la CIPD.

54. Párr. 7.23 (b) de la CIPD.

55. Párr. 7.13 de la CIPD.

La implementación de Campañas (bajo cualquier denominación) respecto de un determinado método anticonceptivo (además de carácter irreversible y que supone intervención quirúrgica), reclama que las autoridades comprometidas en la decisión y ejecución, rindan cuentas al menos en los siguientes campos: sobre la decisión preferencial del estado; sobre la magnitud proyectada a escala nacional y por regiones; sobre la pretensión de masividad a nivel local; sobre las estrategias y metodología de convocatoria y captación de usuarias; sobre la observancia de normas y procedimientos para garantizar la decisión libre e informada; sobre el flujo y calidad de la información; sobre las condiciones, capacidad de resolución y calidad de los servicios, incluidas las atenciones de complicaciones y seguimiento postoperatorio; sobre el abastecimiento de recursos materiales; sobre la suficiencia de recursos humanos calificados y capacitados; sobre la permanencia y disponibilidad de personal de salud para manejar complicaciones; sobre el grado de satisfacción de las personas usuarias. Asimismo, la rendición de cuentas debe comprender información sobre el abastecimiento de otros métodos anticonceptivos, circuitos de difusión y acceso, así como sobre las garantías de su entrega.

2. Experiencias recogidas - hechos documentados

No se sabe a ciencia cierta, cuántas actividades llamadas ferias, festivales, jornadas o campañas de anticoncepción quirúrgica fueron realizadas entre 1996 y 1998. El dato se esconde entre las denominadas de modo general como «Campañas de planificación familiar»,⁵⁶ pero también en otras «Campañas preventivo promocionales en salud»,⁵⁷ algunas de las cuales cumplieron el objetivo de atraer y convocar masivamente a la población, a fin de dar cumplimiento a las cuotas de captación de usuarias de métodos definitivos asignadas a los establecimientos y al personal de salud.

De acuerdo a las declaraciones del Ministro de Salud,⁵⁸ en los primeros seis meses del año 1996, se realizaron 463 «campañas preventivo-promocionales», atendiendo a 120 mil personas, principalmente en las zonas rurales más alejadas del país y en las comunidades alto andinas. En dicha oportunidad el Ministro aseveró que en estas campañas el porcentaje de acciones quirúrgicas voluntarias fue de alrededor de uno por cada diez, anotando que «con ello se demuestra la falsedad en las afirmaciones sobre supuestas campañas de esterilización.»

No obstante la respuesta del Ministro de Salud en 1996, descartando campañas de esterilización, hemos encontrado y revisado material fotográfico y audiovisual de campañas preventivo-promocionales en salud, entre ellas de planificación familiar y salud integral, en las que se destaca como objeto de la convocatoria, la prestación de anticoncepción quirúrgica. Tales campañas además fueron precedidas de un despliegue de visitas domiciliarias por parte del personal de salud en las localidades aledañas al establecimiento de salud con el objeto de captar mujeres en edad fértil, y en menor medida varones, para este procedimiento.

El mensaje enfatizado en banderolas fue la anticoncepción quirúrgica, en donde las otras prestaciones de salud quedaron subordinadas al principal cometido. Algunas poblaciones

56. Esta categoría es la que se consigna a efectos de la dotación presupuestal al sector salud.

57. Festivales de salud, campañas de salud integral, etc.

58. El Sol, 19 de julio de 1996.

inclusive declararon haberse sentido engañadas respecto a la prestación de otros servicios anunciados. Por ejemplo, en San Lorenzo (provincia Alto Amazonas, departamento de Loreto), vecinos de la comunidad declararon que no se realizaron curaciones dentales que fueron ofertadas para motivar la llegada de lugareños y personas de poblados cercanos.

En algunas localidades, durante los días de campaña, se incluyeron actividades festivas, deportivas. En diversos casos se contrataron bandas de música. Las banderolas consignaron mensajes tales como: «Nosotros decidimos tener sólo dos hijos ¡Por eso elegimos el método de ligadura de trompas y somos felices!»⁵⁹ «Sólo debes tener los hijos que puedes mantener.»⁶⁰

En Marcavelica, Piura, se difundieron por radio mensajes constantes exhortando a las mujeres para que se liguen. El mensaje era que «ya no es tiempo de tener más hijos. La única solución para evitarlos es la ligadura de trompas.»⁶¹

Un aspecto enfatizado en banderolas y volantes distribuidos en poblaciones rurales ha sido la llegada de «médicos especialistas y de gran trayectoria de la ciudad de Lima.»⁶² También en los volantes se destacaba la provisión de una constelación de servicios gratuitos tales como «atención integral de menores de cinco años, detección de enfermedades como tuberculosis, dengue, malaria, atención odontológica, control de embarazo, despistaje de cáncer de mama, cuello uterino, atención de parto hospitalario. Todas estas atenciones serán totalmente gratis. Aproveche esta oportunidad.»⁶³

Particularmente en zonas rurales, las intervenciones de anticoncepción quirúrgica en el marco de campañas y festivales, incluyeron como locales a postas y centros de salud, con condiciones no adecuadas. En tales casos, además, el personal médico responsable de tales intervenciones tuvo una permanencia limitada al tiempo de duración de la campaña (dos días por lo general), lo que afectó la atención de complicaciones.⁶⁴

Sólo bajo el rubro planificación familiar, la Oficina General de Planificación del MINSA había proyectado para 1998 la realización de cuatro mil 790 campañas de planificación familiar.⁶⁵ Entre los lugares en los que se ha identificado y documentado la realización de ferias, festivales, jornadas y campañas, encontramos:

En el distrito de Cajaccay, provincia de Bolognesi, **departamento de Ancash**, el 23 y 24 de setiembre de 1996, tuvo lugar una «Feria de planificación familiar» o «Jornada quirúrgica de bloqueo tubárico», realizándose las intervenciones en el Centro de Salud de Cajaccay.⁶⁶

En La Esperanza, La Caleta, distrito de Chimbote, provincia de Santa, **departamento de Ancash**, Región Chavín, se llevó a cabo el 17 de agosto de 1997, la «Campaña gratuita de

59. San Lorenzo, Alto Amazonas, departamento de Loreto, octubre de 1996.

60. Jeberos, Alto Amazonas, departamento de Loreto, 1996.

61. Testimonio de S.N., 31 años de edad, ligada en 1997.

62. Mensaje en banderola de campaña de vasectomía en San Ramón, Chanchamayo (departamento de Junín). Volantes distribuidos en Tocache (departamento de San Martín) convocando a la campaña del 17 y 18 de octubre, 7 y 8 de noviembre, 21 y 22 de noviembre de 1997.

63. Volante convocando a las campañas del 21 y 22 de noviembre, y del 12 al 13 de diciembre de 1997 en Tocache, departamento de San Martín.

64. Algunas usuarias declararon al ser entrevistadas que no fueron atendidas cuando acudieron al establecimiento de salud al presentar problemas postoperatorios, porque les dijeron que «la campaña había terminado.»

65. "Proyecto del Presupuesto 1998 del Sector Salud, setiembre de 1997", presentado a la Comisión de Presupuesto del Congreso de la República.

66. Información publicada por La República, 7 de diciembre de 1997. Durante dicha «feria» fue intervenida la Sra. Alejandrína Tapia Cruz, quien falleció tras ser conducida al Hospital de Apoyo de Barranca. La muerte fue denunciada a las autoridades judiciales de Huaraz. Otras dos mujeres presentaron complicaciones graves.

ligadura de trompas y vasectomía», en las instalaciones del Puesto de Salud de La Esperanza. La Jornada Nacional de Vacunación también fue convocada en la misma fecha e instalaciones.⁶⁷ Cabe indicar que la UTES La Caleta, en Chimbote, llevó adelante campañas consecutivas durante 1996. En esa oportunidad se denunció la falta de una orientación debida a las mujeres, falta de seguimiento postoperatorio y la no atención gratuita de las complicaciones.⁶⁸

En Uripa, **departamento de Apurímac**, se realizaron festivales de salud, durante 1997. Hubo despliegue de banderolas y carteles ofreciendo toda clase de atenciones en salud, entre ellas curaciones dentales, tratamientos dermatológicos, sin embargo, el énfasis fue la captación y realización de ligaduras y vasectomías.⁶⁹

En la provincia de Huanca Sancos, **departamento de Ayacucho**, del 10 al 11 de julio de 1996, tuvo lugar la «3ra. Campaña de Ligadura de Trompas y Vasectomía.»⁷⁰

En el distrito de Yanaoca, Canas, **departamento de Cusco**, del 24 al 29 de mayo de 1996 se realizó una «Campaña de Salud con Especialistas en Pediatría, Gineco-Obstetra, Medicina Interna, Ligadura de Trompas y Vasectomía.»⁷¹

En el distrito de Limatambo, provincia de Anta, **departamento de Cusco**, en noviembre de 1997 tuvo lugar la «Segunda campaña.» Las intervenciones se realizaron en el Centro de Salud de Limatambo.⁷²

En el distrito de Huaytará, provincia del mismo nombre, **departamento de Huancavelica**, el 28 y 29 de octubre de 1996 se llevó a cabo una campaña de ligadura de trompas con personal del IPSS y del MINSA, realizándose las intervenciones en el Centro de Salud de Huaytará.⁷³

En el distrito de Acobamba, provincia del mismo nombre, **departamento de Huancavelica**, el 21 de julio de 1996 se realizó una campaña de ligadura de trompas.⁷⁴

En el distrito de Acobamba, provincia del mismo nombre, **departamento de Huancavelica**, el 28 de febrero de 1998 se realizó la segunda campaña de ligadura de trompas de 1998.⁷⁵

En el distrito de San Ramón, provincia de Chanchamayo, **departamento de Junín**, el 28 de junio de 1997, se realizó la «Gran Campaña de Vasectomía», en las instalaciones del Centro de Salud de San Ramón.⁷⁶

67. Campaña incluida en el informe elaborado por la Defensoría del Pueblo: Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria I, Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo. Serie Informes Defensoriales No. 7, Lima, enero de 1998, págs. 16 y 65.

68. Diario «La Industria» del 23 de setiembre de 1996 y «Diario de Chimbote» del 23 de setiembre de 1996.

69. III Encuentro Nacional de Mujeres Campesinas y Nativas, Confederación Campesina del Perú. Declaraciones publicadas en La República, 10 de diciembre de 1997.

70. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria I. Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo, Lima, enero de 1998, Serie Informes Defensoriales No.7, págs. 16 y 63.

71. Señalada en la Resolución Defensorial No. 01-98, publicada en el Diario El Peruano el 27 de enero de 1998. Incluida en Anticoncepción quirúrgica voluntaria I. Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo, Lima, enero de 1998, págs. 16 y 59. Fotografías aportadas por la Unidad de Investigación del diario La República.

72. Según testimonio de campesinas de la Comunidad de Santiago de Pupuja.

73. Información recogida y documentada por la Unidad de Investigación de El Comercio, publicada el 4 de abril de 1998. En esta campaña fue esterilizada la Sra. Juana Rosa Ochoa, quien falleció cuando era evacuada a Pisco. En el Centro de Salud de Huaytará no habían medicamentos ni material para atender dicha complicación.

74. Hecho recogido por la Unidad de Investigación del diario El Comercio y publicado el 4 de marzo de 1998. Esta campaña se interrumpió debido a lo sucedido con R.C.A.. También fallecería dos meses después A.A.A. a quien se le practicó la ligadura de trompas durante esta campaña (ver, más adelante: Muertes y otros desenlaces).

75. Información recogida por la Unidad de Investigación de El Comercio y publicada el 4 de marzo de 1998.

76. Incluida por la Defensoría en su Informe sobre aplicación de anticoncepción quirúrgica... op.cit. pág.3.

En el distrito de Julcán, provincia del mismo nombre, **departamento de La Libertad**, tuvo lugar del 12 al 13 de setiembre de 1996, la denominada «Campaña de Ligaduras de Trompas Uterinas»,⁷⁷ realizándose las intervenciones en el Centro de Salud de Agallpampa, organizada por la RED MACS.⁷⁸

En Trujillo, **departamento de La Libertad**, entre el 21 y el 26 de julio de 1997, se llevó a cabo una campaña de vasectomía, realizándose las intervenciones en el Hospital Regional Docente de Trujillo.⁷⁹

En el distrito de Mollebamba, provincia de Santiago de Chuco, **departamento de La Libertad**, se llevó a cabo el 17 de mayo de 1997, una campaña de ligadura de trompas, en las instalaciones de la Posta Médica de Mollebamba. La jornada duró desde las 8 a.m. hasta las 4 p.m.⁸⁰

En el distrito de Sayán, provincia de Huaura, y en el distrito de Oyón, provincia de Oyón, ubicados en el **departamento de Lima**, el 27 de junio de 1996 se inició la denominada Campaña de Salud Integral o «Festival de Salud.» Según declaraciones del Ministro de Salud se realizaron 22 esterilizaciones quirúrgicas, en su mayoría a mujeres. En sus declaraciones recogidas por El Peruano señaló que era posible que la campaña se ampliara por unos días más, «a fin de satisfacer totalmente la demanda de la población.»⁸¹

En el Sector Constructores, distrito de La Molina, **departamento de Lima**, tuvieron lugar tres campañas durante 1997. Desde 1996 el personal de salud realizó visitas. La captación de usuarias estuvo a cargo de la Posta Médica de Viña Alta y las operaciones se realizaron en el Hospital Hipólito Unanue (Ex-Bravo Chico).⁸²

En el distrito de El Agustino, provincia de Lima, **departamento de Lima**, en setiembre de 1997 se realizó una campaña auspiciada por el IPSS.⁸³

En los distritos de Comas y Puente Piedra (en el cono norte), provincia de Lima, **departamento de Lima**, mujeres integrantes de organizaciones de base señalaron⁸⁴ que se realizaron constantes campañas durante 1996, 1997 y 1998 a fin de que las mujeres se ligaran. Personal de los centros de salud y postas realizaron visitas domiciliarias, incluso en áreas periurbanas a las que antes el personal de salud nunca se había acercado. Las intervenciones se realizaron en el Hospital de Collique⁸⁵ y el Hospital de Puente Piedra.⁸⁶

En el distrito de Villa El Salvador (cono sur), provincia de Lima, **departamento de Lima**, tuvo lugar una campaña en octubre de 1997. Las intervenciones se realizaron en el Hospital Materno Infantil Juan Pablo II.⁸⁷ Confirmamos que durante 1997 se realizaron sucesivas campañas en Villa El Salvador. El Hospital Materno Infantil Juan Pablo II fue designado por el

77. Denominación que consta en una de las banderolas cuya fotografía ha sido incluida por la Defensoría del Pueblo en su Informe sobre aplicación de anticoncepción quirúrgica voluntaria...op.cit.

78. Campaña denunciada por la congresista Lourdes Flores Nano tras su visita a la localidad.

79. Diario La Industria, 19 de julio de 1997.

80. Información suministrada por la Unidad de Investigación de La República. La persona informante ha firmado un documento en el que ratifica su denuncia e indica número de Libreta Electoral.

81. El Peruano, 7 de julio de 1996.

82. Según testimonios de personas ligadas durante esas campañas (entrevistas realizadas en el mes de enero de 1998).

83. Según testimonio de L.R.L. (ver, más adelante: Prácticas contrarias al derecho a la salud).

84. Testimonios recogidos en julio de 1998 por nuestro equipo de investigación.

85. Las mujeres de los distritos del Cono Norte lo denominan «el camal.»

86. Las mujeres de los distritos del Cono Norte le llaman «la morgue.»

87. Testimonio de A.A. que fuera captada a través de una visita domiciliar y ligada durante dicha campaña.

MINSA para llevar adelante las AQV en Villa El Salvador, correspondiéndoles a postas y centros de salud la tarea de captación de usuarias.⁸⁸

En San Lorenzo, distrito de Barranca, provincia de Alto Amazonas, **departamento de Loreto**, en octubre de 1996, tuvo lugar una campaña de ligaduras de trompas. Las intervenciones se realizaron en el Centro de Salud de San Lorenzo. Fue organizada por la Dirección Regional de Salud. Tras captar pacientes en San Lorenzo se dirigieron a Saramiriza.⁸⁹ En San Lorenzo se realizaron once ligaduras de trompas de acuerdo a las declaraciones de agentes de salud.

En el distrito de Jeberos, provincia de Alto Amazonas, **departamento de Loreto**, en 1996 se llevó adelante un «Festival de Salud» con personal de salud procedente de Yurimaguas. El equipo estuvo constituido por un médico, una obstetrix, un técnico, un dentista y un anestesista.⁹⁰ Fueron ligadas cinco mujeres.⁹¹

En Huancabamba, capital de la provincia del mismo nombre, **departamento de Piura**, el 22 y 23 de noviembre de 1996, tuvo lugar la campaña de anticoncepción quirúrgica. Las intervenciones se realizaron en el Centro de Salud de Huancabamba (llamado por la población Hospital Rural de Huancabamba).⁹²

En el distrito de Sondorillo, Huancabamba, **departamento de Piura**, el 3 de diciembre de 1996, fue programada una Campaña de Anticoncepción Quirúrgica. Las intervenciones se realizaron en el Centro de Salud de Huancabamba.⁹³

En el distrito de Marcavelica, provincia de Sullana, **departamento de Piura**, en junio de 1997, se llevó adelante una intensa campaña que comprendió los diversos poblados y anexos de Marcavelica (La Quinta, Monterón, Golondrina, La Noria, Florida, Mallaritos, Tangará).⁹⁴

En el caserío de La Legua, provincia de Sullana, **departamento de Piura**, en julio de 1997 se llevó a cabo una campaña de planificación familiar. Las intervenciones se realizaron en el puesto de salud del caserío de La Legua.⁹⁵

En Paimas, provincia de Ayabaca, **departamento de Piura**, el 22 de julio de 1997 tuvo lugar la campaña de planificación familiar realizada por la Subregión de Salud Luciano Castillo Colonna. Las intervenciones se llevaron a cabo en el Puesto de Salud de Paimas-Ayabaca.⁹⁶

En el distrito de La Huaca, provincia de Paita, **departamento de Piura**, en noviembre de 1997, se llevó a cabo una campaña de ligadura de trompas, comprendiendo la captación de mujeres de los caseríos del Bajo Chira, localidades de Jíbito, Sojo, Macarará, Miraflores, Viviate y La Huaca. Las intervenciones se realizaron en el Centro de Salud de La Huaca. Organizada por la Subregión de Salud Luciano Castillo Colonna.⁹⁷

88. Entrevista a personal de dicho establecimiento de salud.

89. Información constatada por nuestro equipo de investigación. También la Defensoría del Pueblo incluyó material fotográfico sobre ésta en su Informe sobre aplicación de Anticoncepción Quirúrgica...op.cit.

90. Debemos anotar la diferencia entre anestesista y anesthesiólogo. Este último es un médico que cuenta con la calificación necesaria para hacerse cargo de intervenciones de esta naturaleza.

91. Unidad de Investigación de La República.

92. El equipo de investigación estuvo en Huancabamba en dichas fechas.

93. Documento de la Dirección de la ZONADIS de Huancabamba.

94. Revista Sí (6-19 de julio de 1998), El Comercio 24 y 26 de enero de 1998, Hildebrandt en Enlace Global (Informe Descalzi).

95. Vídeo del Programa Contrapunto Canal 2, noviembre de 1997. El Comercio del 24 de enero de 1998. Diario La Primicia (Sullana) del 25 y el 27 de julio de 1997. Durante esta campaña fue ligada C.R.D. (3 de julio de 1997), quien falleció el 22 de julio de 1997. (Ver más adelante Muertes y otros desenlaces).

96. Diario La Primicia del 27 de julio de 1997. En esta campaña fue ligada J.V.R. que quedó descerebrada. (Ver más adelante Muertes y otros desenlaces).

97. Información recogida por el diario La República y publicada el 16 de febrero de 1998. Durante esta campaña fue ligada M.F.C., quien falleció posteriormente en el Hospital de Apoyo III de Sullana.

En la ciudad de Puno, capital del **departamento de Puno**, el 26 y 27 de junio de 1996 se llevó adelante un «Festival de la Salud» en el que se captaron usuarias de anticoncepción quirúrgica. Las intervenciones se realizaron en el Hospital Manuel Núñez Butrón.

En Tarapoto y otras provincias del departamento de San Martín, desde el mes de abril de 1997, se intensificaron las acciones en planificación familiar con vistas al cumplimiento de elevadas metas en anticoncepción quirúrgica exigidas a los agentes de salud.⁹⁸

En Tocache, **departamento de San Martín**, se desarrollaron campañas de anticoncepción quirúrgica.⁹⁹ Las intervenciones se realizaron en el Hospital Rural de Tocache, el 20 de diciembre de 1996,¹⁰⁰ el 17-18 de octubre de 1997 («Campaña de Ligadura de Trompas y Vasectomía»),¹⁰¹ el 7-8 de noviembre de 1997 («Campaña de Ligadura de Trompas y Vasectomía»)¹⁰², 21-22 de noviembre de 1997 («Campaña de Ligadura de Trompas y Vasectomía»), el 12 y 13 de diciembre de 1997 («Gran Campaña»)¹⁰³

En Yarinacocha, Coronel Portillo, **departamento de Ucayali**, tuvo lugar el «Festival de ligaduras de trompas», del 4 al 9 de mayo.¹⁰⁴

En la mayoría de localidades visitadas por nuestro equipo de investigación, las pobladoras refirieron acciones intensas por parte del personal de salud en relación a anticoncepción quirúrgica, en contraste con otras acciones en salud a favor de la población. En una entrevista realizada a un médico en la ZONADIS de Huancabamba (departamento de Piura), nos señaló que la prioridad otorgada por el sector a las actividades en anticoncepción quirúrgica desde 1996 hasta aproximadamente mayo de 1998, incidió negativamente en la gestión de otros programas y acciones en salud.¹⁰⁵

En julio de 1996, salió a la luz un documento bajo los logos del MINSA y del IPSS denominado «Festival de la Salud. Plan preliminar. Campaña de sensibilización del plan de emergencia AQV en las localidades de Sayán y Oyón.» Dicho documento en la parte introductoria señalaba que:

«Las condiciones de desarrollo de nuestro país están íntimamente asociadas entre otros factores al desarrollo de políticas de población adecuadas para evitar la presentación de tasas de crecimiento poblacional y globales de fecundidad que no guardan equilibrio con la producción económica. (...) La presente propuesta utilizará inicialmente los servicios MINSA-IPSS para la intervención de poblaciones objetivo y así implementar las actividades que operativicen de mejor manera estas políticas poblacionales. Se ha propuesto para este efecto intervenir con un Plan Piloto de Campaña de Sensibilización en las poblaciones de Lima Norte: Sayán y Oyón.»

98. Diario La República 22 de febrero de 1998.

99. Información recogida y documentada por la Organización Peruana para la Educación y Defensa de los Derechos Humanos - Alto Huallaga (OPEDEH).

100. Material remitido por OPEDEH. En esta campaña fueron ligadas M.M.C –quien falleció días después– y B.A.S. que resultó con complicaciones (ver Muertes y otros desenlaces).

101. Según copia de volante.

102. Según copia de volante.

103. Según copia de volante.

104. No precisa el año. Información incluida por la Defensoría del Pueblo en su Informe sobre Aplicación de anticoncepción quirúrgica...op.cit., pág.3.

105. Entrevista realizada a finales de agosto de 1998 a médico del Centro de Salud de Huancabamba.



REGION SAN MARTIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
UBASS - TUCACHE

COMUNICADO

Se comunica a la población de la provincia de Tocache que, debido al gran éxito obtenido en las últimas campañas de ligadura de trompas y vasectomía, el Hospital Rural de Tocache está organizando una nueva campaña de AQV - los días viernes 17 y sábado 18 de octubre con la presencia de médicos especialistas y de gran trayectoria de la ciudad de Lima.

Por la vida, la salud y la familia.

Planificación Familiar es tu mejor elección.

Atentamente

Recibido
09/10/97
12:15 m.



COMUNICADO

Se comunica a la población de la Provincia de Tocache que, continuando con los éxitos obtenidos durante el año, en las Campañas de Ligaduras de Trompas y Vasectomía, el Hospital de Tocache organiza este 7 y 8 de Noviembre una nueva Gran Campaña, con la presencia de Médicos Especialistas y de gran Trayectoria de la Ciudad de Lima; además se estará brindando atención Integral Gratuita a la población en general.

Por la vida la Salud y la Familia.

Planificación Familiar es tu mejor elección

Atentamente



MINISTERIO DE SALUD
REGIONAL
HOSPITAL RURAL TOCACHE

Dr. Milton Llanos Santillán
DIRECTOR

Recibido
28/10/97
[Signature]

MINISTERIO DE SALUD
UBASS TOCACHE

COMUNICADO

Se comunica a la población de Tocache y caseríos aledaños, que debido al gran éxito obtenido en la última campaña de Ligadura de Trompas y Vasectomías el Hospital organiza una gran campaña para los días **Viernes 21 y 22 de Noviembre de 1,997**, con la presencia de Médicos especialistas y de gran trayectoria de la ciudad de Lima. Además se estará brindando Atención gratuita en Control Pre Natal, Despistaje de Cáncer de Mama y Cuello Uterino, Atención Odontológica, detección de Enfermedades transmisibles, como Tuberculosis, Dengue, Malaria y Atención a niños menores de 5 años.

POR LA VIDA, LA SALUD Y LA FAMILIA,
PLANIFICACION FAMILIAR ES LA MEJOR
ELECCION.

Atentamente

Recibido
[Handwritten signature]
[Handwritten date]



MINISTERIO DE SALUD
REGION SAN MARTIN
HOSPITAL RURAL - UGAS TOCACHE

[Handwritten signature]
Dr. Milton Zamora Sentimón
DIRECTOR



REGION SAN MARTIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
UBASS—TOCACHE

COMUNICADO

EL HOSPITAL DE TOCACHE, FELICITA AL GRAN NUMERO DE MADRES Y PADRES QUE BENEFICIARON A SUS FAMILIAS HACIÉNDOSE LA LIGADURA DE TROMPAS Y VASECTOMIA, E INVITA A PARTICIPAR EN UNA NUEVA GRAN CAMPAÑA LOS DIAS 12 Y 13 DE DICIEMBRE CON LA PRESENCIA DE MEDICOS ESPECIALISTAS.

ADEMAS SE ESTARA BRINDANDO ATENCION INTEGRAL A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. DETECCION DE ENFERMEDADES COMO TUBERCULOSIS, DENGUE, MALARIA, ATENCION ODONTOLOGICA, CONTROL DE EMBARAZO, DESPISTAJE DE CANCER DE MAMA, CUELLO UTERINO, ATENCION DE PARTO HOSPITALARIO
TODAS ESTAS ATENCIONES SERAN TOTALMENTE GRATIS
APROVECHE ESTA OPORTUNIDAD

"POR LA VIDA, LA SALUD Y LA FAMILIA PLANIFICACION
FAMILIAR ES TU MEJOR ELECCION"

Atentamente



MINISTERIO DE SALUD
REGIONAL SAN MARTIN
HOSPITAL RURAL UBASS TOCACHE

Milton Zamora Sarmiento
DIRECTOR

Recibido
28/11/97
[Signature]

Bajo el subtítulo «Propósito», se indica:

«1. Determinar el grado de viabilidad de la aplicación de un diseño de intervención de prestadores de salud MINSA-IPSS, en el cumplimiento del objetivo y metas propuestos para el programa de planificación familiar nacional, en la actividad específica de implementación de métodos irreversibles en poblaciones-objetivo (hombres y mujeres de 7 departamentos del país) previamente seleccionados con criterios priorizados de atención de salud, según políticas nacionales y del sector.

2. Grado de viabilidad servirá para detectar factores positivos y/o negativos gravitantes y los principales problemas encontrados durante la operación con la finalidad de optimizar dicho modelo a ser reproducido a nivel nacional.

3. Presentar estrategias de intervención estandarizadas y optimizadas del modelo de intervención.»

Bajo el subtítulo de Objetivo General se señala: «Inducir a la demanda (mujeres de 30 a 49 años con cuatro hijos) al uso de Métodos Anticonceptivos Irreversibles.» Igualmente el documento incluye, entre las estrategias con la población (redes sociales y agentes comunitarios de salud): «incentivos con alimentos (15 kilos) por captación de usuarias a los servicios de la campaña. Premio estrella por mayor número de AQV logrados: viaje para tres personas a un lugar del país.» Entre las actividades proyectadas se menciona: organización del evento «Festival de la Salud» definido como:

«un conjunto de actividades de diverso tipo: deportivas, socio-recreativo y de atención de salud. El festival tendrá una duración de una semana, coincide con la fecha de la intervención con las carpas. De tal manera que la campaña de atención de salud se convierta en una de las actividades del festival. Entre las actividades propuestas tenemos:

- . Teatro, Títeres, Danzas.
- . Banda.
- . Campeonato deportivo
- . Fuegos Artificiales.
- . Concurso de platos típicos.
- . Concurso de murales con contenidos de salud: escuelas.
- . Intervenciones de Salud.

3 carpas IPSS con 3 consultorios habilitados c/u.

1 carpa quirúrgica

Unidades móviles MINSA

- . Paquete de servicios de salud básica: inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, IRA, EDA, salud oftálmica, odontológica, control prenatal, papanicolau, detección de cáncer de mama y atención a demanda.»

El Ministro de Salud, en sus declaraciones ante la Comisión Permanente del Congreso, manifestó enfáticamente que el documento era apócrifo, dado que no refleja ni su punto de vista ni el del ministerio (...). «Sin embargo, no puedo negar que el documento haya sido producido ya sea en el Ministerio o en el Instituto Peruano de Seguridad Social como una propuesta

preliminar de trabajo», señaló. «En todo caso –continuó– si ha sido así creo que esto no constituye crimen alguno y por lo tanto nadie es susceptible de ser penalizado en este sentido.»¹⁰⁶

El Informe Rees respecto a las campañas señala lo siguiente:

«De acuerdo a la Sra. Brems, la reacción de AID a las campañas comenzó en julio de 1996 cuando AID envió un «equipo especializado a observar una de las primeras ferias de salud y reportar sus deficiencias. Pronto después, AID tomó una serie de pasos que incluyeron los siguientes»:

«Separar nuestra asistencia para asegurar que ningún apoyo vaya a las campañas» (...) En respuesta a los señalamientos de la ministra Schenone¹⁰⁷ respecto a una alegada participación en el programa de esterilización, se escribió una carta a la Ministra dejando claro que no obstante que AID dio asistencia para 'anticoncepción quirúrgica voluntaria', 'no hemos participado y no participamos en dar asistencia a las campañas de anticoncepción quirúrgica voluntaria que han tenido lugar desde junio de 1996'.»

3. Respuesta institucional

El Comercio realizó una entrevista al Ministro de Salud, publicada el 3 de abril de 1998, en la cual se abordó lo relativo a los festivales y campañas de anticoncepción quirúrgica. Reproducimos el fragmento al respecto:

«Periodista: Sr. Ministro, ¿se han suspendido las campañas de esterilización?

Ministro: Nunca ha habido campañas de esterilización.

Periodista: Todos hemos visto los carteles anunciando las campañas.

Ministro: Eso surge en Pucallpa en 1995 porque se dieron cuenta de que la palabra campaña no atraía lo suficiente, mientras que con festival iba todo el mundo. Eso fue imitado. Cuando yo comencé en el Ministerio lo primero que hice fue dar una directiva diciendo: no se usa más la palabra festival ni carnaval de ligadura. Evidentemente hubo zonas donde el mensaje no llegó y, si llegó, no lo entendieron o no lo quisieron implementar.

Periodista: Pero las campañas se han seguido anunciando.

Ministro: Eso ocurre siempre, que el ministro dice «a» y hay gente que no le da la gana y al final no hacen las cosas. Esa es la única razón por la cual se ha seguido utilizando el término, pero no tiene en realidad nada que ver con lo que es la política de ejecución del programa. Cuando me vino a buscar Lourdes Flores trajo una serie de fotos, pero eran del año 95.

Periodista: El Comercio tiene y ha publicado fotos de 1997.

Ministro: Parece que hay mucho más recientes. Que ha habido campaña, es evidente que ha habido. Pero es un no acatamiento de una instrucción que salió del despacho en 1996.»

106. Diario Gestión, 19 de Julio de 1996.

107. Titular del Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano - PROMUDEH

En enero de 1998, la congresista Luz Salgado, entonces presidenta de la Comisión de la Mujer del Congreso, de acuerdo a la versión del diario La República, insistió en señalar que no existe una política gubernamental destinada a hacer de las intervenciones quirúrgicas, un método anticonceptivo prioritario o compulsivo.¹⁰⁸

La Defensoría del Pueblo,¹⁰⁹ entre los problemas detectados en la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, destacó la cuestión relativa a las campañas destinadas exclusivamente a la ligadura de trompas y a la vasectomía.

«En el caso de estas campañas el estado privilegia, en la práctica, los métodos definitivos de planificación familiar en desmedro de los temporales. De esta forma, se puede inducir la decisión de la persona. Probablemente estas campañas hayan sido la causa de que a las mujeres que la Defensoría del Pueblo ha entrevistado, sólo se les haya hablado sobre la ligadura de trompas. Esta práctica contraviene el derecho de las personas a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, regulado en el artículo 6 de la Ley 26842, Ley General de Salud. Para resguardar el citado derecho, el estado debe llevar a cabo campañas de planificación familiar, en las que se expliquen todos y cada uno de los métodos de planificación familiar, sus beneficios y riesgos.»

En sus conclusiones, el Informe de la Defensoría consigna: «4. A fin de garantizar la libre elección de las personas, el estado no deber privilegiar el uso de algún método de planificación familiar en desmedro de los otros.»

En sus recomendaciones, plantea:

«2.1. Sustituir las campañas destinadas exclusivamente a promover la ligadura de trompas y la vasectomía por otras que difundan la planificación familiar en general –sin privilegiar ningún método– a fin de garantizar el derecho de toda persona a elegir el método anticonceptivo de su preferencia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 6º. de la Constitución y 6º. de la Ley No 26842.»

El diario oficial El Peruano, en su edición del 2 de mayo de 1998, bajo el titular «Cambios en Programa de Planificación Familiar garantizan seguridad y calidad», indicó: «De la misma forma se han establecido otras medidas respecto a la ejecución misma del programa, como reiterar la prohibición de realizar campañas exclusivas de AQV (pues deben realizarse campañas integrales de salud reproductiva poniendo énfasis en aspectos de información y consejería).»

108. La República, 12 de enero de 1998.

109. Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria: los casos investigados por la Defensoría del Pueblo, enero, 1998, págs. 22-23.

Esterilización forzada y otras prácticas contrarias a la decisión libre e informada en materia reproductiva

1. El problema en un marco de derechos

Consideraciones previas

La protección jurídica a la autonomía de las personas en cuanto al ejercicio de su sexualidad y su capacidad reproductiva, pese a conjugar derechos y libertades fundamentales amparadas como inalienables y consustanciales a la dignidad humana, no mereció la atención necesaria en perjuicio de quienes particular y desproporcionadamente han sido objeto de violencia o restricciones a autodeterminarse en esta esfera: las mujeres.

Podemos afirmar que, históricamente, la cuestión sobre los derechos sexuales y reproductivos quedó sometida al reconocimiento explícito de los derechos humanos de las mujeres.¹¹⁰ Experiencias humanas críticas como la violencia sexual o embarazos forzados, quedaron largamente aplazadas de la conciencia mundial como hechos inaceptables y condenables desde el marco de los derechos humanos.

Los avances de las tecnologías para regular la fecundidad permitieron separar las esferas de la sexualidad y la reproducción, implicando, entre los aspectos positivos, la posibilidad de ejercer la sexualidad sin riesgo de procrear. A la par que el movimiento de mujeres fue afirmando el derecho a decidir en la esfera de la sexualidad, fue abogando por contar con los medios e información necesarios a fin de que el sujeto femenino, sobre cuyo cuerpo se lleva adelante el proceso de gestación, no se viera expuesto a embarazos no deseados,¹¹¹ habida cuenta que la reproducción humana no se limita a la dimensión biológica. Simultáneamente impulsaría la responsabilidad masculina respecto de la reproducción.

Sin embargo, la autodeterminación de las personas en la esfera reproductiva, especialmente en el caso de las mujeres, resultaría nuevamente expuesta a intervenciones ajenas. El discurso sobre una virtual «explosión demográfica», dio paso a que algunos estados ensayaran intervenciones en nombre de «razones de Estado», utilizando los servicios públicos de salud con vistas a modificar de modo acelerado y/o compulsivo el comportamiento reproductivo de la población.

Las experiencias conducidas por orientaciones «controlistas» que algunos estados ensayaron, acabaron por configurar abiertamente un nuevo patrón de riesgo de violaciones de derechos humanos.¹¹² Desde otra vereda, posiciones pronatalistas han pretendido impedir el reconocimiento de los derechos reproductivos o recortar su ejercicio, buscando influenciar sobre los estados.

110. En las legislaciones nacionales, instituciones jurídicas como el «débito sexual», obligación constituida por el contrato matrimonial, permanecieron intocadas. No ha de pasar desapercibido que el sujeto sobre quien en la práctica pesaba dicha obligación legalmente establecida era de sexo femenino, y que producto de tal prescripción de sexualidad forzada, las mujeres quedaban sometidas a resultados no libremente decididos en la esfera reproductiva.

111. Debemos indicar, sin embargo, que en la mayoría de países de la región, incluido el nuestro, las mujeres violadas que resultan embarazadas se encuentran obligadas a concluir con el embarazo debido a la penalización del aborto. Disposiciones legales de esta naturaleza han sido consideradas discriminatorias por parte del comité monitor de la CEDAW y por parte del Comité de Derechos Humanos (PDCP).

112. En otros casos fue una herramienta política abierta para acabar con la resistencia étnica como en el caso de Timor Oriental.

Fue preciso explicitar, en consecuencia, que la decisión libre e informada en materia reproductiva es un derecho humano que debe ser respetado y protegido por los estados, a la vez que garantizado mediante los mecanismos de los sistemas supranacionales de promoción y protección de los derechos humanos. Las bases para que se enunciara explícitamente la protección a los derechos reproductivos se obtienen con la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993) al reconocerse los derechos humanos de las mujeres. La Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujeres (Beijing, 1995) consolidarían el enunciado.

Precisamente esta sección trata sobre dicho patrón de riesgo de violaciones a los derechos humanos que directamente agrede la autodeterminación de las personas en la esfera reproductiva.

En atención a que los derechos reproductivos involucran libertades fundamentales es gravitante tener en cuenta no sólo los casos en los que dichas prácticas se concretaron en un resultado irreparable sobre la capacidad reproductiva, sino también aquellos que describen actos y conductas violatorias del derecho a decidir libre e informadamente en materia reproductiva, aunque finalmente no se consumaran en esterilización no libremente elegida.

En esta misma línea podemos subrayar que el resultado muerte o complicaciones o daños de mayor o menor gravedad sobre la salud de las personas no es lo que determina que el caso adquiera relevancia desde una perspectiva de derechos humanos. A modo de ejemplo podemos señalar que, no porque un detenido arbitrariamente no haya sufrido daños a su integridad personal, hemos de ignorar el hecho que se atentara contra su libertad.

Con el propósito de captar prácticas proscritas y ponderar el patrón de riesgo al que ha estado expuesta la población, en nuestra investigación hemos recogido testimonios tanto de personas que fueran efectivamente ligadas, como testimonios de aquellas que acreditan el grado de asedio experimentado y otras prácticas en menoscabo de su autodeterminación,¹¹³ aunque finalmente no fueran intervenidas quirúrgicamente.

En esta sección, sin embargo, hemos optado por consignar fundamentalmente los casos en los que los actos y conductas por parte de los agentes de salud derivaron efectivamente en esterilización de la persona.

Marco internacional de derechos humanos

La libertad personal está consagrada en los principales instrumentos de los sistemas universal e interamericano de derechos humanos: la DUDH (art. 3), la Declaración Americana (art. I), el PDCP (art.7 y 9) y la Convención Americana (art.7).

El Comité de Derechos Humanos (PDCP) en su Comentario General sobre el artículo 7 del Pacto se pronunció en estos términos sobre sus alcances: «en el artículo claramente se protege no sólo a los presos y detenidos, sino también a los alumnos y pacientes de instituciones educativas y médicas.» El texto del artículo 7 establece que la práctica de realizar experimentos médicos o científicos en personas sin su consentimiento constituye una forma de tortura o

113. Entre éstas, podemos reseñar intimidación a mujeres que arribaron con sospecha de aborto incompleto, negativa a brindar el método solicitado si éste no es anticoncepción quirúrgica, desinformar o no informar respecto a otros métodos anticonceptivos, presión sobre los maridos para que sus mujeres fueran ligadas.

trato cruel, inhumano o degradante. O'Donnell¹¹⁴ al abordar los alcances del artículo 5 (1) de la Convención Americana señala:

«A nivel regional, la garantía genérica de la integridad física y psíquica de la persona que figura en el artículo 5 (1) de la Convención Americana también protege al individuo contra experimentos de esta índole, practicados bajo alguna forma de coerción o sin su consentimiento. Incluso, aunque todavía no hay confirmación en la jurisprudencia de los órganos internacionales, cabe presumir que la garantía de la integridad física protege al individuo no sólo contra la tortura, prácticas afines y experimentos, **sino también contra otras interferencias en la integridad corporal, como la esterilización involuntaria.**»¹¹⁵

El artículo 5 (1) de la Convención Americana establece que «toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.» La Declaración Americana en el artículo I reconoce que «todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la integridad personal.»

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (CIPSEVM), señala que se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar en las instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el estado o sus agentes, dondequiera que ocurra.¹¹⁶ La CIPSEVM protege el derecho de la mujer a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado¹¹⁷ De acuerdo al artículo 4:

“Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos, a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

- a. el derecho a que se respete su vida;
- b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;
- c. el derecho a la libertad y a la seguridad personales.”

De acuerdo al artículo 7, son deberes de los Estados Partes: (a) abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; (b) actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.

La CIPD se pronunció en el siguiente sentido en relación al derecho a decidir:

«El principio de la libre elección basada en una buena información es indispensable para el éxito a largo plazo de los programas de planificación de la familia. No puede haber ninguna forma de coacción. En todas las sociedades hay numerosos incentivos e impedimentos sociales y económicos que influyen en las decisiones sobre la procreación y el número de hijos. En este siglo muchos gobiernos han ensayado el uso de sistemas de incentivos y

114. Cfr. O'Donnell, 1988: 81.

115. El subrayado es nuestro.

116. Cfr. Artículo 2.

117. Artículo 3.

desincentivos a fin de disminuir o elevar la fecundidad. La mayoría de esos sistemas apenas han repercutido en la fecundidad y en algunos casos han sido contraproducentes.»¹¹⁸ «Se insta a los gobiernos, a todos los niveles, a que implanten sistemas de supervisión y evaluación de servicios orientados hacia el usuario, con miras a detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia y a asegurar el mejoramiento constante de la calidad de los servicios. Con este fin, los gobiernos deberían garantizar la conformidad con los derechos humanos y la observancia de las normas éticas y profesionales en la prestación de los servicios de planificación de la familia y otros servicios conexos de salud reproductiva con el fin de asegurar el consentimiento responsable, voluntario e informado y también con respecto a la prestación de los servicios.»¹¹⁹

En 1995, el Comité Monitor de la CEDAW acordó usar el Programa de Acción de El Cairo en el desarrollo de estándares de desempeño a fin de determinar si los estados cumplen con sus obligaciones bajo el artículo 12 de la Convención.¹²⁰ Anteriormente el Comité emitió en 1992 la Recomendación General 19. En sus comentarios generales estableció que en la definición de discriminación se incluye la violencia basada en el género, es decir aquella violencia que es dirigida contra las mujeres por ser tales o que las afecta desproporcionadamente. En los comentarios a los artículos 5 y 16, la Recomendación 19 se pronunció respecto de la esterilización compulsiva y el aborto, incluyendo entre las recomendaciones específicas que «los Estados Parte deben asegurar medidas para prevenir la coerción en relación a la fecundidad y la reproducción, y garantizar que las mujeres no sean sometidas a procedimientos inseguros, tales como el aborto ilegal por falta de servicios apropiados de control de la fecundidad [anticoncepción].»¹²¹

La Recomendación General 21 (Décimo Tercera Sesión, 1994) abordó lo concerniente a la igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares.¹²² Tomando atención que algunos reportes revelan prácticas coercitivas que tienen serias consecuencias para las mujeres, tales como embarazos forzados, abortos o esterilización, la Recomendación General 21 plantea que las decisiones de tener hijos o no, bajo ninguna circunstancia pueden ser limitadas por el esposo o pareja, familiar o gobierno. A fin de tomar una decisión informada acerca de métodos anticonceptivos seguros y disponibles, las mujeres deben contar con información sobre éstos y sobre su uso, debiendo garantizarse el acceso a educación sexual y a servicios de planificación familiar de acuerdo al artículo 10 (h) de la Convención.

Legislación nacional

La Constitución de 1993, en el artículo que trata sobre la paternidad y maternidad responsables como objetivo de la política nacional de población, reconoce el derecho de las familias

118. Párr. 7.12 de la CIPD.

119. Párr. 7.17 de la CIPD.

120. United Nations, Report of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (14th Session) A/50/38, 31 May 1995.

121. Recomendaciones Específicas, parr. 24 (m).

122. Artículo 16, numeral (1), literal (e) de la CEDAW.

y las personas a decidir. «En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud.»¹²³

El numeral 24 del artículo 2 de la Constitución de 1993 reconoce el derecho a la libertad y a la seguridad personales. En consecuencia:

- “a) Nadie está obligado a hacer lo que la ley no manda ni impedido de hacer lo que ella no prohíbe.
- b) No se permite forma alguna de restricción de la libertad personal, salvo en los casos previstos por la ley. (...)
- h) Nadie debe ser víctima de violencia moral, psíquica o física, ni sometido a tortura o a tratos inhumanos o humillantes. (...).»

La Ley Nacional de Población, promulgada en 1985,¹²⁴ expresa que:

«La Política Nacional de Población garantiza los derechos de la persona humana:

1. A la vida. (...)
2. A formar su familia y al respeto de su intimidad.
3. A la libre determinación del número de hijos.
4. A la salud integral y al libre desenvolvimiento de su personalidad.
(...)
9. A la igualdad ante la ley, sin discriminación alguna.
(...)
11. A los demás reconocidos por la Constitución o inherentes a la dignidad humana.»

El artículo VI modificado establece que «(..) [E]n todo caso la adopción de los métodos se basa en el libre ejercicio de la voluntad personal, sin que medien estímulos o recompensas materiales.»

El artículo 27 expresa la prioridad de la atención primaria de salud incluyendo acciones de paternidad responsable para extender la atención integral de la salud a toda la población.

El artículo 28 destaca que «queda excluido todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar.» Asimismo, se rechaza cualquier condicionamiento de los programas de planificación familiar por instituciones públicas o privadas.

La Ley General de Salud, aprobada el 15 de julio de 1997, en su artículo 6 establece que:

«Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar.

Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento

123. Artículo 6 de la Constitución de 1993.

124. Decreto Legislativo No. 346, con la modificación al artículo VI (Ley 26530 de 1995) que anula la exclusión de la anticoncepción quirúrgica como método de planificación familiar.

previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.»

Por Resolución Ministerial No. 572-95-SA/DM de fecha 17 de agosto de 1995, publicada el 19 del mismo mes en el diario oficial El Peruano, se dictaron medidas en relación a la prestación de servicios de planificación familiar por parte de los establecimientos de salud del sector público. Reproducimos los dos artículos contenidos en dicha norma:

- «1. Los establecimientos de salud del sector público deberán priorizar y reforzar sus acciones regulares de difusión, información, y educación en planificación familiar.
2. Los establecimientos que dependen del Ministerio de Salud y de las Regiones y Subregiones de Salud deberán suministrar en forma totalmente gratuita, la más amplia gama de métodos anticonceptivos a fin de asegurar a las personas su libre e informada elección.»

El Código Penal, bajo el Título de los Delitos contra la Libertad, Capítulo I sobre violación de la libertad personal, incluye el artículo 151 que trata sobre «coacciones»: «El que, mediante amenaza o violencia obliga a otro a hacer lo que la ley no manda o le impide hacer lo que ella no prohíbe será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años.»

La esterilización forzada no cuenta con un tipo penal expreso; sin embargo, en atención a que en el delito de lesiones los bienes jurídicamente protegidos son la integridad física y la salud, resulta de aplicación la sección que contiene el artículo 121, numeral 2, en cuanto no medie consentimiento respecto de tal resultado:

«El que causa a otro daño grave en el cuerpo o en la salud, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de tres ni mayor de ocho años. Se consideran lesiones graves:

(...)

2. Las que mutilan un miembro u órgano principal del cuerpo o lo hacen impropio para su función, causan a una persona incapacidad para el trabajo, invalidez o anomalía psíquica permanente o la desfiguran de manera grave o permanente.»

2. Experiencias recogidas - hechos documentados

G.H.C.,¹²⁵ 28 años, natural de Totorá, residente de Mantoclla, distrito de Mollepata, provincia de Anta, agricultora, tres hijos, analfabeta, fue operada en agosto de 1997 en el Centro de Salud de Izcuchaca. De acuerdo a su testimonio, el personal de salud llegó a sus casas y las obligó a operarse. «Yo no quería ir porque no estaba mi esposo, pero a la fuerza nos llevaron a la siete de la mañana. Yo me quería escapar del hospital, pero no nos dejaron ir.» Les dijeron que iban a tener alimentos después de operarse. Ella no firmó nada porque no sabe escribir. El presidente de la comunidad dice que los sanitarios fueron de casa en casa a buscar a las mujeres. No han hecho ninguna «fiesta» (campaña o festival). Aproximadamente cinco mujeres fueron ligadas en contra de su voluntad en esta comunidad.

¹²⁵. Testimonio en quechua recogido por nuestro equipo de investigación.

M.A.Q.,¹²⁶ 33 años, declaró haber sido conducida al Hospital de Apoyo de Huancavelica con el argumento que le iban a aplicar una ampolla. A pesar que intentaron obligarla a firmar la autorización para la operación, ella no lo hizo. Sin embargo, el personal de salud presionó sobre el esposo quien firmó. Fue sometida a la operación de ligadura de trompas el 10 de enero de 1997 en contra de su voluntad.

D.Q.,¹²⁷ 31 años, seis hijos (uno fallecido), vive en la localidad de Santiago de Pupuja, (distrito de Mollepata, provincia de Anta), tiene segundo de primaria, sabe firmar pero muy poco leer y escribir. En el mes de abril de 1997, las enfermeras fueron a su casa para decirle que debía ligarse porque ya tenía varios hijos. Una vez entró a la Posta de Salud de Mollepata para que la vacunaran contra el tétano y de ahí quisieron llevarla a la fuerza al Centro de Salud de Limatambo para que sea ligada. Ella se escapó diciendo que no tenía plata. Cuando acudió al establecimiento de salud, nuevamente para el control de su hijo, la presionaron. El 14 ó 15 de abril de 1997 fue ligada.

«Al comienzo me dijeron: 'Te llevaré a Limatambo hoy mismo para hacerte operar'. Yo no acepté. Me escapé con el pretexto de salir a prestarme dinero. Cuando tuve que ir llevando a mi hijo para su control, me riñeron, 'Ajá, mañosa, ¿dónde está que volviste?', diciendo. Yo contesté: 'No tengo dinero.' Fue entonces cuando me dijo: 'Ahora voy a ir a tu casa para explicarle a tu esposo y hacer que venga', diciendo. Efectivamente vino a mi casa fue entonces que me amenazó diciendo: 'Si no vienes, cuando tengas otro hijo, ya ni lo vamos a inscribir.' Y remató: 'La próxima vez les haré traer con la policía.' Escuchando eso mi esposo se asustó y firmó. Después me hice operar por temor. Desde entonces estoy mal, inválida. Ya no sirvo para hacer ninguna fuerza. Si no me hubieran obligado, quizás ahora no estaría enferma. Al comienzo me cuidaba con píldoras. Con eso estuvo bien. Luego estuve con vacuna. Pero la enfermera no estaba conforme ni con eso. Insistía en que nos ligaran.»

D.Q.H.,¹²⁸ 40 años, cinco hijos, analfabeta, no sabe leer ni firmar. Tuvo un mal parto y en el Centro de Salud de Limatambo, la obstetrix le dijo que debía ligarse. La operaron sin su consentimiento.

C.C.,¹²⁹ 25 años, vive en la comunidad de Huayllacocha (distrito de Huaroscondo, provincia de Anta, departamento de Cusco), dos hijos, unida en convivencia hace seis años, con primer año de primaria. Fue ligada en el Centro de Salud de Izcuchaca en setiembre de 1997. Declara que los agentes de salud fueron a su casa y, sin que ella estuviera enterada ni consintiera, hicieron firmar a su esposo. Una enfermera de dicho Centro la hizo llevar a la fuerza sin darle explicación. Ella no firmó nada. La acostaron en una camilla y la anestesiaron. Tras la operación la condujeron a su casa donde pasó un mes enferma, así que regresó a la posta a avisar a la enfermera que se encontraba mal, pero no la atendieron, ni le suministraron medicamentos. No recibió ninguna indicación luego de ser operada. Tampoco fueron a su domicilio para

126. El caso fue recogido por la oficina de Cáritas de Huancavelica, testimonio que está suscrito e incluye número de Libreta Electoral; la Unidad de Investigación de El Comercio también lo registró.

127. Testimonio recogido por nuestro equipo de investigación.

128. Testimonio recogido por nuestro equipo de investigación.

129. Testimonio recogido por nuestro equipo de investigación, traducido del quechua.

verificar su estado de salud después de la intervención. Ella no sabía lo que era «ligadura» (incluso no sabe si va a volver a tener hijos o no, declara no haber recibido información al respecto).

V.E.V.E.,¹³⁰ 35 años, fue ligada el 23 de abril de 1996 en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. Se internó en dicho Hospital al presentar hemorragia. Tenía entre 32 y 33 semanas de embarazo. Un interno de medicina conversó con ella sobre su embarazo y sus molestias. El dolor aumentaba y le dijeron: «Señora, la vamos a operar, firme acá.» «En ese momento no pensé nada. Firmé sin leer. No entendí bien de qué se trataba, pero nunca pensé que me estuvieran por hacer cesárea», declaró. Entró a sala de operaciones con anestesia raquídea. Le hicieron cesárea. El recién nacido falleció al sufrir un paro respiratorio. Ella no había firmado ninguna autorización de anticoncepción quirúrgica. El médico que la ligó sostuvo haberlo hecho porque tenía tres cesáreas y encontró un NIC I (Neoplasia Intraepitelial Cervical). De acuerdo a las declaraciones de V.E.V.E. a la Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo, sólo había tenido una cesárea previa. La paciente había estado en tratamiento para tener familia.

H.H.H.,¹³¹ 42 años de edad, analfabeta, nueve hijos vivos, vive en Anta. El 16 de junio de 1997, acudió al Centro de Salud de Izcuchaca para dar a luz a su último hijo. Tuvo un parto difícil, y luego presentó un cuadro infeccioso que la obligó a buscar atención nuevamente en dicho establecimiento. El 22 de junio la internaron. Fue ligada sin su consentimiento. Reproducimos su testimonio:¹³²

«...el 16 de junio yo entré a dar a luz al centro de salud. De ese modo la Dra. M. me atendió el parto para la madrugada del 17. Durante el parto al no poder aguantar, le dije que me ayudara. Como ella me dijo que yo no podía pagar el costo de la inyección le dije: 'Sí te voy a pagar, mamita.' Fue entonces que ella apurada, trayendo un trapo me dijo: '¡Puja...Puja!' (...) Después estuve mucho rato con mi placenta. Cuando ya el frío me había traspasado, me di cuenta que mi bebé estaba por asfixiarse. Recién atendieron a la criatura, después ya me jalaban la placenta. Parece que al jalar la placenta me rompieron el útero, porque me vino una hemorragia imparable. Entonces cuando yo estaba ya como moribunda me pusieron suero en ambas manos. Mi esposo me sujetaba por un lado y mi vecina por el otro. Atendiéndome así no me encontraban la vena para ponerme inyección. Después de hincarme todo, la Dra. M. llamó al médico, pero no estaba. Viendo esto la doctora mandó a mi esposo a conseguir carro. Mi esposo no encontró carro y regresó justo cuando la doctora me causaba un tremendo dolor, dice que me estaba cosiendo. Me dejaron tres pedazos de gasa aquí adentro. Ya a los ocho días que estuve enferma en mi casa, al hacerme la limpieza descubrí un hueco como un pozo. Al descubrir el hueco y apretarme fuertemente la herida, salió la gasa. Recién fue cuando regresé al centro de salud a controlarme casi después de una semana. Cuando volví, apenas me vio el doctor me dijo: 'Regresa por la tarde, ahora estamos llenos de pacientes, ahora no te puedo atender todavía. Recién en la tarde van a desocupar cama para internarte.' Escuchando eso pensé, 'quizás estoy muy

130. Caso seguido por DEMUS; incluido por la investigación de la Defensoría del Pueblo.

131. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

132. Traducción del quechua.

mal, ya que se me ha hecho este hueco.' Y regresé por la tarde. Cuando volví esa noche me hicieron amanecer con suero. Al día siguiente temprano el doctor le dijo a mi esposo: 'Tu esposa tiene que operarse.' Entonces mi esposo no aceptó, alegando 'mi esposa ya está en la menopausia, ya no es una jovencita tiene cuarenta y dos años; mi último hijo vino luego de cinco años, así tan mal que está quizás no aguante una operación', así contestó mi esposo. El doctor dijo: 'Entonces págame todo, medicinas, suero, atención nocturna, hasta el último centavo'. '¿Cuanto te debo?, te lo pagaré', dijo mi esposo. Sobre eso el doctor dijo: '¡Vamos a controlar!' y me llevaron adentro. (...)

'Me chequearán', dije yo. Me inyectaron aquí (señala un brazo) y no me hizo efecto. Luego me pusieron en este otro lado, tampoco me hizo nada. '¿Te está dando sueño?', me preguntaron. No dije nada. Entonces la enfermera dijo: '¿Qué tendrá esta señora?' y me dio una cachetada. Luego me aumentó otra inyección en el otro lado. 'Me estarán aumentando anestesia', me dije yo. '¡Cuenta!', me dijo. Cuando iba por seis perdí la conciencia. Seguro que fue entonces cuando me operaron. Cuando comencé a recuperar la conciencia me sentí bien rara. Era como despertar en una pampa verde... Esa noche me hicieron quedar ahí (en el Centro de Salud)."

S.C.C.,¹³³ 27 años, vive en la localidad de Huayllacocha (distrito de Huarocondo, provincia de Anta, departamento de Cusco), cuatro hijos, agricultora, con cuarto año de primaria. Según su testimonio, fue ligada sin su consentimiento en el Centro de Salud de Izcuchaca.

F.C.C.,¹³⁴ 29 años de edad, cinco hijos, el último de cuatro años, quechuahablante monolingüe, no sabe firmar. Una enfermera fue a su casa en tres oportunidades cuando ella estaba cosechando y le decía que no iba a poder educar a sus hijos, dado el alto costo de la educación. A mediados de 1997 la enfermera regresó a su casa y le preguntó: «¿Cuántos hijos quieres tener?! Tu ya tienes bastantes.» Al día siguiente la enfermera regresó por la mañana y le dijo que el carro ya iba a llegar, que todo estaba listo. La paciente sostiene que, ante la insistencia de la enfermera, se dejó conducir al Centro de Salud de Izcuchaca. Declara no haber firmado ningún documento. Reproducimos su testimonio:¹³⁵

"La primera vez me exigieron, diciendo: 'Hazte ligar y tratar, para que ya no tengas más hijos. Ahora ya no es fácil tener tantos hijos, después te puedes lamentar.' También dijo que según el gobierno 'solamente los ricos podrán educar a sus hijos, ¿ustedes quieren quedarse así?' Yo no quise, pensando que quizás no me haría bien. '¿No quieres? ¡Piénsalo bien!', me dijo. Así nomás me olvidé, sin decirle nada ni a mi esposo. Luego regresó (la enfermera), yo estaba escogiendo papa en mi casa cuando me dijo: 'Y, ¿cómo has pensado?', yo le dije: 'Sí, mamita', por gusto nomás. Como yo le dije que no entendía, ella dijo: 'Qué estás pensando, estás bien? No vaya ser que tengan otro hijo'... Yo contesté: 'No, me estoy cuidando con mi regla.' Ella insistió: 'Anímate de una vez, el 28 de mayo vamos a hacer la ligadura, ¡anda!', diciendo. Yo no quise y la dejé así nomás. Por eso llevaron solamente a mi vecina. Cuando regresó la chica, viendo que andaba

133. Caso recogido por nuestro equipo de investigación, traducido del quechua.

134. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

135. Traducción del quechua.

como si nada, yo me dije: 'Ella está sana, ¿qué tal si me animo?', diciendo dentro de mí, ni le conté a mi esposo.

Después volvió a venir la promotora en junio, y me dijo: 'El 27 haremos ligaduras. ¿vamos a ir? No te va costar ni medio.' 'Señorita, ya no tengo tiempo para ir, creo que no voy a poder, quizá me haría mal', dije yo, y ella replicó: '¿Quién te va a rogar como yo?' En eso yo me hice la desentendida. Tampoco le comenté a mi esposo.

Ella regresó una vez más a mi casa. Ya me había olvidado lo del 27, me había dicho que iba a llevar a cuatro o cinco señoras, llegando incluso a darme sus nombres. Yo no me había alistado, ni pensado en nada y lo había dejado así nomás. Entonces las llevaron el viernes. Esa misma tarde del 27, ella había vuelto a venir.

'¿Vamos a ir? ¿Por qué no quieres ir, qué piensas?', me dijo.

Y yo le contesté: 'señorita, voy a pensarlo para mañana', como para salir del apuro.

Al día siguiente tempranito, ella se apareció nuevamente, justo cuando yo recién comenzaba a cocinar. Esa mañana yo no estaba como para ir. Pero ella apenas llegó, me dijo: 'Felipa, ¿ya estás lista para ir?, el carro de la ambulancia ya llegó.' Como tampoco estaba mi esposo, yo (me) dije: ¿Cómo haré?, cocinaré, apurada, y me alisté y bañé, porque así me dijo ella.

Apenas terminé de cocinar, la enfermera ya estaba otra vez, aquí, regresando de lo que fue a recoger señoras de abajo. Entonces ella dijo: 'Te están esperando, van a traer señoras de Pukyura. Nosotros debemos ir primero, no hay que quedarnos atrás, se nos puede hacer tarde'... Así pues como ya me estaba obligando, yo dije: 'No importa, iré pues.' Me alisté y fui, cuando llegué, ya estaban las demás. '¡Sube, sube!' me dijeron. Subí rápido. Así es como fui a la posta.

Para mi mal era sábado y habían muchos pasajeros. Con mi mantita me tapé la cara, pensando: '¡Qué vergüenza!, a mí también me mirarán feo como a la otra mujer.' Ni siquiera estaba aquí mi esposo, había ido a la chacra, no sé, eso lo he olvidado. Luego llegamos a Izcuchaca. Fui incluso sin desayunar. Había llevado veinte soles. 'Voy a tomar un jugo', pensé. No nos dejaron bajar, nos llevaron directamente.

'Entren', nos dijeron al llegar. Pasamos. Allí estuvimos sentaditas, asustadas... Muchas personas como muertas pasaban empujadas en camillas. En eso es que una chica de Yunka, llamada Valentina, me dijo: 'Seguro que a nosotros también nos llevarán así.. Yo le dije: 'Seguro.' Valentina dijo: 'Yo no voy a tener miedo, voy a estar firme, no temas.' Escuchándola, por momentos me tranquilicé, pero después temblé, asustada. Cuando yo le dije: '¿por qué no nos escapamos?', ella me constestó: 'Nos estarán vigilando, seguro.' Así dialogamos, por lo bajo.

Allí dentro sacaban a muchas mujeres, empujándolas en la camilla, tendidas, con los brazos, el cabello y los pies colgando, feo... Entonces dijimos: 'Así nos llevarán a nosotras también, seguro.' Yo pensaba que de verdad empujaban a personas muertas, ¿no ve que yo no sabía? Ahí nomás llamaron a Valentina, demoraba, y después de largo rato hicieron salir a Valentina y a María Cruz, juntas. Me llamaron. Tenía que entrar yo también, entonces dije para mí: 'ya la han ligado, por eso estará tranquila ya, parada'. Cuando le pregunté: '¿ya pasaste?', diciendo, ella me contestó: 'Todavía no me han hecho nada.'

Después, la enfermera me dijo: '¡Echate ahí!' y me tumbaron en la camilla. Entonces tuve miedo. Unas chicas paisanas estaban paradas ahí. Nunca me han pasado estas cosas, por eso cuando me dijeron '¡échate!' y me tumbaron, tuve miedo.

'Levanta tu pierna ahí', me ordenaron y me limpiaron los genitales. Me levanté asustada. '¡Quítate la ropa!', diciendo me hicieron desnudar. Sentí mucho frío y me quedé con el fustán y volví a ponerme la chompa. 'Corre allá adentro y lávate los pies', me dijeron, entré, me lavé los pies y volví. Al sentir frío, me puse las ojotas, viendome así la enfermera me resonó: '¡Quítate esa chompa!, ¿para qué te la has puesto?' 'Siento frío, señorita, después me la quitaré', contesté. Recién las enfermeras me dieron como unas medias grandes. A las otras mujeres también les dieron. Igualmente, me entregaron algo, como una bata de tela.

Seguía asustada, pero me puse esa especie de vestido y mi chompa encima. Permanecí sentada, el frío me calaba. Ya serían como las 11 a.m.

Valentina salió y yo entré luego. Cuando entré, la enfermera que nos llevó de aquí ordenó: 'Trae tu bolsa', y después recogió mi ropa, mis ojotas, y se llevó todo, no sé a dónde.

Una vez ya en la sala me dije: 'Quizás estoy embarazada, si me ligan así, de repente me pondré mal', y de lo que ya estaba acostada, me levanté y pregunté. 'Te vamos a examinar la orina', dijo la enfermera, me hizo orinar en un tazón y se lo llevó. Cuando volvió la enfermera y dijo que no estaba embarazada, me reprocharon: 'Mañosa eres, ¿no?', diciendo. Yo permanecí muda.

Cuando me volvieron a meter a adentro, repitieron: '¡échate!' Ahí estaban dos médicos y dos doctoras. Luego me tumbaron, me amarraron los pies y una mano, dejando colgado este brazo. Me pusieron suero por la mano. Ya colocado el suero, le agregaron una ampolla, cuando se acabó eso hicieron otra mezcla. No me hacía ningún efecto. Me preguntó: '¿Sientes algo?' 'No hace nada, señorita', respondí.

De nuevo me preguntó: '¿Te está dando sueño?', y yo respondí: 'No me da sueño'.

Se acaba la segunda mezcla de suero con ampolla y prepararon una tercera mezcla.

Tampoco me hizo nada. Volvió a preguntarme: '¿Te da sueño?', yo le dije que no. '¿Estás bien?', me preguntó, y yo contesté que sí. Ya después me amarraron aquí con jebe (el brazo) y por ahí me pusieron otra inyección. Cuando ya estaba en la mitad de la ampolla, me volvió a preguntar: '¿Te da sueño?', y yo repetí que no. '¿Y te duele la cabeza?', preguntó y yo dije otra vez que no. (...)

¿Me habrían cortado cuando estaba muerta? No sé qué me habrían hecho. Me cubrieron el vientre con un trapo. Como no me dijeron nada, yo levantaba mi cabeza de rato en rato para mirar. Recién me hablaron: '¿Qué miras? Deja nomás, yo no te voy a hacer daño, estás tapada.' Era un doctor quién dijo eso. Luego me taparon con una tela. En el centro de esa tela había un corte, un huequito, justo en la dirección de mi vientre, que se veía. La anestesia no me hizo efecto. La prueba es que me acuerdo. Después recién perdí la conciencia. Cuando la recuperé, había estado acostada en una sala, envuelta en una frazada."

F.H.,¹³⁶ 37 años, tres hijos, vive en Rioja (distrito de Limatambo, provincia de Anta, departamento de Cusco), analfabeta. Fue ligada en mayo de 1997 en el Centro de Salud de Limatambo, sin su consentimiento. Reproducimos la entrevista¹³⁷:

136. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

137. Traducción del quechua.

F. Para que me hagan la ligadura, ellos vinieron varias veces, hasta llevarme. Cuando me negué a ir, me amenazaron diciendo: 'Te vamos a hacer llevar con policía, y si sales embarazada, ya nunca más te atenderemos.' De mi casa me llevaron con capricho, argumentando: 'Tu marido es muy borracho, ya estarás embarazada, si es así, te haremos abortar, luego te haremos ligadura', diciendo así me llevaron a la fuerza, sin que yo quisiera, a pesar que me estaba resistiendo. Y ahora me siento mal... A todas las operaron mientras estaban 'muertas' (inconscientes). A algunas incluso mientras se quejaban de dolor. Escuchando esos gritos de dolor, me puse mañosa (fingir cosas), me resistí. Fue entonces que los de la posta cerraron la puerta, impidiendo que me escapara... Cuando yo insistí en salir, me tumbaron a la fuerza...

P. ¿Para hacerte la ligadura, te hicieron firmar algún papel?

F. Sí, nos hicieron firmar. A mi esposo también lo trajeron de lo que estaba trabajando y así le hicieron firmar.

P. ¿Y tú aceptaste firmar?

F. No me hicieron firmar a mí, sólo a mi esposo...

P. ¿Y para hacerte la ligadura, te informaron cómo iba a ser todo?

F. 'Ya nunca más volverás a tener hijos, nosotros te lo haremos todo, rápido te sanarás', así me dijeron. Y ahora ya no sirvo, ya no valemos... ¿Es cierto que está cosido, o quizás solamente está amarrado? ¿Cómo serán esas cosas?

P. ¿Cómo fue todo lo que te hicieron?

F. (Susurrando): ¿Cómo te hicieron?... (Duda, silencio largo): Haciéndonos morir (quitándonos la consciencia), seguramente, nos sacaron... Fue el 10 de mayo ... Sí, fue en mayo, el año pasado (1997). Ya es un año, ¿verdad?

P. ¿Te examinaron antes?

F. No, no, no! Aquello me hicieron sin examen alguno. Ni siquiera una pequeña mirada... De cualquier manera nos trajeron de nuestra casa... Empujándonos al carro, a pesar de nuestra resistencia... Ya en la Posta limpiaron toda la mugre que trajeron... Eso nos hicieron a muchas. Quizás fuimos miles... muchas. Nos operaron a muchísimas más, no sólo a mí... Me había dormido rápido y fuerte. Cuando desperté, ya de noche me dolía el vientre. Entonces me pregunté: ¿qué nos han hecho? Ellos nos dijeron: 'Les vamos a colocar la T de cobre, fierro' (ríe). Al final, cuando ya era el día siguiente y habíamos mejorado un poco, nos dijeron: 'Ya les hemos cortado, ya nunca más tendrán hijos'."

P.H.,¹³⁸ 32 años, seis hijos, primer año de primaria, sabe firmar. La enfermera fue a su casa y la convenció, pero no entendió qué era la ligadura, tenía una idea distinta respecto a ella. Dice que firmó un documento pero no lo leyó. Su esposo la acompañó, a él sí le dieron explicación sobre lo que estaba firmando, que era una autorización para ligar sus trompas. Antes le propusieron hacerse la vasectomía, pero no aceptó. P.H. fue esterilizada en abril de 1997 en el Centro de Salud de Izcuchaca.

J.J.H.,¹³⁹ vive en Mantoclla, agricultora, seis hijos, quechua hablante monolingüe, analfabeta, no sabe firmar. Fue operada en junio de 1997 en el Centro de Salud de Izcuchaca.

138. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

139. Testimonio recogido por nuestro equipo de investigación, traducido del quechua.

Relata que el sanitario y una enfermera fueron a su chacra y la llevaron a la fuerza. «Hartas mujeres están yendo, tú nomás faltas, ¡vamos!», y la subieron a un carro. Cuando llegó al Centro de Salud había una cola grande de mujeres que iban a hacerse la ligadura. Le dijeron que iba a estar bien, que podría trabajar normal. «Si te ligas va a haber más alimento –le dijo el sanitario– porque si no vas a parir todos los años como conejo.» Cuando despertó de la operación vio que su vientre estaba pegado con esparadrapo y se asustó: «Me habrán cortado, qué voy a hacer.» Después de la operación pasó mal tres días. Su esposo fue a buscar al sanitario a quien increpó diciéndole por qué había operado a su esposa. El sanitario respondió: «Nosotros no tenemos la culpa es el gobierno el que nos ha mandado.»

C.M.D., de 32 años de edad, vive en la comunidad de San Gerónimo, Barrio de Yananaco (Huancavelica). Declaró que fue obligada a someterse a una operación de ligadura de trompas en el Hospital de Apoyo de Huancavelica.¹⁴⁰

G.P.H.,¹⁴¹ Caserío de Lagunas, (distrito de Sónдор, provincia de Huancabamba, Piura), 28 años, dos hijos, muda, con cierto grado de retardo mental, agricultora. El sanitario y una enfermera de la Posta de Salud de Sónдор realizaron constantes visitas a su vivienda. Le ofrecieron alimentos. Pese a la oposición de su madre, fue conducida al Centro de Salud de Huancabamba, donde fue ligada. No le dieron medicamentos ni ninguna indicación. Estuvo grave según testimonio de otras comuneras. Se trató con hierbas y alimentos caseros. Los hechos ocurrieron aproximadamente en junio de 1997.

M.J.P.,¹⁴² originaria de la comunidad de Mayorarca, provincia de Recuay, vive en Cajaccay, provincia de Bolognesi, departamento de Ancash. Catorce hijos, analfabeta, campesina, no sabe cuántos años tiene. En enero de 1996, dos asistentes del Hospital de Apoyo de Recuay la trataron de convencer. Nunca había oído hablar de las trompas de Falopio, pese a ello las asistentes le insistieron. De acuerdo a su versión, dada al diario La República, las asistentes le dijeron que le brindarían alimentos todos los meses y que le facilitarían movilidad cada vez que ella quisiera trasladarse desde su caserío hasta la ciudad. Ella les dijo que ya no podía tener más hijos, pues ya se le había suspendido la regla. «Yo no sé letras, yo no quiero que me lleven», les dijo. Las asistentes del Hospital de Apoyo de Recuay le arrebataron a su hija de cinco años y la introdujeron a la ambulancia camino a dicha localidad, obligando a M.J.P a subir también al vehículo. Luego fue esterilizada.

F.L.C.,¹⁴³ 43 años, Barrio de Ascensión (Huancavelica). Manifestó que fue obligada a someterse a una ligadura de trompas en el IPSS de Huancavelica. Acudió a dar a luz y un día después del parto, el 26 de mayo de 1997, el personal de salud le obligó prácticamente a firmar un documento de autorización para la realización de la operación. Le manifestaron que sería muy sencilla, que el corte no era de más de tres centímetros, dándole como única alternativa de planificación familiar, la ligadura de trompas.

140. Documento firmado por la declarante ante la Oficina de Cáritas de Huancavelica, identificándose con su número de Libreta Electoral.

141. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

142. Unidad de Investigación de La República, publicado el 7 de diciembre de 1997. También el caso fue recogido el 3 de noviembre de 1996 por el diario El Sol y el 12 de octubre de 1996 por el diario «Prensa Regional» de Huaraz.

143. Documento firmado por la declarante ante la oficina de Cáritas Huancavelica, identificándose con número de Libreta Electoral.

M.R.C.,¹⁴⁴ 26 años, domiciliada en el Asentamiento Humano Nuevo Jerusalén (provincia de Huanta, departamento de Ayacucho). Acudió al Hospital de Huanta para realizarse un Papanicolauo. En esa ocasión la obstetrix encargada de planificación familiar, F.F., le hizo firmar un documento que ella creyó era para la T de cobre. La esterilizaron ese día. Tenía dos hijos, uno de los cuales falleció pocos días después que la operaron. Pide que la «desaten» para poder tener más hijos. No entiende por qué es irreversible.

L.S.M.,¹⁴⁵ 37 años, siete hijos, comunidad de Huayllacocha, sabe leer y escribir, operada el 16 de julio de 1997 en el Centro de Salud de Izcuchaca. Fue ligada cuando acudió a dicho establecimiento por un parto difícil. Ni ella ni su esposo fueron avisados que iban a ligarla. No firmó ningún documento de autorización.

Además de casos como los descritos, hemos recogido otros que exhiben prácticas contrarias a la decisión libre e informada en planificación familiar que, igualmente, se concretaron en la esterilización de la persona:

G.Y.,¹⁴⁶ 29 años, tres hijos, vive en Marcavelica (distrito de Sullana, provincia de Piura). Fue a pedir anticonceptivos a la Posta de Marcavelica, donde le señalaron que era malo usar pastillas y que mejor se operara para no tener más hijos. «Me dijeron que iba a quedar bien, que no me preocupara que la operación era sólo un ratito», recuerda. La esterilizaron en la Posta de Marcavelica. Le entregaron cuatro pastillas de Panadol. Al persistir el dolor ella tuvo que adquirir los medicamentos. Nadie de la Posta se acercó para conocer su estado de salud.

A.E.L.,¹⁴⁷ vive en el Caserío de Tocache Viejo, a 30 minutos de Tocache (departamento de San Martín). Acudió el 21 de mayo de 1996 al Hospital Rural de Tocache, con el fin que le retiraran la T de cobre que le habían colocado hacía un año y tres meses. Dicho dispositivo le había provocado una infección en el útero, ovario y trompas que le impedía desempeñar sus actividades normalmente. En el hospital le preguntaron cuántos hijos tenía, a lo que respondió que cinco. El médico le pidió que se ligara. Ella accedió, pero le pareció que primero tenían que curarla de la infección. Cuando acudió con su esposo para que retiraran la T de cobre, los agentes de salud insistieron en operarla, le dijeron que no había riesgo y que luego la curarían. Entonces aceptó.

C.S.,¹⁴⁸ 26 años, vive en el distrito de Cajaccay (provincia de Bolognesi, departamento de Ancash). El 24 de julio de 1997 llegaron a su casa dos asistentas sociales para conversar con ella sobre planificación familiar. C.S. les dijo que quería cuidarse para no tener hijos en los próximos cuatro años. Las asistentas le contestaron que eso no era problema porque se había inventado un nuevo método anticonceptivo, por el cual no le ligarían las trompas sino que simplemente se las atarían, que en el momento que decidiera tener otro hijo, tendría que someterse a una pequeña operación para que se las desaten. Añadieron, además, que ligaban únicamente a las mayores de treinta años, que a las menores «sólo las amarraban.» Fue ligada en el Centro de Salud de Cajaccay.

144. Caso identificado por la Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el 8 de marzo de 1998.

145. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

146. Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el 26 de enero de 1998.

147. Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el 23 de diciembre de 1997.

148. Unidad de Investigación de La República, publicado el 7 de diciembre de 1997.

S.N.,¹⁴⁹ 31 años, Marcavelica. Declara que no le hicieron firmar ningún documento. Ella no sabía que tenía que autorizar la operación, el personal no le informó al respecto. Sólo le preguntaron si su esposo estaba de acuerdo.

El obispo de Chimbote, Luis Bambarén, denunció en diciembre de 1996 que durante sus visitas a poblados de los callejones de Huaylas y Conchucos (departamento de Ancash) observó que las mujeres debían pasar por la oficina de planificación familiar para acceder a servicios de salud.¹⁵⁰

En Huanta, V.V.A., promotora de salud del Asentamiento Humano Nueva Jerusalén, declaró al diario El Comercio que algunas mujeres, cuyos hijos podrían beneficiarse con los programas de alimentación para niños desnutridos, ya no querían acudir a recoger sus raciones debido a que en el hospital eran obligadas a ligarse las trompas. «Les dicen a las señoras que tienen hijos desnutridos: 'Si no te haces ligar, va a venir el estado a llevarse a tus hijos (...)', denunció V.V.A.»¹⁵¹

En la ciudad de Iquitos, provincia de Maynas, departamento de Loreto, entrevistamos a mujeres que fueron ligadas durante 1997, entre éstas, a pobladoras del Asentamiento Humano Cahuide.

T.,¹⁵² 37 años, tres hijos, nos narró lo siguiente: «*Las promotoras de salud del Hospital de Apoyo de Iquitos venían de casa en casa. Yo les dije que usaba ampollas. Aquí las mujeres prefieren ampollas. Pero ellas nos dijeron que ya no iban a haber ampollas y que iban a costar caro. Además dijeron que en los establecimientos de salud las que habían se las daban sólo a quienes eran menores de 30 con un sólo hijo. Nos insistían que nos ligáramos y decían que después la ligadura iba a ser cara. Yo recorrí hospitales y postas buscando ampollas y no había. En la farmacia costaban 30 soles, yo no podía pagarlas. Después de caminar tanto, decidí ligarme. No me informaron de otros métodos, ni nos dijeron de riesgos. Hasta ahí eran amables. Me ligaron el 10 de noviembre de 1997. Yo me estaba arrepintiendo y le dije a la enfermera que de repente estoy embarazada. Creo que sacándome el útero me han revisado y me han hecho daño. Les dije que ya no quería, igual me siguieron preparando para la operación. Yo me he desesperado. Alguien dijo que yo no iba a dejar trabajar y me pusieron una inyección que me hizo dormir. Cuando desperté estábamos solas en el hospital. No vi mas al doctor. A la semana fui al hospital como me dijeron. Nos han hecho esperar. 'Los puntos solitos se te van a soltar', me dijeron. Esa consulta fue gratis pero había que rogar para que te pusieran por lo menos alcohol yodado. Como yo me sentía mal, pedí que me pasaran a ginecología, pero me pedían que pagara por la consulta. Sólo me dieron pastillas para el estreñimiento. La herida no quería cicatrizar. Casi dos meses la he pasado mal. La enfermera me dijo: 'No estés haciendo 'dieta' a tu marido'.*» (aludiendo a que ellas se resistía a tener relaciones sexuales).

149. Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el caso el 24 y 26 de enero de 1998.

150. La República 6 de diciembre de 1996.

151. El Comercio 8 de marzo de 1998.

152. Testimonio recogido por nuestro equipo de investigación.

Otra nos relató: "Desesperadas han estado buscando ligar a las mujeres. En el hospital a las que aceptan hacerse la ligadura no les cobran, a las que no quieren, sí les cobran todo."

Una mujer que fue ligada en 1994, nos preguntaba: "¿Qué está pasando ahora? Yo decidí hacerme la ligadura cuando di a luz a mi hijo, no vinieron a buscarme. Mi esposo me lo sugirió y en una semana lo decidí. A mí me cerró la herida bien y a los ocho días me sacaron los puntos. Pero ahora varias se han estado quejando de problemas... ¿Será que los médicos no se toman su tiempo para hacerlo bien? Mi operación duró como media hora, pero ahora dicen que dura diez o quince minutos."

En San Lorenzo (provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto), también sostuvimos entrevistas con mujeres que fueron ligadas. Una de ellas relató:

«Yo usaba ampollas y tenía partos difíciles. Un encargado del Hospital (Centro de Salud) de San Lorenzo me dijo que por mi edad ya no me convenía ampollas, eso me asustó, de que me iban a venir hemorragias y decidí hacerme la ligadura. 'No vas a gastar nada, no duele, rápido vas a poder hacer normal todo, lavar, cocinar.' No me examinaron. 'De frente para que orines', me dijeron. De ahí nomás me operaron, me pusieron anestesia local. Me hicieron grande el corte porque yo era bien gordita. Yo grité y les dije '¡cómo que no duele!' 'Pónle una ampolla para dormirla', dijo uno. Yo me desperté ya en cama. Mi esposo tuvo que comprarme una ampolla para el dolor. Mi barriga estaba bien hinchada. Dicen que de lo mucho que he gritado. Me pusieron otra ampolla. 'Ya vete a tu casa', me dijeron. 'No puedo caminar', yo le dije al doctor. 'Eso es normal', me respondió, 'vas a trabajar normal'. Pero ha sido peor que tener un hijo. Un mes no podía orinar. Ya no fui al Hospital, porque tenía miedo. Mi marido compró Ampicilina. Con 'uña de Gato' me traté.»

Otra vecina de San Lorenzo, nos dice: «Una mujer se fue para hacerse Papanicolauo, y la han llevado a la sala de operaciones en bata, ella se ha salido (escapado) desnuda.»

E.,¹⁵³ 40 años, vive en San Lorenzo, nos relata: "Vinieron médicos de fuera. Como a veinte las han ligado. De San Lorenzo hasta Saramiriza han ido ligando. Venían de casa en casa diciendo quién quería ligarse durante dos días. Ya no han vuelto a venir. Por lo de la señora fallecida la población ya no ha querido que entren."

Profesores nativos (awajun y wampis) también nos indicaron que "(los médicos) habían estado tocando a las mujeres de las comunidades por el Río Apaga y Saramiriza. Sin embargo, en octubre (de 1997) las organizaciones de pueblos indígenas los han enfrentado. Las mujeres quedaban mal, sus tareas son muy fuertes y si se ponían mal habían riesgos. Por Nazareth un profesor que tenía tres mujeres, dos de ellas se han ligado."

"A la fuerza las han obligado en los Distritos de Lagunas y Santa Cruz,¹⁵⁴ de un abuso nadie se entera", nos señala otro profesor nativo.

153. Testimonio recogido por nuestro equipo de investigación.

154. Distritos de la provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto.

A.M.C.¹⁵⁵ 35 años, siete hijos, vivía en el caserío de Sogorón Alto (distrito de Encañada, provincia de Cajamarca, departamento de Cajamarca). Fue ligada el 27 de marzo de 1998 en el Hospital Regional de Cajamarca (Hospital de Salud IV). De acuerdo a las declaraciones de su esposo Jacinto Salazar a La República, «el doctor M.O. le estuvo proponiendo durante casi un año que se haga esa intervención a mi esposa y cuando al final aceptamos, los dos firmamos la autorización y nos dieron 850 soles.»¹⁵⁶ A.M.C. falleció el 4 de abril de 1998.

S.R.C.,¹⁵⁷ 35 años, vive en Huancayo (departamento de Junín). Aceptó ser ligada luego que una enfermera le ofreciera alimentos y pagarle su pasaje desde su comunidad a la ciudad.

B.A.,¹⁵⁸ 26 años, vive en Chanchán (distrito de Tocache, departamento de San Martín). De acuerdo a su testimonio, mientras caminaba con sus hijos sintió que un carro la seguía, del cual descendió R.G., obstetrix del Hospital Rural de Tocache. Ella le dijo para ligarla gratis a fin de no tener más hijos, a cambio le ofreció alimentos y ropa. B.A. recibió dos vestiditos para su hija. Entró al carro y fueron a recoger a M.M.C. Cuando llegaron ambas pacientes al hospital, les pusieron la anestesia sin hacerles exámenes previos. B.A. indicó que el médico que la operó no le dirigió la palabra. Al día siguiente la trasladaron a su casa, le dieron un jarabe para la anemia y pastillas para el dolor. Tres días después de la operación recibió la visita de la obstetrix que la había convencido de operarse, la revisó y le dijo que estaba bien, sin embargo ella no podía caminar, tenía desmayos y vómitos. La obstetrix se limitó a decirle que «tenía que ser fuerte.»

Luego de tres semanas, cuando aún se sentía mal, acudió al Hospital Rural de Tocache, donde había sido operada, pero se rehusaron a atenderla, aduciendo que ella nunca había firmado nada. Le dijeron que si ella lo hubiera hecho, tendría asegurada la atención médica por un año. Recién entonces ella puso su huella digital en un documento que no leyó. Luego le entregaron cuatro ampollas. Como siguió sintiéndose mal, retornó al hospital, sin embargo le señalaron que sólo daban medicinas en el plazo de un mes, luego de la ligadura. Actualmente presenta debilidad y declara que ya no puede trabajar.

M.B.,¹⁵⁹ treinta años, vive en el caserío de Raquia (distrito de Cajaccay, provincia de Bolognesi, departamento de Ancash). Fue sometida a un Bloqueo Tubárico por insistencia de los agentes de salud que realizaron visitas domiciliarias. A ella le dijeron que si no se ligaba las trompas una terrible enfermedad le podía causar la muerte. M.B. es viuda con ocho hijos. Además le dijeron que ya no tendría más problemas económicos. Le ofrecieron víveres, le mostraron un billete de cien nuevos soles y le prometieron que con ese dinero podía cubrir todos sus gastos. Ante la insistencia, M.B. accedió. Fue esterilizada en mayo de 1997. Nunca recibió lo ofrecido.

155. Caso recogido por el diario Panorama Cajamarquino, 24 de abril de 1998. Información adicional proporcionada por: La República (1 de Mayo de 1998), carta remitida por el Obispo de Cajamarca al Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y fax de la Vicaría de Solidaridad de la Diócesis de Cajamarca transmitido al Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

156. La República, 1 de mayo de 1998.

157. Caso identificado por La República, publicado el 14 de febrero de 1997.

158. El caso fue identificado por OPEDEH (Alto Huallaga), quien registró en video el testimonio de B.A.S., así como de otras vecinas. CLADEM presentó el caso y el material a la Defensoría del Pueblo. El Ministerio de Salud no contradujo, de acuerdo a la Defensoría del Pueblo, lo expresado por B.A.S. Igualmente la Unidad de Investigación de El Comercio, tras confirmar el caso, publicó un reportaje al respecto el 23 de diciembre de 1997.

159. Caso recogido por la Unidad de Investigación de La República, publicado el 7 de diciembre de 1997.

L.O.G.,¹⁶⁰ 30 años, analfabeta, cinco hijos, ligada en la Posta de Salud de Sándor, Huanabamba. A cambio le ofrecieron víveres.

J.I.,¹⁶¹ 24 años, esterilizada en julio de 1997 en la Posta de Marcavelica. Fue captada en la Posta de Mallaritos cuando llevó a uno de sus hijos que sufría un problema estomacal. Ese día le dijeron que debía operarse para no tener más hijos. Le prometieron que le darían alimentos gratis por seis meses, no le explicaron otros métodos. Según su versión al diario El Comercio, recibió efectivamente alimentos durante ese período.

V.C.S.,¹⁶² 28 años de edad, seis hijos, con tercer grado de primaria, residente de la comunidad de Huayllacochoa (distrito de Huarcocondo, provincia de Anta, departamento de Cusco). Fue ligada el 18 de junio de 1997 en el Centro de Salud de Izcuchaca, a donde había acudido para que vacunaran a su hijo y a recibir papilla para sus niños. En ese momento la enfermera le exigió que se ligara. Le informó que otras señoras lo habían hecho y que el corte era pequeño, que no le iba a doler mucho y que la herida sanaría en una semana. «Tienes ya tantos hijos, con qué vas a educarlos, la vida está muy cara», le dijo y logró convencerla a ella y a su esposo. El no sabía lo que estaba firmando, pero igual lo hizo, después le explicaron que ésa era la autorización para ligar a su esposa. Al esposo le propusieron que se hiciera la vasectomía, pero él no quiso aduciendo que «eso no serviría para trabajar.» A ella no le explicaron otros métodos de planificación familiar, antes de operarla, sólo le preguntaron cuándo fue su última regla y si era alérgica a algún medicamento, pero no le hicieron ningún examen.

M.E.,¹⁶³ vive en el poblado de Pucayacu, próximo a Tocache (departamento de San Martín). Fue ligada en el Hospital Rural de Tocache, el 20 de diciembre de 1996. Ella quería cambiar de método anticonceptivo, pero le dijeron que no había nada. Que sólo iban a hacer ligaduras, por eso se operó.

Periodistas de la revista local Equis y la emisora radial Palmera de San Martín, que denunciaron la esterilización de un grupo de veinte homosexuales en la provincia de Picota (Buenos Aires, Pilluana, Caspizapa), informaron que en el mes de abril de 1997 el personal de salud desarrolló una intensa campaña.

J.A.P.G.,¹⁶⁴ 17 años, homosexual, fue conducido por la ambulancia la madrugada del 16 de julio de 1997. Le dijeron que lo iban a someter a una operación para eliminar un nervio en el recto para prevenir enfermedades venéreas y SIDA. Lo esterilizaron en el Hospital de Picota (provincia de Picota, departamento de San Martín).¹⁶⁵

C.R.T., 24 años, homosexual, trabajaba hacía dos años como cocinero en un restaurante en el distrito de Bellavista (provincia de Tarapoto, departamento de San Martín). En el mes de octubre, dos agentes de salud llegaron al restaurante donde trabajaba y lo condujeron al Hospital de Bellavista, con el pretexto de un control médico gratuito. Al ingresar le plantearon la vasectomía diciéndole que así se sentiría mejor, se le acabarían las molestias estomacales

160. Caso recogido por la AMHBA. Carta de fecha 22 de enero de 1998.

161. Caso recogido por la Unidad de Investigación de El Comercio, publicado los días 24 y 26 de enero de 1998.

162. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

163. Caso recogido por la Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el día 23 de diciembre de 1997.

164. Caso recogido por la Unidad de Investigación de La República, publicado el 22 de febrero de 1998.

165. Junto a él fueron conducidos 19 varones homosexuales quienes, igualmente, no opusieron resistencia. Según sus declaraciones les ofrecieron dinero. El documento que declaran haber firmado decía que eran padres de familia, que tenían hijos y eran casados.

que sufría desde pequeño. Prefirió decir que no, por miedo. Sin embargo, cuando le ofrecieron cincuenta nuevos soles a cambio de la operación aceptó.

R.I.,¹⁶⁶ homosexual, vive en Tarapoto (departamento de San Martín). Fue esterilizado en el Hospital de Bellavista en el mes de octubre de 1997. Declaró haber recibido cincuenta nuevos soles de los agentes de salud de ese hospital para que se sometiera a la vasectomía. Luego fue presionado para que no lo comentara a nadie.

M.R.,¹⁶⁷ homosexual, vive en Tarapoto (departamento de San Martín). Fue convencido por los agentes de salud del Hospital de Bellavista para que se sometiera a vasectomía en octubre de 1997. Declara haber recibido cincuenta nuevos soles.

Debemos indicar que no menos preocupante ha sido encontrar entre las mujeres, particularmente de zonas rurales, el temor a sufrir violencia por parte de sus parejas o de ser objeto de discriminación o condicionamientos de terceros al interior de sus localidades en el caso de ser ligadas. En nuestra investigación, igualmente, encontramos el caso de un proveedor de salud que se negó a practicar la ligadura pese a que la solicitante cumpliera con suscribir la autorización. Este panorama pone de manifiesto las dificultades que enfrentan las mujeres en el Perú para afirmar su derecho a autodeterminarse en la esfera reproductiva, resultando objeto de intervenciones e injerencias por parte de terceros que distan de reconocerlas como sujetos titulares de este derecho.

166. Caso recogido por la Unidad de Investigación de La República, publicado el 22 de febrero de 1998.

167. Caso identificado por la Unidad de Investigación de La República, publicado el 22 de febrero de 1998.

Prácticas contrarias al derecho a la salud

1. El problema en un marco de derechos

Marco internacional de derechos humanos

La anticoncepción quirúrgica para muchas mujeres y varones ha constituido una opción valiosa cuando, además de contar con un sólido proceso de decisión, los servicios han sido prestados bajo condiciones adecuadas y se han tomado las medidas necesarias para garantizar la recuperación de las personas usuarias.

El marco internacional de derechos humanos ha consagrado el derecho a la salud como un derecho promovido y protegido, estableciendo obligaciones a los estados para que aseguren el acceso de las personas a servicios de calidad en salud y responsabilidades de proteger la salud de la población.

La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 señala que «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.»

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), estableció en el artículo 12:

- “1. Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

El Convenio Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en el artículo 12, numeral 1 estableció: “1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en 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.”

El comité monitor de la CEDAW tiene la facultad de formular Recomendaciones Generales a través de las cuales se han ido precisando obligaciones y desarrollando criterios jurídicos para examinar la discriminación por sexo.

En su reciente período de sesiones, el Comité de la CEDAW ha emitido la Recomendación 24 la cual precisamente trata lo concerniente a la salud.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, consignó en el artículo XI el derecho a la preservación de la salud y el bienestar: «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.»

El Programa de Acción de El Cairo indicó que: «la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.»

Bajo el marco internacional de derechos humanos, la realización de prácticas médicas por parte de los servicios públicos de salud bajo condiciones que exponen a las personas a riesgos a la salud e incluso a la vida, no sólo constituye incumplimiento por parte del estado de la obligación de proteger la salud de las personas, sino que implica falta de respeto al derecho a la vida, la integridad y la seguridad personal. Se suma a ello un problema de discriminación cuando determinado sector de la población es el que resulta particularmente expuesto o desproporcionadamente afectado.

Legislación nacional

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 7 de la Constitución Política de 1993, dentro del capítulo relativo a los derechos sociales y económicos. El artículo 9 establece que el estado determina la política nacional de salud, y al Poder Ejecutivo le compete diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. La Constitución de 1979 precisaba a nivel constitucional varios aspectos importantes que han sido retirados de la actual: la responsabilidad del Ejecutivo de la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado que planifica y coordina la atención integral de la salud a través de organismos públicos y privados, y que facilita a todos el acceso igualitario a sus servicios, en calidad adecuada y con tendencia a la gratuidad.

La Constitución de 1993, por su parte, coloca en el artículo 65 que “El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo, vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.”

La Ley General de Salud es el principal texto normativo que regula el derecho a la salud. El artículo VI del Título Preliminar declara: “es irrenunciable la responsabilidad del estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.” Esta misma ley establece que “toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia, cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud.”

La Ley General de Salud consigna el derecho de las personas usuarias a exigir que los servicios que se prestan para la atención de su salud cumplan con niveles de calidad

aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales.¹⁶⁸

Los profesionales, técnicos y auxiliares son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.¹⁶⁹ El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionen al paciente derivados del ejercicio negligente, imprudente o imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñen en éste con relación de dependencia. Es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que ofrece.¹⁷⁰

El artículo 15 reúne los principales derechos de las personas usuarias de los servicios de salud:

- a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad.
- b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece;
- c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes;
- d) A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo.
- e) A no ser discriminada en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare.
- f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio.
- g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren.
- h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.
- i) A que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de epicrisis y de su historia clínica.”

El Código Penal protege los derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud en el Título I de la Parte Especial. El artículo 111 trata sobre homicidio culposo:

“El que, por culpa, ocasiona la muerte de una persona, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicios comunitarios de cincuenti-

168. Artículo 2.
169. Artículo 36.
170. Artículo 48.

dós a ciento cuatro jornadas. Cuando son varias las víctimas del mismo hecho o el delito resulte de inobservancia de reglas técnicas de profesión, de ocupación o industria, la pena privativa de la libertad será no menor de dos ni mayor de seis años e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 4,6 y 7. (del Código Penal).”

El artículo 124 que trata sobre lesión culposa establece:

“El que, por culpa causa a otro un daño en el cuerpo o en la salud, será reprimido por acción privada, con pena privativa de la libertad no mayor de un año, o con sesenta a ciento veinte días-multa. La acción penal se promoverá de oficio y la pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de dos años y de sesenta a ciento veinte días multa, si la lesión es grave. El juez podrá acumular la multa con la pena privativa de la libertad.”

En el mismo Título I de la Parte Especial, se incluyen los delitos de exposición a peligro o abandono de personas en peligro.

2. Experiencias recogidas - hechos documentados

G.A.L.¹⁷¹ fue sometida a una operación de ligadura de trompas el 30 de noviembre de 1996 en la Posta de Salud Aparicio Pomares (Paucarbamba, departamento de Huánuco), luego presentó complicaciones que la obligaron a estar hospitalizada durante dos meses, más un mes adicional de reposo en cama. Ella dice haber sido operada en un local que no tenía ningún acondicionamiento especial.¹⁷² El esposo de G.A.L. recuerda que ella fue a su trabajo en el mercado de Huánuco el mismo día de la operación, puesto que la enfermera que la captó le aseguró que podía retornar a sus actividades normales a las pocas horas de la operación. También le señaló que el corte sería pequeño; sin embargo el que presentaba la paciente era de quince centímetros. Ese día ella regresó adolorida y a partir de entonces comenzó a sentirse cada vez peor, hasta que ya no pudo ponerse de pie. Después de varios días de la ligadura, una enfermera la visitó en distintas oportunidades, pero no le dejaba medicinas. Finalmente, G.A.L. fue conducida de emergencia a la posta de salud, grave y con la herida supurando.

B.C.,¹⁷³ fue esterilizada en el Centro Materno Infantil de Marcavelica (provincia de Sullana, departamento de Piura). Tenía sobrepeso. Le cortaron la vejiga, quedando grave, sangraba mucho cuando regresó a su casa. Sus familiares decidieron por ello regresarla al Centro.

D.C.¹⁷⁴, residente de Huancavelica. Fue captada por una trabajadora del hospital cuando caminaba con sus hijos, quien le increpó por qué tenía tantos hijos. Le dijo que si se ligaba ya no se enfermaría nunca, que iba a estar gorda y sana y que le iban a regalar medicinas. Fue esterilizada en setiembre de 1997. Días después la paciente sintió un fuerte dolor en la zona intervenida, las manos y los pies le dolían «como candela.» Tenía el área del vientre muy

171. La Unidad de Investigación de El Comercio informó del caso y realizó entrevistas. El caso fue publicado el 24 de diciembre de 1997.

172. El Comercio, 11 de enero de 1998.

173. Revista Sí, 6-19 de julio de 1998.

174. Caso identificado por la Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el 8 de marzo de 1998.

hinchada. Presenta inflamación pélvica y «regla blanca.» Cuando acudió al establecimiento de salud le dijeron que era normal.

D.S.H.,¹⁷⁵ 34 años, cuatro hijos, vive en el caserío de Tierra Negra (distrito de Sondorillo, provincia de Huancabamba). La ligaron estando embarazada.

J.G.C.,¹⁷⁶ entre 25 y 28 años, vivía en la provincia de Sullana (departamento de Piura). Fue ligada el 20 de junio de 1997 en el Centro Materno Infantil de Marcavelica, tras una serie de visitas domiciliarias por parte de personal del Puesto de Salud de Mallaritos. Le ofrecieron alimentos y le amenazaron con dejar de suministrarle gratuitamente los anticonceptivos que usaba. Esta paciente falleció. Cuando la Defensora Especializada de Derechos de la Mujer acudió a revisar su historia clínica al Centro donde la operaron, el médico encargado sostuvo que no se encontraba en el archivo, sin poder explicar el motivo de ello.

R.S.,¹⁷⁷ ligada en la Posta de Marcavelica. Tenía sobrepeso. Ahora declara sufrir de constantes desmayos.

V.C.S.,¹⁷⁸ 28 años, seis hijos, vive en la comunidad de Huayllacocha (distrito de Huarocundo, provincia de Anta, departamento de Cusco). Luego de ser esterilizada la trasladaron hasta la mitad del camino a su casa y allí la dejaron. Tuvo que andar durante unos quince minutos. Tenía sobrepeso al momento de la operación. Sufrió dolores por tres meses, la herida demoró 25 días en cicatrizar. Le dieron ocho pastillas para la infección y cuatro para la inflamación. Hasta hoy dice tener constantes calenturas y dolores de cabeza que sólo se calman con baños. Presenta molestias en el área intervenida cuando carga peso y su carácter se ha hecho agrio. Cuando acudía a la posta de salud, le señalaban que sus malestares eran normales y que debía callarse.

R.C.A.¹⁷⁹ Fue operada el 21 de julio de 1996, durante una campaña de ligadura de trompas en la provincia de Acobamba (departamento de Huancavelica). Sufrió perforación de víscera hueca. Fue evacuada al Hospital de Huancavelica a siete horas de distancia con la herida abierta, cubierta sólo con gasas. Los médicos declararon que no la cosieron en Acobamba porque no tenían anestesia.

M.E.¹⁸⁰ vive en el poblado de Pucayacu, próximo a Tocache, fue esterilizada el 20 de diciembre de 1996 en el Hospital Rural de Tocache. Tenía un mes de embarazo. Antes de ligarla no le preguntaron nada, ni siquiera le dirigieron la palabra.

F.C.C.,¹⁸¹ 29 años, cinco hijos, analfabeta, vive en Huayllacocha (provincia de Anta, departamento de Cusco). Fue esterilizada en el Centro de Salud de Izcuchaca. Cuando despertó de la operación, la enfermera le dijo que se moviera para ponerle una inyección pero ella no pudo hacerlo. En ese momento no había doctor. Cuando reaccionó dos horas más tarde, la enfermera le demandó que se levantara de una vez porque las ropas estaban con sangre y había que entregarlas. Al no poder hacerlo, la enfermera la jaló y le quitó la ropa. Luego se sentó en una

175. Caso recogido por la AMBHA. Carta del 22 de enero de 1998.

176. Diario El Tiempo de Sullana 26 de julio de 1997. Diario El Comercio, 24 y 26 de enero de 1998. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria I. Casos investigados por la defensoría del Pueblo, págs.33-35. Revista Sí, 6-19 de julio de 1998.

177. Revista Sí, 6-19 de julio de 1998.

178. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

179. Caso recogido por la Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el día 4 de marzo de 1998.

180. Caso recogido por la Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el día 23 de diciembre de 1997.

181. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

silla y de ahí se cayó. No recuerda nada, despertó en otra sala. La sacaron del centro de salud diciendo que se apurara porque la ambulancia la estaba esperando para retornarla a su comunidad. Ya en su casa, la barriga comenzó a hincharse, no podía orinar ni caminar. Empeoró. Cuando acudió al Centro de Salud le dijeron que eso era «golpe.»¹⁸² Actualmente se cura con hierbas.

G.H.C.,¹⁸³ 28 años, natural de Totorá, residente en Mantoclla (provincia de Anta, departamento de Cusco), agricultora, tres hijos, analfabeta. Fue operada en agosto de 1997 en el Centro de Salud de Izcuchaca. Le dieron seis pastillas pero no le dijeron cómo cuidarse después de la operación. La sanitaria de Conchacalle le negó atención. G.H.C. declara que no puede cargar ningún peso. Le arde la zona intervenida.

J.J.H.,¹⁸⁴ vive en Mantoclla (provincia de Anta, departamento de Cusco) agricultora, seis hijos, quechua hablante monolingüe, analfabeta. Fue operada en junio de 1997 en el Centro de Salud de Izcuchaca. Declara que no le dieron ninguna indicación sobre cuidados postoperatorios. Pasó dos días con vómitos y diarrea. No tenía ganas de hacer nada. Dice que va a la posta pero le piden dinero. Aunque dice sentir dolores y no tener fuerzas para trabajar, debe hacerlo para que su esposo no le reproche.

S.M.,¹⁸⁵ 26 años, tres hijos, con cuarto de primaria, operada en abril de 1997 en el Centro de Salud de Izcuchaca (provincia de Anta, departamento de Cusco). Fue captada después de una intensa presión domiciliar por parte de personal femenino de dicho centro. Al retorno la dejaron a veinte minutos a pie de su casa. Nadie fue a verificar su estado de salud. Tuvo dolencias durante cuatro meses, cuando acudía a la posta le decían que era normal. No le dieron medicamentos. Se curó con hierbas.

S.N.,¹⁸⁶ 31 años, Marcavelica (provincia de Sullana, departamento de Piura). Acudió a informarse tras escuchar mensajes radiales. La ligaron ese mismo día a la una de la tarde. El cuarto donde la operaron era pequeño y oscuro, las paredes estaban cubiertas de lona, había una camilla con sábanas. Le pusieron anestesia en la columna pero ella declara que en todo momento sufrió dolores intensos, que sentía que le jalaban y que por eso gritó durante toda la intervención quirúrgica. Concluida la operación, la levantaron de pies y brazos, la dejaron caer en una camilla y la sacaron del cuarto. A las seis de la tarde las enfermeras le dijeron que ya podía irse a su casa, pero ella se negó porque aún sentía dolores. Cuando salió no le dieron medicamentos, sólo una receta. La herida se le infectó y cuando volvió al establecimiento de salud el personal se molestó y le dijo que regresara a su casa.

A.S.N. fue ligada en el Hospital del Seguro Social de Ayacucho el 16 de octubre de 1996. Luego de tres operaciones por complicaciones la trasladaron al Hospital Obrero en Lima, donde le realizaron una cuarta operación. Un año después entró por emergencia al Hospital María Auxiliadora (San Juan de Miraflores) con perforación de intestino delgado y grueso. La familia tuvo que hacerse cargo de los gastos. Antes de la operación pesaba 60 kilos, hoy pesa 44.

A.B.¹⁸⁷ vive en Marcavelica (provincia de Sullana, departamento de Piura), doce hijos. Fue

182. Presumiendo maltrato físico por parte de su cónyuge.

183. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

184. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

185. Caso recogido por nuestro equipo de investigación.

186. Unidad de Investigación de El Comercio, publicado el caso el 24 y 26 de enero de 1998.

187. Caso recogido por Daniel Yovera de la Revista Sí, publicado en la edición del 6 al 19 de julio de 1998.

esterilizada el 21 de junio de 1997 en el Centro Materno Infantil de Marcavelica. Relata que el día de la operación habían numerosas mujeres, así que una camilla era compartida por dos personas. A.B. recuerda que después de operarlas, "luego rapidito nos iban aventando como chivos. A mí me operaron en apenas veinte minutos."

L.R.L.,¹⁸⁸ 30 años, natural de Bolivia, vive en el distrito de El Agustino (departamento de Lima). Fue esterilizada el 24 de setiembre de 1997 durante una campaña auspiciada por el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). El 21 de setiembre de 1997 una camioneta anaranjada se detuvo frente a su domicilio, y bajo el pretexto de una campaña de vacunación le propusieron ligarse las trompas. "Usted así como entra caminando, sale caminando; no hay ningún problema, nada más quince minutos, dos puntos y anestesia local", le indicaron. Le dijeron que podían llevársela inmediatamente en una camioneta del IPSS y que la regresaban después de la intervención. Como L.R.L. no aceptó en esa oportunidad, volvieron al día siguiente. Los argumentos sobre su condición económica y los ofrecimientos de medicamentos gratuitos, lograron convencerla. Fue conducida en la camioneta del IPSS desde su casa hasta la carpa móvil ubicada en el parque Huancayo de la Cooperativa Huancayo en El Agustino. Firmó una «autorización de atención para la prevención quirúrgica del riesgo reproductivo», Formato II (de fecha 23 de setiembre de 1997). Al día siguiente la misma camioneta llegó a su casa y la trasladaron al Policlínico IPSS de Arenales. Firmó un «formulario de consentimiento para cirugía ambulatoria» (de fecha 24 de setiembre de 1997) y le realizaron la intervención quirúrgica. Presentaba obesidad y malnutrición.¹⁸⁹ La operación fue practicada con anestesia general, no con anestesia local como le habían indicado. L.R.L. declara que le pidieron su Libreta Electoral y que hasta la fecha no se la devuelven.

Después de la operación nadie del Seguro Social fue a verificar su estado de salud, por lo que luego de tres días decidió acudir a la Posta Clínica Primavera en El Agustino. Allí le curaron la herida y le quitaron los puntos. Dos meses después, al agudizarse los dolores, la madre de la usuaria la trasladó al Hospital Hipólito Unanue el 17 de noviembre de 1997. En su historia obstétrica contaba con: tres partos eutócicos, un embarazo ectópico complicado, tres abortos espontáneos (el último el 17 de noviembre de 1997).¹⁹⁰ Es decir, el día de la intervención quirúrgica se encontraba con dos semanas de gestación, clínicamente difícil de diagnosticar. La señora L.R.L. cuando acudió al Policlínico IPSS de Arenales no le permitieron entrar para ser atendida, aduciendo que no tenía carné de asegurada.

Según denuncia del presidente del Comité de Salud Pública y del Comité de Derechos Humanos del Colegio Médico del Perú, Alvaro Vidal Rivadeneyra, dos usuarias en la localidad de Chupaca sufrieron paro respiratorio durante la intervención quirúrgica, debido a que el personal encargado de suministrar anestesia no estaba capacitado para esta tarea.¹⁹¹

188. El noticiero del Canal 9 recogió originalmente el caso de L.R.L. Lo consignado reproduce lo declarado en el testimonio que brindó a nuestro equipo de investigación.

189. En las Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva se señala que se utilice con precaución el método de anticoncepción quirúrgica en mujeres con problemas médicos importantes, como el sobrepeso (pág.50).

190. Según carta del 29 de diciembre de 1997, dirigida por la Dra. Luz Jefferson, jefa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza al Dr. Nelson García Chambilla, director del Hospital Nacional «Arzobispo Loayza.»

191. La República, 14 de diciembre de 1997.

Muertes y otros desenlaces

El propósito de esta investigación no ha sido auditar médicamente los casos de muerte. Todos los casos incluidos en esta sección tienen relación cronológica con el procedimiento quirúrgico. No podemos afirmar relación causal directa. En muchos de ellos se perdió la evidencia necesaria al no contar con autopsia oportuna.

A diferencia de las secciones anteriores¹⁹², hemos considerado pertinente en ésta, abrir los nombres de la mayoría de las personas fallecidas.

Muertes

- Alejandra Aguirre Aucapiña.¹⁹³ 38 años, seis hijos (provincia de Acobamba, departamento de Huancavelica). De acuerdo al testimonio del viudo, su esposa fue convencida para realizarse la esterilización quirúrgica por una persona que hace trabajo focalizado en la posta médica del distrito de Pomacocha, la misma que se encarga de la distribución de alimentos. La intervención se realizó el 21 de julio de 1996 en el Hospital de Acobamba. Sufrió perforación de víscera hueca. En dicho hospital no había anestesiólogo. La cosieron y la trasladaron al Hospital de Huancavelica donde permaneció ocho días internada. Le dieron de alta el 29 de julio de 1996. Falleció en marzo de 1997 en el Hospital de Chosica. Según el certificado de defunción, ella murió debido a una «septicemia ocasionada por un transporte hidroeléctrico como consecuencia de una fístula intestinal, sumándose al cuadro una deshidratación aguda.» De acuerdo al Director de la Subregión de Salud de Huancavelica, el médico cirujano que tuvo a su cargo la intervención presentó su carta de renuncia irrevocable a su plaza de nombramiento del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Reynalda Batallaluz Aguilar,¹⁹⁴ 48 años, ligada el 21 de abril de 1997 en el Hospital de Apoyo de Huamanga, departamento de Ayacucho. Falleció el 22 de abril de 1997 en el mismo hospital. Causa terminal «shock séptico», debido a «peritonitis generalizada, perforación víscera hueca y bloqueo tubárico bilateral.»
- Gloria Carrillo Chávez,¹⁹⁵ 40 años, ligada el 4 de diciembre de 1997 en el Policlínico Móvil de Arenales (IPSS). Fue dada de alta ese mismo día. El 6 de diciembre acudió al Policlínico Ramón Castilla al sentirse mal. Le diagnosticaron una complicación anestésica, por lo que fue hospitalizada. El 11 de diciembre fue dada de alta. El 15 ingresó por emergencia de dicho policlínico con síndrome vertiginoso y parestesia de hemicuerpo derecho. Derivada al servicio de neurocirugía se le diagnosticó cefalea tensional y fue dada de alta. El 17 ingresó al Hospital Guillermo Almenara donde falleció el 24 de diciembre de 1997. El Protocolo de Necropsia IML indica como causa de muerte, hemorragia intrace-

192. Si bien en algunos casos de esterilización forzada, prácticas contrarias al consentimiento informado y prácticas contrarias a la salud, hemos contado con la autorización expresa para revelar identidad, preferimos mantener en reserva ésta, en prevención de actos que afecten a las personas que dieron su testimonio y/o un uso no responsable de esta información.

193. El Comercio, 4 de marzo de 1998.

194. Caso identificado por la Unidad de Investigación de La República y publicado el 30 de diciembre de 1997. Documentos a la vista: copia de la epicrisis emitida por el Hospital de Apoyo de Huamanga.

195. Recogido por DEMUS, documentación suministrada a nuestro equipo de investigación.

rebral derecha. El examen en genitales internos arrojó pus a la altura de la ligadura. Se indica la presencia de dispositivo intrauterino.

- A.C.¹⁹⁶, 41 años. Fue ligada el 22 de agosto de 1997, siete días después falleció con coma diabético. Según su historia clínica pesaba 112 kilos cuando fue operada. Los médicos no detectaron la diabetes ni se abstuvieron de operarla pese a su obesidad. Tras la operación ella se quejaba indicando que tenía mucha sed, pero no le prestaron atención. El 28 de agosto fue internada en el Hospital de Pisco, al presentar la herida infectada y, de acuerdo a análisis, hipertensión y diabetes. Fue trasladada al Hospital Regional de Ica donde falleció. El caso se encuentra en la Segunda Fiscalía Provincial Mixta de Pisco.
- Y.C.G.,¹⁹⁷ ligada en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo (departamento de Lambayeque). Le aplicaron anestesia local. Caso denunciado a la Fiscalía Penal de Lambayeque.
- Martina Flores Cabeñas,¹⁹⁸ 40 años, vivía en el caserío de Jíbito (provincia de Sullana, departamento de Piura). Ligada el 17 de noviembre de 1997 en el Centro de Salud del distrito de La Huaca, en el marco de la campaña de ligadura de trompas organizada por la Subregión de Salud Luciano Castillo Colonna. Murió el 15 de febrero de 1998 en el Hospital de Apoyo II de Sullana.
- Herlinda Guevara Manihuari,¹⁹⁹ 27 años, cuatro hijos, San Lorenzo (distrito de Barranca, provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto). Fue ligada el 29 de setiembre de 1996 en el Centro de Salud de San Lorenzo. A los pocos días fue trasladada al Hospital IPSS de Yurimaguas por sus familiares. De acuerdo a la declaración de su esposo, a ella la desahuciaron en el Hospital de Yurimaguas y él ya no tenía recursos económicos. Falleció en San Lorenzo, el 13 de abril de 1997.
- Juana Gutierrez Chero,²⁰⁰ vivía en la provincia de Sullana, ligada el 19 de junio de 1997 en el Centro Materno Infantil de Marcavelica (Sullana). Falleció al siguiente día en su domicilio. El médico legista certificó que la causa de la muerte fue hemorragia interna causada por sangrado de trompa uterina izquierda. El director del Programa de Planificación Familiar, doctor John Nagahata, informó a la Defensoría que se estaba llevando una investigación judicial y que la conclusión del Atestado Policial No.082-DICPNP del 15 de julio de 1997, era que «no habría delito culposo de impericia médica en agravio de J.G.Ch.» Sin embargo, el Ministerio Público denunció penalmente al médico a cargo de la operación y otras personas como autores de delito contra la vida, el cuerpo y la salud en agravio de J.G.Ch. y a otras personas como cómplices. La investigación se está llevando en el Segundo Juzgado Penal de Sullana.
- Amérita Mestanza Chávez,²⁰¹ campesina, distrito de Encañada (provincia de Cajamarca, departamento de Cajamarca). Ligada en el Hospital Regional de Cajamarca en abril de 1998, fallecida a los pocos días.
- Magna Morales Canduelas, 34 años, natural del distrito de Singa, Huamalés, Huánuco, vivía en la localidad de Chanchán (provincia de Tocache, departamento de San Martín).

196. Caso publicado por El Comercio el 12 de julio de 1998. La Defensoría del Pueblo ha tomado conocimiento del caso.

197. Caso identificado y publicado por El Comercio el 13 de noviembre de 1997.

198. La República, 16 de febrero de 1998.

199. Recogido por nuestro equipo de investigación.

200. Caso recogido por Diaconía para la Justicia y Paz de Piura, presentado a la Defensoría del Pueblo.

201. Caso recogido por el Obispado de Cajamarca.

Fue ligada el 20 de diciembre de 1996 en el Hospital Rural de Tocache. El 29 fue conducida a la emergencia del mismo, pero el personal de salud se negó a atenderla aduciendo que la campaña de ligaduras había terminado. Ante la protesta y la presión de un conjunto de personas de la comunidad, finalmente fue atendida. Falleció el 1 de enero de 1997 después de presentar varios paros. Su caso permanece en la Fiscalía Provincial de Tocache.

- Juana Rosa Ramos Ochoa Chira,²⁰² 33 años, Huaytará, departamento de Huancavelica. Fue ligada el 29 de octubre de 1996 en el Centro de Salud de Huaytará. Falleció el 31 de octubre cuando era evacuada al Hospital de Pisco. La autopsia indicó que murió de peritonitis generada por una perforación en el intestino grueso.
- Celia Ramos Durán,²⁰³ 35 años, ligada el 3 de julio de 1997 en el Puesto de Salud del caserío de La Legua (provincia de Sullana, departamento de Piura). Falleció el 22 de julio de 1997 en la Clínica San Miguel de Piura luego de 21 días de internamiento. Presentó shock anafiláctico por alergia medicamentosa. Antes de fallecer quedó descerebrada.
- Alejandrina Tapia Cruz,²⁰⁴ 35 años, vivía en Cajaccay (provincia de Bolognesi, departamento de Ancash). Fue ligada el 24 de setiembre de 1996 en el Centro de Salud de Cajaccay, en el marco de una campaña de planificación familiar. Cuatro días después fue trasladada de emergencia por su esposo al Hospital de Apoyo de Barranca, donde falleció a causa de una peritonitis el 2 de octubre de 1996.

Durante la investigación se ha tenido conocimiento de otros casos de muertes, respecto de los cuales, sin embargo, o bien no hemos logrado obtener mayor documentación, o los familiares se niegan a proporcionar información por miedo a represalias.²⁰⁵

Igualmente, entre las personas de sexo masculino que fallecieron luego de ser esterilizadas, se encuentra el caso de Jorge Martín Cairo Rubiños que murió el 1 de abril en el Hospital IPSS Almenara luego de una vasectomía que fuera realizada en el Hospital IPSS Edgardo Rebagliatti, el 3 de marzo de 1998.

Muerte cerebral

- M.E.O.Q.,²⁰⁶ 23 años, esterilizada el 27 de octubre de 1996 en el Hospital Policlínico Materno-Infantil de San Juan de Miraflores. Terminó en estado semivegetal por posible sobredosis de anestesia. Fue internada en el Hospital María Auxiliadora. El caso fue denunciado ante el Ministerio Público.
- M.M.R.M.,²⁰⁷ 38 años, acudió a dar a luz al Hospital Goyeneche de Arequipa. Horas después fue sometida a anticoncepción quirúrgica (25 de mayo de 1997). Tenía sobrepeso. A los minutos de la operación entró en estado de coma irreversible tras sufrir dos paros cardíacos.
- J.V.R., 30 años, caserío de Higuerón-Paimas (provincia de Ayabaca, departamento de Piura). Ligada el 22 de julio de 1997 en el Puesto de Salud de Paimas en la campaña de

202. Unidad de Investigación de El Comercio.

203. Canal 2, Programa Contrapunto.

204. Unidad de Investigación de La República.

205. Dos casos recogidos en el Cono Norte (uno, en el distrito de Independencia, el otro en el distrito de Comas).

206. Unidad de Investigación de El Comercio.

207. Documentado por la Unidad de Investigación de El Comercio y publicado el 5 de marzo de 1998.

planificación familiar realizada por la Subregión de Salud Luciano Castillo Collona. Sufrió un paro respiratorio después de la operación. Fue trasladada al Hospital de Apoyo III de Sullana, pero la evacuaron al Hospital Regional de Piura en donde ingresó a la unidad de cuidados intensivos en estado de coma. Se encuentra descerebrada.

Fallas

A continuación ofrecemos algunos casos en los que la esterilización quirúrgica presentó falla, de modo que con posterioridad a la ligadura o vasectomía se produjeron nuevas fecundaciones:

R.I.S.V.,²⁰⁸ fue ligada el 17 de setiembre de 1996 en el Hospital de Collique. En agosto de 1997 le fue confirmado un nuevo embarazo. Ella consintió realizarse la ligadura de trompas porque en el anterior embarazo se le diagnosticó pre-eclampsia. Con el nuevo embarazo ha reeditado los síntomas.

M.E.C.P.,²⁰⁹ 33 años de edad, acudió al Hospital Santa Rosa de Pueblo Libre en noviembre de 1997. «Al cabo de un tiempo sentí dolores, fui al médico y me enteré que estaba con cuatro meses de embarazo. La explicación del médico fue que probablemente ocurrió 'una recanalización de trompas.' Y como si fuera un chiste, el médico me recomendó que juegue a la Tinka²¹⁰ porque mi caso era uno entre diez mil.» El embarazo presenta placenta previa.

L.A.,²¹¹ 32 años. Su esposo se sometió a vasectomía hace un año en el Hospital Regional III del Instituto Peruano de Seguridad Social (Huancayo, departamento de Junín) y un año después se niega a reconocer al bebé y desea romper la relación por supuesta infidelidad. L.A. demanda que las autoridades paguen los gastos de la prueba de ADN. Cuando acudió al Hospital sospechando embarazo, los médicos sólo le recetaron calmantes y diversos medicamentos «que pudieron haber afectado la salud del concebido (...) Mi hogar se ha deshecho, pues mi esposo cree que lo he engañado; ya no hay confianza.» La vasectomía de su esposo fue realizada en febrero de 1997 durante la campaña sobre paternidad responsable. Debido a sus reclamos, los funcionarios del IPSS ordenaron que los gastos del parto los asumiera el hospital y posteriormente se le realizó un espermograma a su cónyuge, en el que se detectó que existían serias deficiencias en la práctica de la vasectomía.

J.I.,²¹² 24 años, esterilizada en julio de 1997 en la Posta de Marcavelica. No obstante haber sido esterilizada ha salido embarazada de un quinto hijo. Lo mismo ha ocurrido con S.C. y B.M. ligadas igualmente en la Posta de Marcavelica.

En Huancabamba (Piura), mujeres organizadas presentes en una entrevista colectiva, refirieron que la población se estaba quejando porque mujeres que se habían ligado habían salido embarazadas.²¹³ Igualmente señalaron que habían casos de mujeres cuyos maridos habían sido esterilizados y que, sin embargo, ellas habían concebido, originándose violencia en su contra y separaciones.

208. Caso identificado por la Unidad de Investigación de La República, publicado el 18 de enero de 1998.

209. Caso identificado por la Unidad de Investigación del diario La República, publicado el 26 de abril de 1998.

210. Juego de lotería.

211. La República, 17 de junio de 1998.

212. Revista Sí, 6-19 de julio de 1998.

213. Dos mujeres que tuvieron el problema nos prestaron su declaración.

Complicaciones y secuelas

Los testimonios recogidos y entrevistas colectivas con organizaciones de mujeres describen casos que comprenden desde daños graves como los producidos por cortes y lesiones en órganos, desgarros de trompa, reacciones a sedantes y analgésicos, complicaciones anestésicas e infecciones, hasta dificultades en cicatrización, fiebres, dolores y malestares prolongados.²¹⁴

Debemos anotar que un número considerable de nuestras entrevistadas presentaban problemas previos de desnutrición, anemia, inflamaciones pélvicas crónicas, infecciones, enfermedades en el tracto reproductivo, etc., condiciones éstas asociadas a la pobreza en las mujeres y que debieron tenerse altamente en cuenta, a fin de lograr mejorar las condiciones de salud antes de la intervención quirúrgica (en los casos que era dable), tomar precauciones especiales en aquéllos que advierte el Manual de Normas y Procedimientos y las Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva, y en todos los casos garantizar un adecuado seguimiento postoperatorio.

Debemos indicar que un factor que ha propiciado complicaciones y secuelas postoperatorias ha sido también que muchas se han expuesto a prácticas de riesgo por haber sido mal orientadas por los agentes de salud en su ansia de captar usuarias al indicarles que podían continuar inmediatamente con su actividad normal. No menos importante es anotar que muchas de ellas no contaron a nivel familiar con un entorno que velara y se comprometiera con la recuperación de su salud. Algunas, a fin de ocultar la intervención ante sus maridos, prosiguieron con la intensidad de sus actividades o sobrellevaron silenciosamente signos de alarma, como dolor, fiebre, etc.

Hemos observado en población andina constantes referencias a nerviosismo, angustia, dolores de cabeza, agresividad, «estar como locas», depresión, intentos de suicidio, secuelas que las pacientes adjudican a la ligadura de trompas y que se han prolongado varios meses después. Al respecto cabría explorar en el impacto psicológico derivado de una intervención vivida como no voluntaria y/o con connotaciones violentas.

Igualmente debemos indicar que muchas mujeres andinas que fueron ligadas no se encontraban familiarizadas con la medicina moderna ni con la experiencia de anestésicos e intervenciones quirúrgicas. En sus testimonios expresan la experiencia de haber sido anestesiadas como de «estar muertas» y luego «resucitar.» Algunas se expresan señalando que habían visto que «mataban a las mujeres.»

Lo expuesto debe ser tenido en cuenta para evaluar la falta de cuidado al implementar un programa sin considerar el mundo cultural de las personas y los significados que éstas le adjudican a determinados actos y resultados. Los procedimientos médicos deben ser comprendidos y aceptados por las personas, más aún cuando se trata de intervenciones que no se realizan bajo una circunstancia de emergencia. Lamentablemente, la autoridad político-administrativa ha arraigado la idea de «riesgo reproductivo», adjudicándole un tratamiento similar al de emergencia quirúrgica, en el que se puede prescindir de plazo de decisión.

214. En el informe de SERUM, sobre Oclusión Tubaria, Centro de Salud de Huancabamba. Marzo de 1996-abril de 1997, se consigna como complicaciones un caso de laceración de mesosalpinx, un caso de incisión de vejiga, un caso de desgarro de trompa, dos casos de lesión intestinal, que equivalen al 2.69% respecto del total de pacientes intervenidas en dicho período. No da cuenta de infecciones y otras complicaciones y secuelas.

Retracción de las usuarias de los servicios públicos de salud

Uno de los más graves impactos derivados de una implementación no respetuosa de los derechos humanos en la prestación de servicios de anticoncepción quirúrgica, ha sido el alejamiento y desconfianza de la población usuaria frente a los servicios públicos de salud. Este hecho es especialmente grave en un país que exhibe en la región una de las tasas más elevadas de mortalidad materna, sin haber logrado mostrar avances en su reducción en la década de los noventa.

La retracción no sólo ha afectado la decisión de las personas respecto de la opción de anticoncepción quirúrgica, sino que ha acabado incidiendo negativamente sobre la atención de otras necesidades en salud reproductiva de la población femenina. Hay mujeres que inclusive manifiestan temor de aproximarse a los establecimientos de salud para la atención de sus menores hijos, por temor a sufrir agresiones.

En el caso de la anticoncepción quirúrgica, el número de intervenciones realizadas ha caído sustancialmente. Se menciona que la demanda en 1998 apenas alcanzaría el 30% respecto del año anterior.

Los rumores que circulan sobre una intencionalidad estatal de esterilizar a las personas en pobreza, ha generado la desconfianza en la población, incluso para aquellas prestaciones esenciales como la vacuna antitetánica, Papanicolauo, atención de embarazo y parto, vacunación de niños. La información ha sido recogida en las entrevistas a las pobladoras urbanas y rurales y no disponemos de mecanismo para rastrear impactos efectivos en estas prestaciones.

Derecho a un recurso efectivo

1. El problema en un marco de derechos

Consideraciones previas

El acceso de toda persona, cuyos derechos han sido vulnerados, a un recurso efectivo, además de constituir en sí mismo un derecho humano recogido por los principales cuerpos normativos supranacionales, resulta un aspecto de principal importancia para evaluar la protección jurídica dispuesta por un estado para prevenir, sancionar y erradicar diversos patrones de violencia y discriminación. Si a una violación de derechos humanos se añade desamparo legal para desarrollar recursos ante la administración de justicia y/o ante otras instancias públicas, o se observan condiciones y/o desempeños por parte de tales instancias que desvirtúan en la práctica la posibilidad de obtención de justicia, además de resultar condenable la violación principal, debe advertirse la violación adicional al derecho a un recurso efectivo.

Bajo el marco jurídico e institucional interno, las personas afectadas por casos similares a los recogidos por este reporte contaban, al menos en teoría, con el derecho a efectuar reclamaciones ante la autoridad administrativa, a formular demandas en la vía civil y a denunciar en caso de delitos a fin que se desarrolle el proceso penal. Igualmente, las personas afectadas podían recurrir ante la Defensoría del Pueblo a efectos de presentar queja.

En cuanto a la vía administrativa, los procedimientos no sólo son desconocidos por las personas usuarias, sino inclusive por los propios encargados de recibir las reclamaciones. Cabe indicar que los responsables de los establecimientos de salud suelen no estar disponibles para atender y responder a éstas, y no hay oficinas previstas para acogerlas. La autoridad normativa en salud no ha generado procedimientos respaldados por norma de estado para regular estas cuestiones, sujetándose en consecuencia a las normas administrativas generales o a lo que gruesamente consideran usos y costumbres. A nivel de los establecimientos de salud continúa pesando un espíritu de cuerpo entre los profesionales de salud, en perjuicio de las posibilidades de las personas usuarias de desarrollar reclamaciones y obtener éxito.

En lo que respecta a la vía judicial, la administración de justicia en el Perú arrastra problemas estructurales,²¹⁵ a lo que se ha sumado una fragilidad institucional en el actual contexto que la hace particularmente vulnerable y dependiente de operaciones estatales e intereses de las élites gubernamentales.²¹⁶

La Defensoría del Pueblo, por su parte, si bien constituye un apreciable mecanismo para proteger los derechos constitucionales, su presencia en el territorio nacional aún es limitada y su actuación se sustenta fundamentalmente en las posibilidades de persuasión. No cuenta con un mecanismo de "queja protegida."

En los casos examinados por este reporte se ponen de manifiesto los aspectos más críticos que enfrentan las personas para ejercer su derecho a un recurso efectivo:

215. Problemas de acceso a la justicia que excluyen a un grueso volumen de la población de la posibilidad de iniciar y sostener procesos judiciales, trato desigual a las partes en litigio según el poder social que dispongan, discriminación, etc.

216. Este contexto ha motivado una visita «in loco» por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en noviembre de 1998. En su informe preliminar precisamente dan cuenta de esta situación.

- Las personas agraviadas proceden de los sectores de menor poder en nuestra sociedad, que presentan una concentración de factores adversos: (a) condiciones económicas desfavorables; (b) un número importante reside en localidades distantes respecto de las instancias oficiales a las cuales recurrir para interponer reclamaciones, quejas, denuncias y demandas (localidades rurales andinas y amazónicas); (c) mayoritariamente son mujeres en quienes pesan desventajas de género; (d) desconocen sus derechos y vías para ejercerlos; (e) presentan baja escolaridad; (f) no pocas de las personas afectadas son monolingües con ostensibles desventajas para orientarse en un medio letrado y, por ende, ante la administración de justicia; (g) los daños producidos han incidido sobre su salud, limitando su capacidad de movimiento; (h) algunos casos proceden de localidades que fueron escenario de conflicto armado interno habiendo calado en las personas sentimientos de indefensión.
- No se trata de conflictos y litigios judiciales entre particulares. El propio estado se encuentra involucrado, considerando que: (a) ha sido en el marco de una política pública y un programa gubernamental en el que se han cometido los abusos y daños; (b) son agentes públicos, personal de salud contratado por el estado, a quienes las personas agraviadas les adjudican actos u omisiones que han vulnerado sus derechos y libertades fundamentales; (c) se pone en juego los límites a la intervención estatal sobre los derechos individuales (derechos de particular naturaleza como son los derechos reproductivos), de donde es posible evaluar la actuación efectiva del estado en lo que respecta a protección jurídica.²¹⁷
- El contexto político-institucional exhibe: (a) tendencias de interferencia y no autonomía del Poder Judicial respecto del poder central; (b) prácticas toleradas e impunes de intimidación, presión y represalias sobre denunciantes en casos que se mueven intereses estatales o de quienes son parte del poder político; (c) sentimientos de vulnerabilidad e indefensión en la población que incluye el temor a fallos arbitrarios que afecten aún más los derechos de las personas denunciantes.

Marco internacional de derechos humanos

La DUDH declara que «toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.»²¹⁸ Igualmente, «tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones.»²¹⁹

La Declaración Americana señala que «toda persona puede recurrir a los tribunales para hacer valer sus derechos. Asimismo debe disponer de un procedimiento sencillo y breve por el cual la justicia lo ampare contra actos de la autoridad que violen, en perjuicio suyo, alguno de los derechos consagrados constitucionalmente.»²²⁰

El PDCP establece que cada uno de los Estados Partes se compromete a garantizar que

217. A través de los procesos judiciales se ofrece una oportunidad para la definición de conceptos, esclarecer los alcances de la protección de los derechos y afirmar argumentaciones jurídicas por parte de los operadores de justicia.

218. Artículo 8.

219. Art. 10 de la DUDH.

220. Art. 25.

toda persona, cuyos derechos o libertades reconocidos en el Pacto hayan sido violados, podrá interponer un recurso efectivo, aun cuando tal violación hubiera sido cometida por personas que actuaban en ejercicio de sus funciones oficiales.²²¹

La Convención Americana establece que toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en el ejercicio de sus funciones oficiales.²²²

La CIPSEVCM establece, como una de las obligaciones de los Estados Partes para la erradicación de la violencia contra las mujeres, el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que ampare a las mujeres contra todos los «actos de violencia» definidos por esta Convención.²²³ Asimismo, obliga a los estados a establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos;²²⁴ y a establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer, objeto de violencia, tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces.²²⁵

2. Experiencias recogidas – hechos documentados

Ofrecemos a continuación la información que hemos recogido sobre lo ocurrido en algunos de los casos en que las personas agraviadas decidieron buscar justicia.

El caso de M.M.R.M fue denunciado por su esposo en junio de 1997. M.M.R.M. falleció tras una ligadura de trompas. Había acudido al Hospital Goyeneche (Arequipa) para dar a luz, parto que se desarrolló con normalidad. Horas después los médicos la convencieron para practicarle la ligadura de trompas. Presentó dos paros cardíacos durante la intervención. M.M.R.M. tenía sobrepeso.²²⁶ La Fiscalía Provincial Penal lo archivó definitivamente el 4 de marzo de 1998.²²⁷

El caso de V.E.V.E. es uno de los pocos en los que la persona afectada denunció el hecho de haber sido esterilizada sin su consentimiento, alegando la comisión de delito contra el cuerpo, la vida y la salud de acuerdo al Código Penal vigente. Sobre este caso, la Defensoría del Pueblo consignó que «mediante atestado No.018-97-DCVCS-DIVINCRI-PNP-PIU, la policía concluyó que el doctor Angulo era presunto autor del delito contra la vida, el cuerpo y la salud en agravio de V.E.V.E. En cambio la doctora Norma R. Injante Injante, fiscal provincial (P)²²⁸ de

221. Art. 2 numeral 3.

222. Art 25 numeral 1.

223. Art. 4 (g).

224. Art. 7 (f).

225. Art. 7 (g).

226. En el número de Network en Español dedicado a «Esterilización masculina y femenina» se señalan advertencias y ciudadanos en relación a pacientes obesas, tanto en lo que concierne a manejo de anestésicos (pág.9) como respecto del mayor riesgo a sufrir infecciones a la herida (pág.11) En el mismo sentido, debemos indicar que las Guías Nacionales de Salud Reproductiva amparadas por R.M. 495-97-SA/DM (publicada el 13 de noviembre de 1997), en la página 52 indican que el procedimiento debe utilizarse «con precaución» en mujeres con sobrepeso.

227. Al cierre de este Reporte, hemos sido informadas que el caso ha sido reabierto nuevamente.

228. Fiscal provisional.

la Tercera Fiscalía Provincial de Piura, resolvió con fecha dos de abril de 1997, que no había lugar a formalizar denuncia penal contra N. A. S., por el delito contra el cuerpo, la vida y la salud en agravio de V.E.V.E. De esta forma la denuncia fue archivada definitivamente.»²²⁹ El informe de la Defensoría reprodujo la resolución:

«(...) que conforme aparece de la investigación desarrollada no se ha evidenciado la comisión de ilícito penal alguno, así como se ha establecido que la extracción de las trompas de falopio u oclusión bilateral tubárica a la que fue sometida la denunciante se encuentra dentro de los alcances contenidos en la autorización para tratamiento médico, cuya fotocopia simple obra a fs.13, autorizada y suscrita por la propia denunciante con fecha 23 de abril de 1996, al establecer el médico tratante, en este caso el denunciado, se encontraba facultado para disponer de cualquier tejido u órgano que sea extirpado como consecuencia de la intervención quirúrgica, circunstancia que la denunciante conocía perfectamente, cuya autenticidad no ha sido impugnada por la citada denunciante; siendo esto así, y no existiendo elementos de juicio que evidencien actitud dolosa o negligente por parte del médico denunciado, en la intervención quirúrgica de V.V.E. (...)»²³⁰

El contenido del documento de «autorización para tratamiento médico» al que alude la resolución de archivamiento definitivo de la Fiscalía, es el siguiente:

«Por el presente, autorizo a los médicos del Hospital III Cayetano Heredia Piura para que practiquen el tratamiento médico quirúrgico u otro que consideren necesario en la persona de:

Yo acepto los riesgos que en ella(s) pueda(n) originarse así como las posibles secuelas de las que he sido debidamente informado (a).

Asimismo autorizo la administración del analgésico que sea más conveniente conforme al criterio del anestesiólogo, a transfusiones de sangre o plasma y la medicación que se considere necesaria a juicio de los médicos, a disponer de cualquier tejido, órgano que sea extirpado como resultado de la operación.

En fe de lo cual firmo en presencia de un testigo.

Piura, 23 de 04 de 1996.»²³¹

De acuerdo al Informe de la Defensoría, sólo aparece la firma de V.E.V.E. mas no la del testigo. Este documento fue suscrito por la paciente en circunstancias que esperaba ser atendida respecto de su embarazo y eventualmente enfrentar emergencias (riesgo inminente para su vida o su salud).

Además de ser objetable el contenido del documento que se le ofreció a la paciente para su firma (en la medida que plantea la entrega ilimitada a un tercero de la facultad de intervención sobre su cuerpo y su salud, renunciando a derechos y libertades fundamentales), debe tenerse en cuenta el uso doloso de dicho documento para realizar premeditadamente una

229. Anticoncepción quirúrgica voluntaria. Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo I, pág. 29.

230. *Ibid.*, pág.30.

231. *Ibid.*, pág. 29.

intervención sobre la cual la paciente no había sido informada y que, en forma alguna, puede invocarse condición de emergencia.

El derecho al consentimiento informado respecto de un tratamiento o procedimiento médico, no se reduce a la suscripción de un formato de adhesión que pueda conferir facultades omnímodas sobre el cuerpo de la usuaria. Exige que se verifiquen requisitos sustanciales en relación a su ejercicio. La resolución de archivamiento de la Fiscalía pone de manifiesto la falta de protección respecto del derecho al consentimiento informado.

V.E.V.E. presentó un Recurso de Queja de Derecho contra la 3ra. Fiscalía con la finalidad que un fiscal de mayor jerarquía ordenara a la fiscal Injante formular denuncia penal contra el médico denunciado, sin embargo su pedido fue rechazado mediante resolución 116-97 de fecha 14 de abril de 1997 por haberlo presentado fuera del plazo de ley.

Ante ello, la afectada acudió a la Defensoría del Pueblo, la cual mediante Oficio No. 117-98/DP-DM, dirigido al Fiscal Superior Encargado de la Gestión de Gobierno del Distrito Judicial de Piura del Ministerio Público, solicitó información sobre las medidas adoptadas por el Ministerio Público para investigar el caso de V.E.V.E. y de las causas de la muerte del recién nacido. Dicho Fiscal respondió con fecha 13 de julio de 1998 en el sentido que todos los casos sobre esterilización habían sido objeto de exhaustiva investigación, habiéndose nombrado un Fiscal Provincial Ad-Hoc para que se dedique exclusivamente a las investigaciones de dichos casos. Respecto de las causas de la muerte del recién nacido manifestó que no se había investigado.

El 23 de febrero de 1998, V.E.V.E. se había presentado ante el Subcomité de Operaciones Internacionales y de Derechos Humanos del Congreso Norteamericano para dar su testimonio.

Finalmente, recién el 3 de febrero de 1999, la Defensoría del Pueblo recepcionó el oficio No.143-99-MP-3ra. FPP-Piura, en el que la 8va. Fiscalía Provincial Penal de Piura, a cargo de la Dra. Elsa Benaducci, informa que ha dispuesto la reapertura de la investigación policial en cuanto al caso de V.E.V.E. por el Delito contra la Libertad, el Cuerpo y la Salud en su agravio, así como de la muerte del recién nacido.

M.M.C., esterilizada el 20 de diciembre de 1996 en el Hospital Rural de Tocache, falleció el 1 de enero de 1997. La Fiscalía Provincial Mixta de Tocache mediante oficio ordenó a la Policía realizar las investigaciones pertinentes el 20 de noviembre de 1997, y recién con fecha 1 de mayo de 1998 se emitió el atestado policial que concluyó que:

“el personal que labora en el Hospital Rural de Tocache que participó en la Campaña Salud Reproductiva- Planificación Familiar AQV como en la captación de personas (madres de familia), en las charlas en el sector Chan Chan, el día 16/DIC96, las que participaron en el traslado de las pacientes M.M.C. (f) y B.A.A. (28) hacia el Hospital Rural de Tocache, el día 20/DIC96, los que evaluaron e intervinieron quirúrgicamente y los que realizaron la evaluación postoperatoria el día 29 y 30/DIC96 resultan ser presuntos responsables del Delito contra la Vida el Cuerpo y la Salud (Homicidio culposo-negligencia), en agravio de M.M.C.”

En un primer momento, la Fiscalía Provincial Mixta ordenó el archivamiento de la investigación por considerar que no existían elementos para individualizar la denuncia. Ante el ingreso de la denuncia, la Fiscalía asume por segunda vez la investigación, y desde mayo de 1998 tiene en sus manos el atestado policial; sin embargo, hasta la primera quincena de febrero de 1999 no había emitido resolución alguna, pese a existir dos escritos de apremio

presentados por la parte agraviada. Entre los argumentos que en todo este recorrido ha invocado la Fiscalía para no formalizar la denuncia, está el de no contar con instrumento público que acreditara el deceso de M.M.C. En diciembre de 1998, la parte agraviada remite carta notarial al Director del Hospital demandando la entrega del Certificado de Defunción bajo apremio de iniciar un trámite judicial de Acción de Cumplimiento. Antes del vencimiento del apremio, el Hospital de Tocache emitió el oficio No. 028-99-RSS-T/D a través del cual señaló que:

“el documento que solicita fue enviado a la Policía Nacional del Perú de Tocache, por existir una investigación con relación al fallecimiento de la antes referida, para que a su vez, por este intermedio que es la policía, fuera de conocimiento del Ministerio Público quien gestionaría la respectiva inscripción de Partida de Defunción de la occisa, en el Libro de Registro de Personas de la Municipalidad de esta localidad conforme se demuestra en el oficio No. 040-98-RED.SS.T/DE, de fecha 19-0198 enviada a la autoridad mencionada.”

D.B.P. dio a luz en marzo de 1998 mediante intervención cesárea en la ex Maternidad de Lima; el recién nacido falleció a pocos días del alumbramiento. D.B.P. declara haber sido esterilizada sin su consentimiento. La 47 Fiscalía Provincial en lo Penal de Lima informó el 04 de enero de 1999 a la Defensoría del Pueblo que ha formalizado denuncia penal contra J.A.A.P., J.T.K., O.Q.C. y M.R.G.T., por Delito contra la Vida, el Cuerpo y la Salud Homicidio Culposo en agravio del hijo de D.B.P. La investigación sobre la esterilización sin consentimiento practicada a D.B.P. se encuentra en la Décimo Sexta Fiscalía Provincial en lo Penal de Lima. En dicho expediente se ha incluido la hoja de consentimiento informado con una firma que ha sido falsificada, de acuerdo a lo declarado por D.B.P. La defensa de la parte agraviada no ha sido permitida de acceder al expediente.

El Comercio, ante el anuncio en marzo de 1998 de correctivos al PNSRPF, consignó lo siguiente respecto a la posibilidad de las personas usuarias de presentar reclamaciones sobre la atención recibida:

“Costa Bauer dijo que ésta (la reclamación) se debe presentar ante el establecimiento de salud donde ocurrió el incidente. Ante el eventual inconveniente de que éste no quiera acoger el reclamo, el ministro dijo que podría pedirse a la persona que además envíe una carta a la subregión de salud, pero que dado el grado de educación de la mayoría de los usuarios, eso sería improbable.”²³²

232. El Comercio 4 de abril de 1998.

Examen de discriminación

1. El problema en un marco de derechos

Marco internacional de derechos humanos

La DUDH afirma que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados por la Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.²³³ Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja la DUDH y contra toda provocación a tal discriminación.²³⁴

La Declaración Americana señala que todos son iguales ante la ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna.

El PDCP en los artículos 2 (1), 3, 20 (2), 23 (4) y 26 reafirma el principio de igualdad y la prohibición de discriminación. La Convención Americana hace lo propio en los artículos 1(1)(2), 13 (5), 17 (4) y 24.

Entre los principales cuerpos dirigidos a la eliminación de la discriminación destacan la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Los Estados Partes de la Convención contra la Discriminación Racial se comprometen a eliminar la discriminación racial en todas sus formas y garantizar el derecho de todas las personas sin distinción de raza, color u origen nacional o étnico a la igualdad ante la ley, y al disfrute del derecho a la seguridad personal y a la protección del estado contra toda violencia o daño corporal, sea infligido por funcionarios gubernamentales o por cualquier individuo, grupo o institución²³⁵. Asimismo, los Estados Partes se comprometen a garantizar igual acceso a servicios públicos, el derecho a la salud pública y a la atención médica.²³⁶

La CEDAW, por su parte, estableció que la expresión «discriminación contra la mujer» denotará «toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales.»²³⁷

La definición cubre:²³⁸ todo trato diferenciado por razón de sexo que ponga a la mujer en desventaja, sea de manera intencional o no intencional, que impida el reconocimiento, por toda la sociedad, de sus derechos en las esferas pública y privada, o que impida el ejercicio de sus derechos. Como obligación elemental, la CEDAW impone a los estados «abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar porque las autoridades

233. Art. 2 (1).

234. Art. 7.

235. Art. 5(b) de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.

236. Art. 5 (e)(iv) de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.

237. Art. 1 de la CEDAW.

238. Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas, opus. cit., pág. 5.

e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación.»²³⁹ Igualmente y bajo la exigencia de seguir, «por todos los medios y sin dilaciones» una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer, los estados partes se comprometen a «adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter con las sanciones correspondientes que prohíban toda discriminación contra la mujer»²⁴⁰ y «adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer.»²⁴¹

Igualmente, la CEDAW define como no discriminatorias las medidas especiales de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer (discriminación inversa)²⁴² ni aquellas dirigidas a proteger la maternidad.²⁴³ En el caso de las medidas especiales de carácter temporal, la Convención indica que de ningún modo su adopción «entrañará, como consecuencia, el mantenimiento de normas desiguales o separadas; estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato.»²⁴⁴ Sobre discriminación y planificación familiar hay cuatro provisiones sustanciales de dicha Convención que tratan al respecto.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, establece que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros, el derecho a ser libre de toda forma de discriminación.²⁴⁵ Para la adopción de medidas que los estados deben adoptar de conformidad con las obligaciones contraídas a través de la CIPSEVCM, deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer cuando está en condición socioeconómica desfavorable.²⁴⁶

El Convenio OIT No.169 Sobre Pueblos Indígenas es igualmente un valioso instrumento para proteger los derechos de tales pueblos, garantizar el respeto a su integridad y combatir la discriminación contra su población.

De acuerdo al artículo 2 (1), “Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto a su integridad.”

Dicha acción deberá incluir medidas:

- “a) que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población;
- b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones;

239. Art. 2 (d).

240. Art. 2 (b).

241. Art. 2 (f).

242. Art. 4.1

243. Art. 4.2.

244. Art. 4.1.

245. CIPSEVCM, Art. 6(a).

246. *Ibid.* Art. 9.

c) que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida.”²⁴⁷

Los pueblos indígenas deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones del Convenio de la OIT se aplican sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.²⁴⁸ No deberá emplearse ninguna forma de fuerza o de coerción que viole los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos interesados, incluidos los derechos que contiene el Convenio.²⁴⁹ Cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente, los gobiernos deberán consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas.²⁵⁰ Los pueblos interesados deberán tener el derecho a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones, y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente.²⁵¹ El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan.²⁵² Los gobiernos deben velar porque se efectúen estudios, en cooperación con los pueblos interesados, a fin de evaluar la incidencia social, espiritual y cultural y sobre el medio ambiente que las actividades de desarrollo previstas puedan tener sobre esos pueblos. Los resultados de esos estudios deberán ser considerados como criterios fundamentales para la ejecución de las actividades mencionadas.²⁵³ Los pueblos interesados deberán tener protección contra la violación de sus derechos, y poder iniciar procedimientos legales, sea personalmente o bien por conducto de sus organismos representativos, para asegurar el respeto efectivo de tales derechos. Deberán tomarse medidas para garantizar que los miembros de dichos pueblos puedan comprender y hacerse comprender en procedimientos legales, facilitándoles, si fuese necesario, intérpretes u otros medios eficaces.²⁵⁴

Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionarles los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.²⁵⁵ Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones

247. Convenio 169 OIT, Art. 2 (2).

248. *Ibíd.* Art.3 (1).

249. *Ibíd.* Art.3 (2).

250. *Ibíd.* Art.6 (1)(a).

251. *Ibíd.* Art.7 (1).

252. *Ibíd.* Art.7 (2).

253. *Ibíd.* Art.7 (3).

254. *Ibíd.* Art.12.

255. *Ibíd.* Art.25 (1).

económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.²⁵⁶

La Conferencia de El Cairo señaló en el Capítulo VI del Programa de Acción, entre las medidas a seguir, que:

“Los gobiernos y otras instituciones importantes de la sociedad deben reconocer la perspectiva singular de las poblaciones indígenas en materia de población y desarrollo, y en consulta con los indígenas y en colaboración con las organizaciones no gubernamentales e intergubernamentales interesadas, deben atender sus necesidades concretas, incluidas las relativas a la atención primaria de la salud y a los servicios de atención de la salud reproductiva. Deben eliminarse todas las violaciones y discriminaciones en materia de derechos humanos, especialmente todas las formas de coerción.”

Legislación nacional

La Constitución de 1993 en el artículo 2, además de incluir el principio de igualdad, establece la prohibición de discriminación «por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole.» La Ley Nacional de Población recoge igualmente el principio de igualdad y la prohibición de discriminación.

2. Examen de discriminación

El PNSRPF 1996-2000 consideró a la población bajo pobreza y pobreza extrema como destinataria de las medidas y, dentro de ésta, puso de relieve fundamentalmente a las mujeres en edad fértil. En el plano del discurso utilizado por las autoridades gubernamentales se destacaron dos aspectos ajustados a lo que podría considerarse como medidas de acción positiva y de equidad: la «democratización» de los servicios de planificación familiar y la autodeterminación de las mujeres.

Sin embargo, dicho Programa al resultar orientado en la práctica por pautas y criterios apartados de un enfoque de derechos humanos, dio lugar a violaciones a las libertades y derechos fundamentales resultando afectadas particular y desproporcionadamente mujeres en pobreza y pobreza extrema, entre éstas, mujeres rurales e indígenas.

Del examen de casos, se puede observar que las autoridades privilegiaron los métodos irreversibles hacia la población bajo condiciones económicas desfavorables, e indujeron la esterilización como «opción única», en perjuicio del derecho a decidir libre e informadamente respecto de la más amplia gama de métodos anticonceptivos.

Lejos de promover la responsabilidad masculina, en diversos casos se observa la utilización por parte de los proveedores de la posición de autoridad de los varones sobre sus parejas para someter a éstas a esterilización no voluntaria.

La vulneración a la autonomía e integridad corporal, al perpetrarse la esterilización forzada, fue sufrida particularmente por mujeres y, entre éstas, aquéllas ubicadas en localidades

256. *Ibid.* Art.25(2).

rurales. Igualmente se incumplió con garantizar el derecho a la información, comprometiendo seriamente la autodeterminación de las personas al respecto.

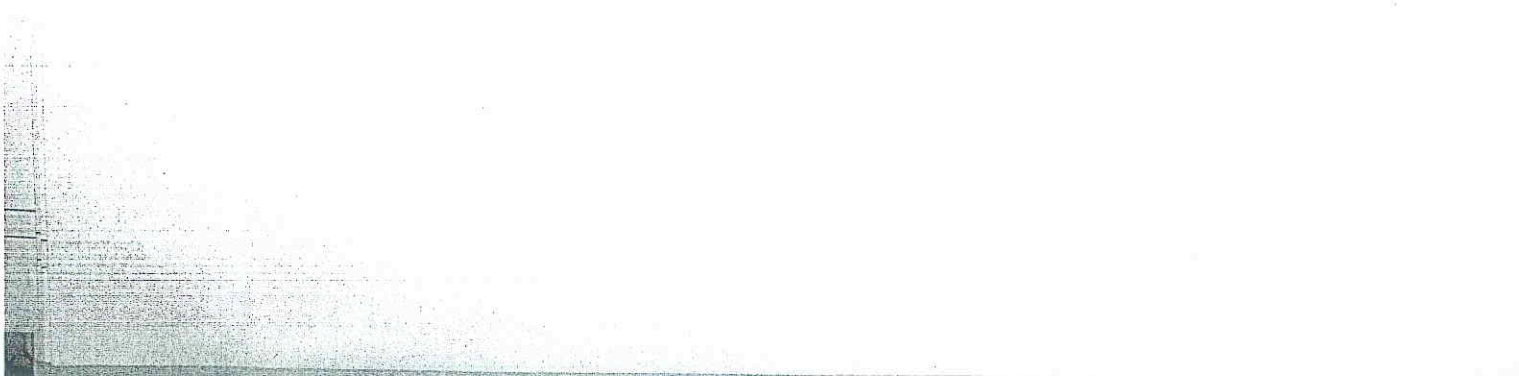
En materia de salud, las disposiciones sobre metas y cuotas, la conducción de campañas masivas en anticoncepción quirúrgica y las omisiones al deber de garantizar la calidad de los servicios por parte de la autoridad administrativa, al lado de desempeños imperitos y negligentes por parte de los proveedores de salud, expusieron gravemente a las mujeres en pobreza y pobreza extrema, particularmente a aquellas de zonas rurales, a sufrimientos innecesarios, a daños sobre su salud física y mental, incluso muerte.

La falta de sensibilidad a la problemática de género y la prescindencia de un enfoque intercultural han dado lugar a impactos negativos desproporcionados sobre la población femenina, lo que incluye impactos contraproducentes para proteger la salud reproductiva.

El Programa no incluyó mecanismos de participación de la población a la que éste iba dirigido. Las usuarias fueron marginadas de los procesos de toma de decisiones y evaluación, impidiendo correctivos oportunos.

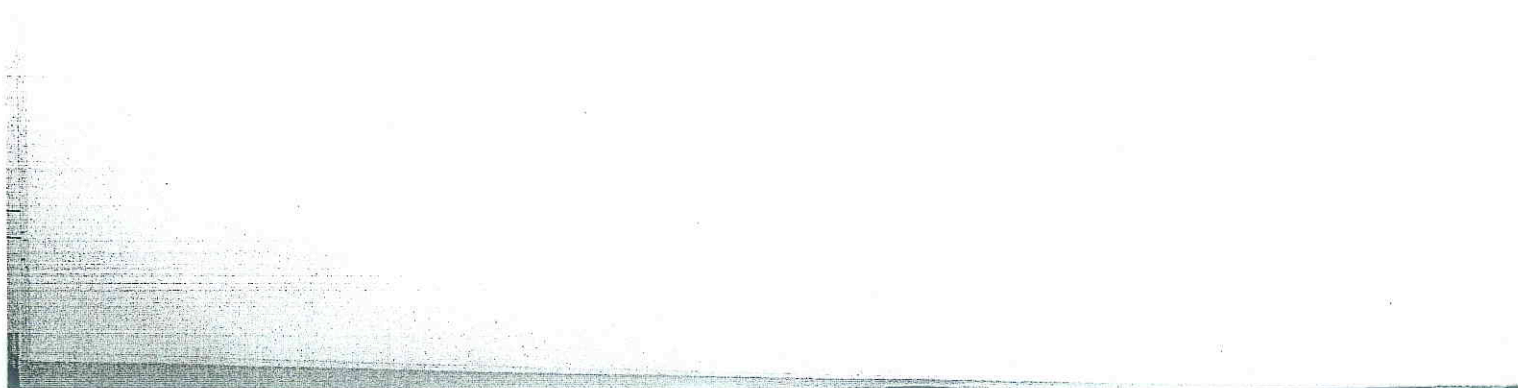
El estado peruano incumplió con su obligación de garantizar acceso a la justicia a través de un recurso efectivo a quienes sufrieron abusos o daños en el marco de la implementación del PNSRPF, condición que afectó particular y desproporcionadamente a las mujeres de localidades rurales.

El estado peruano incumplió obligaciones esenciales para proteger a las mujeres de violencia y discriminación por razón de género, raza, etnicidad, idioma. En el caso de pueblos indígenas no se observó lo dispuesto por el Convenio 169 OIT.



III.

Preocupación pública
y correctivos



Las voces de las mujeres

Las voces de las mujeres y el lenguaje de los derechos humanos

En la forja de una preocupación pública a veces pasan desapercibidas las acciones y puntos de vista de quienes en la realidad resultan siendo las personas directamente afectadas por las políticas y actuaciones gubernamentales. Hay ocasiones en que, frente a una situación controversial, las autoridades eluden admitir las voces de interpelación de la población y prefieren reconocer como interlocutores al grupo de presión de su elección.

A medida que se fueran revelando las evidencias de hechos objetables desde una perspectiva de derechos humanos en la provisión de anticoncepción quirúrgica, la opinión pública fue reconociendo la existencia de un asunto de preocupación pública, por encima de cualquier posición ideológica, política, cultural o religiosa. A partir de ese momento, el lenguaje de derechos humanos definió el terreno de la discusión.¹

Ese lenguaje común entre diversos actores de la sociedad civil haría posible que las voces de las mujeres, incluso de las localidades más apartadas, llegaran al centro del espacio público.

Previamente, la respuesta gubernamental había reflejado indiferencia frente a sus reclamos. No se quiso reconocer las voces de las mujeres y sus organizaciones como expresiones ciudadanas portadoras de una preocupación pública.

Al circular a fines de 1997, a través de los principales medios de comunicación, las evidencias de desempeños y resultados inquietantes, la reacción de las autoridades fue la de llevar adelante una campaña comunicacional para confrontar posiciones político-religiosas.

Ciertamente, una parte de la jerarquía de la Iglesia Católica desde hace más de una década, pero muy especialmente en el último quinquenio, procuró, argumentando criterios religiosos, influenciar sobre las decisiones estatales a fin de limitar las posibilidades de elección de métodos modernos en planificación familiar por parte de la población.

Dicha posición se distanciaba, por un lado, de los estándares internacionales de derechos humanos que defienden la autodeterminación de las personas en las esferas de la sexualidad y la reproducción, incluyendo como una obligación de los estados promover el acceso de las personas a información y servicios en salud reproductiva y planificación familiar con la finalidad que éstas implementen sus decisiones contando para ello con la más amplia gama de opciones anticonceptivas. Por otro lado, dicha posición se alejaba de la experiencia y deseos de la población, en donde, valga la pena resaltar, las mujeres ya habían incorporado en forma extendida la legitimidad y la factibilidad de no exponerse a embarazos no deseados.

Sin embargo, resultaba conveniente para algunas autoridades, a fin de no dar resonancia a las denuncias de abusos que provenían de la población, acusar a la Iglesia Católica de pretender arrojar sombras respecto a las acciones en planificación familiar que incluían, bajo el PNSRPF 1996-2000, la esterilización quirúrgica.

1. No se trataba de juzgar la validez de ampliar las opciones anticonceptivas a la población, incluida la anticoncepción quirúrgica, la discusión era sobre los estándares de derechos humanos a observar en la entrega de servicios e información al respecto.

No obstante la existencia de fuertes intereses de ciertos grupos por obtener ventajas de la controversia y la preferencia de las autoridades por destacarlos con el objeto de alinear a la opinión pública, los derechos reproductivos resultaron afirmándose en la conciencia pública como derechos humanos, captándose simultáneamente la atención respecto del derecho a acceder a servicios de calidad en salud reproductiva y planificación familiar.

La acción de las mujeres y la expresión de sus organizaciones

En los reportes de derechos humanos no suele incluirse una sección que hable de las resistencias individuales y colectivas que libran quienes son objeto de violación a sus derechos humanos, donde se dé cuenta de las estrategias que emprenden para que la sociedad sea consciente de lo que está ocurriendo. Generalmente los reportes de derechos humanos preludian ese proceso de conciencia pública.

La elaboración de este reporte ha sido, sin embargo, peculiar en muchos sentidos. Una característica relevante es que antes de ser escrito, por la gravedad de las primeras evidencias, buscó dar cuenta de lo que acontecía. El involucramiento de organizaciones de mujeres en la realización de este reporte nos exigía ser un puente por donde pudieran transitar sus voces de alerta a fin de alcanzar al espacio público nacional. En este sentido nuestra tarea no fue únicamente la de depositarias de información a ser trasladada en un texto.

A fin de ser fieles al proceso que habría de dar lugar a los correctivos, quisiéramos ofrecer aspectos e información documental que da cuenta de la acción y expresión ciudadana desde las mujeres y sus organizaciones. Al fin y al cabo, una forma de defender el derecho de las mujeres a participar en las decisiones, también es recuperar su contribución como sujetos activos en aquellos procesos que alcanzan carácter de preocupación pública y hacer lo posible para que en la memoria colectiva nadie lo olvide.

Testimoniar

Para las mujeres de menor poder social o económico, hablar al amparo de sus organizaciones le proporciona alivio, aunque ello no siempre produce cambios respecto de los factores que les ocasionan experiencias dolorosas.

La elaboración del reporte produjo una oportunidad para que la palabra expresada de quienes sufrieran abusos cobrara resonancia. En 1996 comenzamos a recoger las voces que no habían logrado salir de la confidencia cotidiana entre mujeres. El anonimato del rumor comenzó a quebrarse cuando aquéllas que fueron afectadas decidieron testimoniar: «a mí me ocurrió.»

Con algunas organizaciones pudimos desarrollar también entrevistas colectivas. En ellas hablamos de los derechos humanos de las mujeres, de los derechos como usuarias, del derecho a decidir de manera autónoma y libres de toda forma de coerción, coacción, engaño o condicionamiento. Fue una ocasión para aprender y emprender acciones ciudadanas. A no pocas, esos emprendimientos las expusieron a riesgos:

P.P.G., promotora de la Asociación de Mujeres Trabajadoras Campesinas de la Provincia de Huancabamba (AMHBA), se acercó a la posta de salud del distrito de Sónдор para pedir que a las mujeres les informen bien en planificación familiar. Ante ese pedido, el personal de

salud le respondió que la iban a acusar a la gobernación del distrito por estar en contra de la política del gobierno.

Acudir a instancias de protección ciudadana

Quienes se animaron a sacar a luz los abusos acudiendo ante las autoridades y los medios de comunicación, también se vieron envueltas en situaciones como las que el siguiente caso describe:

L.R.L. denunció al noticiario del Canal 9 su caso en 1997. En esa oportunidad, miembros del IPSS acudieron a su casa para entregarle medicinas, para que no continuara hablando. El 12 de enero de 1998 recibió amenazas de parte de un hombre de porte militar y anteojos oscuros, que llegó a su domicilio en un automóvil de lunas polarizadas, quien le dijo que abandone su denuncia porque le podía pasar algo grave a ella y a sus hijos. L.R.L. interpuso una solicitud de garantías personales a favor de ella y sus dos menores hijos.

Testimoniar era un paso adelante en su afirmación de ciudadanas. Otro paso era recurrir a instancias encargadas de proteger los derechos constitucionalmente reconocidos. La existencia de una Defensoría Especializada en Derechos de la Mujer podía ser un brazo valioso al que recurrir.

A la Defensoría del Pueblo comenzarían a llegar los primeros casos de denuncias en 1997. El PNSRPF negaría a la Defensoría del Pueblo la existencia de metas. Recogiendo uno de los problemas más urgentes que captáramos —el relativo a la no gratuidad en la atención de complicaciones— la Defensoría abordaría este asunto en 1997 con el entonces Director del Programa de PNSRPF.

Mediante oficio remitido el 24 de setiembre de 1997 a la Defensoría, se explicitaría el compromiso del sector de atender las complicaciones gratuitamente. Sin embargo, de acuerdo a los testimonios posteriores, la gratuidad no se cumpliría. A pesar de ello, estos pasos serían de vital importancia para comprometer la atención de la Defensoría del Pueblo, instancia pública que luego resultaría clave en impulsar la protección de los derechos de las usuarias de los servicios de planificación familiar.

Señales de preocupación, informes y pronunciamientos

A mediados de 1997, el Grupo Impulsor Mujeres por la Igualdad Real, en el marco de la realización del Encuentro Nacional, en el cual se expusieron los resultados del Monitoreo Año 1 a la Implementación de la Plataforma de Acción Mundial (CCMM), incluyó como un tema de intensa preocupación las cuestiones relativas a la implementación del PNSRPF 1996-2000.

Por su parte, medios vinculados a la problemática de las mujeres comenzaron a incluir información sobre dicho tema. Así, Atajos, en su número 4, de noviembre de 1997, consignó lo siguiente:

«a fin de lograr un acercamiento a la problemática, aprovechamos de la Asamblea General de la Red Nacional de Promoción de la Mujer entre el 11 y el 14 de octubre, encuestando a 9 de sus coordinadoras, comprometidas con organizaciones de mujeres y, particularmente con el tema de salud reproductiva. Las 9 encuestadas representaban a 7 departamentos

del país. Sus respuestas fueron muy claras: las nueve confirman tener conocimiento de que el personal de centros de salud y de hospitales organizan campañas, invitando a las mujeres a someterse a la ligadura de trompas. A ocho de las nueve, les consta que el personal de salud ejerce presión sobre las mujeres para que se sometan a la ligadura de trompas, y las nueve opinan que el personal del Ministerio de Salud da una información incompleta, la que no permite una decisión libre y autónoma.»²

En ese mismo número, la congresista Beatriz Merino, ex presidenta de la Comisión de la Mujer del Congreso, se pronunció indicando que «lo que hay es una decisión personal de los agentes de salud que creen que van a ser sancionados o no bien evaluados si no cumplen con determinadas metas cuantitativas.» De acuerdo a la versión de Atajos sobre sus declaraciones «(Merino) no ve que existe una base para plantear ahora una comisión investigadora.» Concluiría, sin embargo, señalando que, si en alguna ONG de mujeres pudieran probar lo contrario, presentándole una carpeta con una información 100% fehaciente, ella sería la primera en salir a pedir una comisión de investigación en el Congreso.³ En 1998, Merino se aunaría al pedido de investigación en el Congreso de la República.

Rocío Villanueva, defensora especializada de los derechos de la mujer, en entrevista publicada en el mismo número de Atajos, expresaría su preocupación por la falta de transparencia de parte del PNSRPF.

A fines de 1997, al ser recogidas y difundidas las denuncias de las mujeres a través de los principales medios de comunicación en el país, y por parte de algunos medios de prensa extranjera, las autoridades gubernamentales respondieron mediante una campaña comunicacional que acusaba la existencia de sectores que todavía no comprendían la planificación familiar, aludiendo a la Iglesia Católica y a grupos conservadores.

El Centro de la Mujer Peruana «Flora Tristán», organización feminista, sacaría un comunicado exponiendo su posición teniendo en cuenta las evidencias de violaciones a los derechos humanos que se venían reuniendo. En los primeros días de enero de 1998 alcanzaría a la Comisión de la Mujer del Congreso un documento indicando las bases de su preocupación y presentando recomendaciones, entre éstas, la supresión de metas y la incorporación de un plazo de 72 horas como mínimo para garantizar una decisión meditada.

El Decano del Colegio Médico, en declaraciones públicas, reveló tener información respecto a que habrían médicos presionados para intensificar el Programa de Planificación Familiar, indicando que las autoridades de salud deben brindar al país una explicación fehaciente.⁴

En Trujillo, la Coordinadora Regional de la Red Nacional de Promoción de la Mujer-La Libertad, solicitó públicamente la suspensión del PNSRPF hasta que la situación se investigue.⁵

Con fecha 20 de enero, la Defensoría del Pueblo presentaría su informe sobre aplicación de anticoncepción quirúrgica, incluyendo las siguientes recomendaciones:

2. Atajos No. 4, pág.6, noviembre de 1997, CENDOC-Mujer.
3. Ibid., pág. 9.
4. La República 10 de enero de 1998.
5. El Comercio 16 de Enero de 1998.

«1. PROPONER a la Dirección de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, que el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) sea modificado a fin de:

1.1 Exigir como requisito para someterse a la anticoncepción quirúrgica voluntaria, ser mayor de edad, y dar prioridad a las personas después que hayan tenido cuando menos dos hijos.

1.2 Establecer claramente que la consejería previa a la anticoncepción quirúrgica voluntaria sea llevada a cabo en dos sesiones distintas, como mínimo; y,

1.3 Fijar un plazo razonable entre la fecha en que se firma la autorización y el día en que se lleva a cabo la intervención quirúrgica, que permita la reflexión y el ejercicio consciente de la libre elección, salvo en los casos de necesidad comprobada por haberse practicado cesáreas sucesivas con anterioridad.

2. RECOMENDAR al Ministerio de Salud:

2.1 Sustituir las campañas destinadas exclusivamente a promover la ligadura de trompas y la vasectomía por otras que difundan la planificación familiar en general –sin privilegiar ningún método– a fin de garantizar el derecho de toda persona a elegir el método anticonceptivo de su preferencia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículo 6 de la Constitución y 6 de la Ley 26842.

2.2 Reformular las metas de los programas reemplazando las actualmente establecidas –como por ejemplo la cantidad de personas que deben ser captadas– por otras de carácter programático basadas en estimaciones de la demanda de cada uno de los métodos anticonceptivos, con explícita cobertura a hombres y mujeres.

2.3 Modificar el logro general del programa expresado en que el 100% de las pacientes con atención institucional de parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro, por otro logro en el que se establezca que dicho porcentaje debe egresar habiendo sido debidamente informado de todos los métodos de planificación familiar.

2.4 Adoptar nuevas metas cuantitativas en términos de cobertura de información sobre todos los métodos de planificación familiar, tanto para hombres cuanto para mujeres.

2.5 Establecer en el Presupuesto del sector o del Programa Nacional de Planificación Familiar los recursos necesarios para indemnizar a las personas –o a los familiares de ser el caso– que hubieran sido esterilizadas sin su consentimiento, sufrido complicaciones o fallecido como consecuencia de intervenciones que no hubieran cumplido con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales, en atención a lo dispuesto en los artículos 2 y 4 de la Ley 26842.

3. FORMULAR al Ministro de Salud y a los responsables del Programa Nacional de Planificación Familiar los siguientes recordatorios de sus deberes legales, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 26 de la Ley 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo:

3.1 Vigilar que las personas usuarias de los servicios de planificación familiar sean adecuadamente informadas de todos y cada uno de los métodos, incluyendo los naturales, según lo establecido en el artículo 6 de la Ley 26842; y sobre la posibilidad de adoptarlos o rechazarlos en virtud de lo dispuesto por el artículo 2, incisos 1 y 24, literal a) de la Constitución.

3.2 Resguardar la libre elección de las personas, sancionando la entrega de cualquier tipo de bienes o servicios como estímulo para el uso de métodos anticonceptivos, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 28 del Decreto Legislativo 346.

3.3 Establecer que se entregue por escrito las instrucciones pre y post operatorias, y garantizar un adecuado seguimiento a las personas que optan por los métodos definitivos, incluyendo visitas domiciliarias, de conformidad con lo dispuesto en los capítulos 2 y 7 del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

3.4 Disponer las investigaciones correspondientes y sancionar a los funcionarios y servidores públicos que no hayan cumplido las disposiciones del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, ni observado la legislación vigente en esta materia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 21 del Decreto Legislativo No. 276.

3.5 Garantizar que todos los centros de salud del país cuenten con la más amplia gama de métodos anticonceptivos, de conformidad con el artículo 2 de la Resolución Ministerial No. 572-95-SA/DM.

3.6 Informar a todos los centros de salud del país que el Programa de Planificación Familiar asumirá gratuitamente la totalidad de los costos de las complicaciones que pudieran presentar las personas usuarias después de la intervención quirúrgica, los mismos que incluyen los costos de traslado, medicamentos e intervención quirúrgica, de ser necesario.

4. EXHORTAR a los representantes del Ministerio Público y del Poder Judicial para que investiguen adecuadamente las causas de la muerte de las mujeres que fueron sometidas a una intervención de ligadura de trompas, las razones de las complicaciones sufridas después de la intervención quirúrgica y los casos de esterilización involuntaria, siempre que se presuma la existencia de un delito.

5. RECORDAR a los funcionarios del Ministerio de Salud, de las Regiones y Subregiones de Salud, que en virtud del deber de cooperación establecido en el artículo 161 de la Constitución, y en los artículos 16 y 17 de la Ley 26520, están obligados a proporcionar la información que requiera la Defensoría del Pueblo, incluyendo las historias clínicas de las usuarias.

6. URGIR al director de Programas Sociales y del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, para que en cumplimiento del artículo 161 de la Constitución y de los artículos 16 y 17 de la Ley 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, remita la información solicitada por nuestra institución mediante Oficio No. 202-97-DP-DA de 4 de noviembre de 1997, referida a:

- El número de hombres y mujeres, por separado, que se han acogido al Programa de Planificación Familiar;
- Las edades de tales personas;
- Porcentajes de los métodos anticonceptivos elegidos; y
- Provincias en las que estas personas han sido atendidas.

7. RECORDAR a los profesionales, técnicos y auxiliares, encargados de ejecutar el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, que de acuerdo con el artículo 36 de la Ley 26842, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.

8. INVOCAR a la Comisión de la Mujer, Desarrollo Humano y Deporte y a la Comisión de Salud del Congreso de la República para que de conformidad con lo establecido en el artículo 112 de la Constitución, y en los artículos 2 y 5 del Reglamento del Congreso de la

República, continúen llevando a cabo una permanente fiscalización del cumplimiento de la legislación vigente en materia de planificación familiar.

9. EXHORTAR a las personas y organizaciones de la sociedad civil que conozcan casos en los que se haya esterilizado a mujeres sin su consentimiento, sin contar con la información suficiente, a cambio de alimentos, o en los que la intervención quirúrgica haya presentado complicaciones, a que presenten su queja ante la Defensoría del Pueblo para llevar a cabo la investigación correspondiente de conformidad con la presente Resolución.”

Bajo el titular «Ministerio limitó la cantidad de locales de salud donde se hacen ligaduras de trompas», El Comercio consignó:

«Con la finalidad de mejorar la calidad de las intervenciones quirúrgicas de ligaduras de trompas, el Ministerio de Salud ha ordenado que éstas dejen de realizarse en locales que no cuenten con el equipamiento exigido por el Manual para este tipo de actividades, emitido por el mismo sector, declaró el viceministro Alejandro Aguinaga (...) Aguinaga declaró que una medida tomada a raíz de las denuncias publicadas ha sido restringir el número de locales autorizados para estas intervenciones, en función de las condiciones de infraestructura y personal de los mismos.»⁶

El 22 de enero de 1998, la AMHBA (Asociación de Mujeres Trabajadoras Campesinas de la Provincia de Huancabamba) denunció represalias contra la organización por causa de la información que saliera a la luz pública sobre prácticas contrarias a los derechos humanos en la prestación de servicios de planificación familiar en Huancabamba. El Convenio que comprometía acciones de consejería de salud con la organización campesina fue unilateralmente suspendido por el Director del Hospital Rural de Huancabamba.

En febrero de 1998, las organizaciones feministas sacarían un primer pronunciamiento conjunto demandando el reemplazo del Ministro de Salud y exigiendo correctivos en base a un conjunto de recomendaciones.

«Lima, 18 de febrero de 1998
CARTA ABIERTA
Ingeniero
Alberto Fujimori Fujimori
Presidente de la República del Perú
Presente

Señor Presidente:

Nos dirigimos a usted en referencia a las acciones de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), implementadas por el Ministerio de Salud en las que se ha comprobado una serie de irregularidades que ha afectado la salud y la vida de mujeres del país, en su mayoría mujeres de escasos recursos y de las zonas rurales.

6. El Comercio, 11 de enero de 1998.

Las prácticas denunciadas constituyen violaciones a los derechos y libertades fundamentales, tales como el principio de consentimiento informado, los derechos reproductivos, el derecho a la salud y a la integridad personal, y están en abierta contradicción con lo expresado en su discurso ante la Conferencia de la Mujer, en Beijing (1995).

Los casos identificados por la prensa y las organizaciones de mujeres, la investigación realizada por la Defensoría del Pueblo, publicada en el Diario El Peruano, el 27 de enero de 1998, la reciente publicación de un documento de la DISRES de Huancavelica aportan pruebas sobre violaciones de los derechos individuales, priorización de la anticoncepción quirúrgica de las mujeres sobre otros métodos de anticoncepción, la existencia de metas y la oferta de incentivos a los profesionales y establecimientos de salud.

Lo hallado genera responsabilidad del Estado peruano por violación a los derechos humanos garantizados por los acuerdos y tratados internacionales que el país ha suscrito. Igualmente las autoridades político administrativas son responsables de haber infringido derechos fundamentales garantizados por nuestra Constitución.

El ministro Marino Costa Bauer, en su intervención ante el Congreso de la República (16.01.98), declaró que "...no existe ninguna campaña por parte del Ministerio de Salud destinada a priorizar un método por encima de los demás."

Asimismo, el señor Ministro ha negado reiteradamente la existencia de metas para intervenciones de AQV, señalando por el contrario "...no descartamos que puedan haber casos aislados en los que como producto del ejercicio individual de los profesionales de salud se vean comportamientos diferentes a los promovidos y normados por el Ministerio de Salud." Declaraciones de funcionarios del Ministerio de Salud apuntan a trasladar la responsabilidad a funcionarios y profesionales individuales cuando es el Ministro de Salud el responsable político administrativo que tiene el deber de velar por la adecuada implementación de las acciones en su sector. El señor Ministro ha faltado a la verdad en sus declaraciones frente al Congreso y a la opinión pública.

Por lo expuesto, exigimos:

1. Reemplazo inmediato del ministro de Salud, Marino Costa Bauer.
2. Supresión de metas demográficas que propician prácticas coercitivas y eliminación de toda forma de incentivo o presión sobre el personal de salud para captar usuarias de ligaduras de trompas.
3. Implementación de las Recomendaciones de la Defensoría del Pueblo, dirigidas a garantizar la salud de las mujeres, el consentimiento informado e indemnización a las personas afectadas o a sus familiares de ser el caso.
4. Garantizar la implementación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, respetando los derechos sexuales y reproductivos, asegurando el acceso y la calidad de los servicios que permitan a las personas hacer efectivas sus decisiones al respecto.
5. Revisión de Manual de Procedimientos en materia de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) y formulación de normas que garanticen los derechos de las personas usuarias, en el marco de un proceso de consulta ciudadana que recoja los intereses y puntos de vista de las mujeres.
6. Transparencia y rectificación de las decisiones gubernamentales que hacen responsable al Estado peruano de haber propiciado y/o tolerado conductas contrarias a los derechos humanos de las mujeres.

Muy atentamente,

A.S.C. Calandria, CESIP, DEMUS, Creatividad y Cambio, Centro Amauta, C.M.P. Flora Tristán, Colectivo Radial Feminista, Consorcio Mujer, Movimiento Amplio de Mujeres, CEN-DOC-Mujer, CLADEM-Perú, Consultoras 3, Movimiento Manuela Ramos»

El 6 de marzo de 1998, el Comité Promotor de «Mujeres Ciudadanas del Cono Norte» difundió un memorial dirigido a las principales autoridades en el que indican «Las mujeres exigimos que se respete nuestro derecho a decidir cuántos hijos tener con información oportuna. Estamos contra la esterilización forzada.»

El 8 de marzo de 1998, el Movimiento Amplio de Mujeres dio a conocer un pronunciamiento en defensa del derecho de las mujeres a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos.

«NUESTROS CUERPOS, NUESTRAS DECISIONES»

El 8 de marzo representa para el movimiento de mujeres una fecha de afirmación de nuestra ciudadanía y nuestros derechos, ocasión de renovar nuestro compromiso en la defensa de una vida digna para todas y todos, libres de toda forma de discriminación, exclusión y violencia. Es en torno a este significado que conmemoramos los esfuerzos de las que nos antecedieron y en base al cual alentamos la expresión ciudadana de las nuevas generaciones de mujeres. Este 8 de marzo, ante la controversia desatada a raíz de las denuncias sobre prácticas contrarias al consentimiento informado y a la salud de las mujeres en el marco de la implementación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, el Movimiento Amplio de Mujeres considera de especial relevancia pronunciarse públicamente sobre estas cuestiones y en defensa de nuestro derecho a la salud y nuestros derechos sexuales y reproductivos, derechos por cuyo reconocimiento y ejercicio el movimiento de mujeres ha venido abogando desde hace dos décadas.

1. Las mujeres en el Perú tenemos derecho a ejercer nuestra sexualidad de acuerdo a nuestras convicciones, orientaciones personales y preferencia sexual, y a acceder a la más amplia gama de métodos anticonceptivos a fin de implementar nuestras decisiones, libres de toda forma de coerción, engaño y violencia. Las políticas, programas y servicios deben responder al compromiso del estado peruano por promover y garantizar estos derechos, siendo inaceptable la priorización de cualquier otro interés que pueda poner en riesgo o afectar los derechos humanos de las mujeres.
2. La comunidad internacional ha reconocido los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, y ha afirmado la autonomía de las mujeres sobre estas esferas. Nadie puede disponer de nuestros cuerpos ni intervenir sobre nuestras decisiones sexuales y reproductivas. Esta condición es esencial a nuestra dignidad de personas y decisiva para la construcción de sociedades saludables, equitativas y humanas.
3. Ni en el ámbito privado, ni en el ámbito público, ni en nombre de ideologías, creencias religiosas, costumbres o “razones de estado”, se pueden avasallar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Los grupos de interés que pretendan influenciar las decisiones estatales sobre cuestiones relativas a la sexualidad, la salud de las mujeres y las políticas de población, están obligados a reconocer como punto de partida nuestros derechos sexuales y reproductivos.
4. La expresión ciudadana de las mujeres está llamada a gravitar sobre las decisiones

estatales. Ninguna política pública puede ignorar los puntos de vista de las mujeres, menos aún cuando directamente comprometen la realización de nuestros derechos y libertades fundamentales.

5. El Movimiento Amplio de Mujeres, ante las evidencias y los testimonios recogidos sobre abusos y prácticas contra el consentimiento informado y la salud de las mujeres, así como ante las posiciones expresadas en el marco de la controversia, nos pronunciamos en los siguientes términos:

- El estado peruano ha adquirido el compromiso de garantizar a las mujeres el acceso a información completa y veraz en materia de planificación familiar, poniendo al alcance de todas las mujeres, independientemente de su estado civil, situación socioeconómica o características étnico raciales, la gama más completa de métodos para que éstas libremente elijan, en el marco de servicios públicos de calidad, no discriminatorios y no coercitivos. Este compromiso debe ser mantenido por este gobierno y los sucesivos.
- Es inaceptable que un estado pretenda regular el comportamiento reproductivo de la población de modo compulsivo. Los movimientos de mujeres en América Latina y en otras regiones del mundo, hemos rechazado tales políticas estatales que buscan acelerar cambios demográficos, incurriendo en prácticas contrarias a los derechos individuales y manipulando la condición de pobreza.
- El actual gobierno debe rendir cuentas a las mujeres por haber llevado adelante decisiones estatales a espaldas de la ciudadanía, de las que han resultado violaciones a los derechos humanos de las mujeres. Llamamos la atención sobre la especial gravedad que reviste desvirtuar los servicios públicos de salud al someterlos a consideraciones y metas numéricas coercitivas, propiciando intervenciones abusivas con claros contenidos discriminatorios. La población a la que debería servir el sistema de salud, mujeres que disponen de menor poder social y económico, cuyos rostros abultan las elevadas cifras de mortalidad materna en el Perú, acaban siendo objeto de abusos por el propio sistema de salud que las asume como blanco de una política demográfica por ser mujeres y ser pobres.
- A la vez que exigimos la supresión de metas numéricas que propician prácticas coercitivas en el PSRPF, demandamos se dispongan de inmediato mecanismos que garanticen los derechos de las usuarias y reparaciones a las afectadas o a sus familiares en los casos de muerte.
- Subrayamos la responsabilidad de la autoridad político-administrativa del sector, y del propio Presidente de la República en las violaciones de derechos humanos ocurridas. En democracia, un gobernante no puede ocultar a la ciudadanía este tipo de decisiones estatales, imponerlas a funcionarios y prestatarios de los servicios de planificación familiar y salir impune.
- Afirmamos que los cambios demográficos convenientes para la humanidad, reposan en el desarrollo y bienestar social del que goce la población, siendo decisivo el poder personal y colectivo que tengan las mujeres en las sociedades.
- Reclamamos que sean las organizaciones de mujeres quienes pesen en las interlocuciones y decisiones estatales. No aceptamos los protagonismos que pretenden ganar aquellos que hoy se presentan como defensores de los derechos de las mujeres, pero cuyas expresiones los delatan como herederos de una larga tradición político religiosa hostil a los derechos y libertades de las mujeres, particularmente en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.

6. Es de máxima importancia para el Movimiento Amplio de Mujeres pronunciamos en de-

fensa del derecho a las mujeres a la atención de su salud en general, y reproductiva, en particular. Al respecto incluimos como exigencias impostergables:

- La inmediata discusión respecto del actual sistema tarifario que viene siendo aplicado por los establecimientos públicos de salud en la atención del parto, por el cual vienen siendo excluidas dramáticamente las mujeres más pobres de nuestro país.
- Servicios públicos de salud confiables, así como personal con capacidades profesionales y humanas que garanticen un trato digno y desempeños idóneos para atender las necesidades de salud reproductiva de las mujeres, sean éstas de planificación familiar, salud de las gestantes, atención del parto y del aborto incompleto, incluidos servicios postaborto.
- Se derogue la norma de la Ley General de Salud que exceptúa el deber de reserva médica en caso de sospecha de aborto. El estado peruano debe revisar la legislación penal sobre aborto, asumiendo así las indicaciones de los organismos de vigilancia de los tratados de derechos humanos del sistema de Naciones Unidas y la Plataforma para la Acción Mundial de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

Apelamos a la conciencia nacional para que apoye la defensa irrestricta de nuestro derecho a la salud y nuestros derechos sexuales y reproductivos. De esa conciencia depende de modo importante que hagamos del Perú, un país de personas libres, dignas y con capacidades para alcanzar un desarrollo humano, equitativo y sostenible.

Lima, 8 de marzo de 1998.

Anuncios del Ministerio de Salud sobre correctivos y proceso de implementación

El Ministro de Salud, durante su presentación ante las comisiones de Salud, Población y Familia y de la Mujer, en los primeros días de marzo de 1998, anunció la modificación del Manual de Normas y Procedimientos de AQV existente y la creación de un Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades de Consejería en Planificación Familiar. Igualmente anunció su pronta distribución.⁷

En mayo, el Ministerio de Salud solicitó al Colegio Médico recomendaciones y sugerencias respecto al nuevo Manual de AQV.

Entre los cambios anunciados por el Ministerio se incluyó la modificación de la meta contenida en la página 27 del documento «PSRPF1996-2,000», que indicaba «lograr que el cien por ciento de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber tenido consejería individual.» El anuncio recogido por el diario oficial «El Peruano» (2/5/98), consideraba la sustitución de dicho párrafo por el siguiente: «lograr que el cien por ciento de los pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen habiendo recibido un proceso de consejería individual en salud reproductiva, luego de lo cual inicien un método anticonceptivo todas aquellas pacientes que voluntariamente así lo hayan decidido.» Esta modificación salió amparada por norma del Estado y fue publicada en el diario oficial El Peruano.

De acuerdo al anuncio del Ministerio, el Manual de Normas y Procedimientos de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria sería sometido a revisión integral y reflejaría cambios operativos relacionados particularmente con el número de sesiones de consejería, característica de la información a brindar por lo menos en dos sesiones de consejería indicadas (una general sobre todos los métodos anticonceptivos y otra específica sobre el método definitivo elegido). Igualmente se incorporaría un plazo de reflexión de 72 horas como mínimo entre la firma del consentimiento informado y la intervención quirúrgica misma, a fin de garantizar una decisión meditada. Sin embargo, se señala que el plazo podrá omitirse si existe «una condición de alto riesgo reproductivo acreditada por evaluación médica.»

Entre las medidas anunciadas se consideró que la paciente sometida a ligadura de trompas permanezca en observación en el establecimiento de salud por lo menos 24 horas después de la operación (antes el alta se daba una vez repuesta la paciente de los efectos de la anestesia).

Igualmente se declaró que el primer control postoperatorio sería realizado al momento del alta, vale decir a las 24 horas de la intervención quirúrgica, el segundo control al sétimo día y el tercero a los 30 días.

En declaraciones a El Comercio,⁸ el Ministro de Salud reconoció que «en la mayoría de los casos es posible que esto (dos controles a la paciente al tercer y al sétimo día) no se haya cumplido, pero con la modificación estas normas serán de carácter obligatorio bajo responsabilidad evidente del director del establecimiento y del médico tratante.»

El 25 de abril de 1998 bajo el titular «Salud corrige errores en Planificación Familiar», La República recogió las declaraciones del Ministro de Salud quien indicó haber solicitado opinión

7. El Peruano, 11 de marzo de 1998.

8. El Comercio, 4 de abril de 1998.

al Colegio Médico sobre los nuevos manuales para el Programa de Planificación Familiar, y destacó el interés de su portafolio en rectificar los errores.

El Colegio Médico en abril de 1998 había recomendado la suspensión de las actividades de anticoncepción quirúrgica del Programa de Planificación Familiar por un plazo no mayor de noventa días, a fin de revisar y evaluar integralmente la situación y proceder a ajustes programáticos y de los procedimientos que brinden garantías a las personas que se sometan a tales intervenciones.⁹

Desde el mes de abril comienza a distribuirse a nivel nacional una directiva sobre las modificaciones (DSP-PF No. 001-98).¹⁰ Dicha directiva señala la excepción al plazo en caso de «condiciones de alto riesgo reproductivo.»

Las observaciones del Colegio Médico, respecto al proyecto de Manual de AQV del Programa de Planificación Familiar, sobre el cual el Ministro de Salud solicitara comentarios y sugerencias, se refirieron al tema de las acciones denominadas como Campañas de Salud Reproductiva Integral;¹¹ a la pertinencia de actualizar en general las normas de uso de anticonceptivos; igualmente, en relación al consentimiento informado, propondrá la solicitud de anticoncepción, sugiriendo ésta no sólo para AQV sino para otros métodos como DIU y Norplant. Sobre el tiempo de reflexión y renuncia a éste, el Colegio Médico abogará por el respeto del plazo, diferenciando emergencia obstétrica de condición de alto riesgo reproductivo; también formuló sugerencias en relación a la certificación de los equipos de trabajo y servicios; la responsabilidad quirúrgica de las obstetras y de las enfermeras en salas de operaciones; calificación y competencia profesional, entre otros.¹²

El 28 de mayo (Día de Acción por la Salud de las Mujeres) de 1998, el Movimiento Amplio de Mujeres lanzaría con un conjunto de organizaciones de mujeres, una campaña educativa y de orientación sobre los derechos de las usuarias de los servicios públicos de salud, con la intención de alentar a las mujeres a ejercer aquellos derechos reconocidos en materia de salud e impedir abusos como los acontecidos en la implementación del PNSRPF.

En julio de 1998, con ocasión de la Décimo Novena Sesión del Comité monitor de la CEDAW (examen combinado del tercer y cuarto informe periódico del estado peruano), CLADEM/CRLP, al lado de otras organizaciones no gubernamentales peruanas, presentaron «reportes sombra» dando cuenta de lo acontecido en la implementación del PNSRPF. Por parte de la delegación oficial peruana fue distribuido el documento titulado *EL PROGRAMA PERUANO DE SALUD REPRODUCTIVA* señalando los correctivos al PNSRPF. Reproducimos el fragmento que da cuenta de éstos.

“Adicionalmente, el Gobierno peruano está implementando los siguientes cambios en un esfuerzo por mejorar la calidad del Programa Nacional de Salud Reproductiva:

9. El Comercio 7 de abril de 1998.

10. De acuerdo al documento que tuvimos a la vista en establecimientos de salud visitados.

11. Sobre este punto, los miembros del Comité de Expertos del Colegio Médico se pronunciaron en los siguientes términos: «Aun aceptando la intención del Ministerio de mejorar la calidad de la atención y de respetar el derecho a la información universal, a la disponibilidad de servicios y a la elección libre, no se entiende que persista en emitir normas sobre `AQV realizadas obligatoriamente en el marco de campañas`, a pesar que el Colegio Médico ha solicitado fundamentalmente su suspensión. Si son captadas pacientes con ocasión de actividades integrales de salud, durante las cuales se les cita a un centro de salud acreditado para ser intervenidas en una segunda oportunidad, entonces el alcance de la norma es al establecimiento de salud y no a `la campaña`.»

12. Documento del Comité de Expertos al Decano del Colegio Médico del Perú de fecha 27 de mayo de 1998.

- Toda(o) paciente que solicite ligadura de trompas o vasectomía tendrá una sesión de consejería sobre todas las opciones contraceptivas y una segunda sesión sobre posibles complicaciones y la naturaleza irreversible de la anticoncepción quirúrgica así como sobre la gratuidad de la operación y de la atención postoperatoria.
- Luego de la segunda sesión de consejería para la anticoncepción quirúrgica, habrá un periodo de 72 horas para permitir al usuario considerar cuidadosamente todas las opciones.
- La ligadura de trompas y la vasectomía solamente se proveerán en hospitales y centros de salud que sean certificados por satisfacer los estándares para este tipo de operaciones.
- El Ministerio de Salud ha sometido un pedido al Ministerio de Economía y Finanzas para proveer compensación para aquellas personas o familias en caso de evidencia legal de malpráctica o ausencia de consentimiento informado.
- No habrán metas a los proveedores en ligaduras de trompas o vasectomías o sobre cualquier otro método de planificación familiar, ni metas sobre métodos específicos a niveles regionales o locales.
- Las normas nacionales en planificación familiar requieren que todos los métodos estén disponibles y que ningún método sea abogado sobre otro(s).
- Un nuevo sistema de monitoreo y supervisión será implementado y llevado adelante por un equipo de profesionales altamente calificados.

El gobierno peruano a través del Ministerio de Salud reitera su compromiso de proveer la información y servicios que requieran las personas y las parejas para satisfacer sus decisiones reproductivas. El gobierno quiere igualmente reconocer su gratitud a las organizaciones internacionales por su apoyo continuado en promover la salud y los derechos reproductivos de las mujeres.”

CLADEM y el Centro Flora Tristán a mediados de 1998 alcanzarían al Ministerio de Salud un conjunto de propuestas prioritarias. Reproducimos el fragmento correspondiente de la carta ingresada el 21 de agosto de 1998:

“III. PROPUESTAS PRIORIZADAS

1. Implementar medidas para garantizar reparaciones en los casos de muerte y/o prácticas violatorias a los derechos humanos de las usuarias.
2. Diseñar e implementar, sin dilación, acciones de capacitación en derechos humanos a nivel nacional dirigidas a los proveedores de salud.
3. Formular e incorporar indicadores de derechos humanos, ajustados a los estándares internacionales, al PNSRPF.
4. Establecer oficinas independientes en los hospitales y centros de salud del MINSA e IPSS que garanticen a las usuarias canales de queja/reclamación y respuestas administrativas justas y eficaces.
5. (Relativo al caso M. M. vs. Perú ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos¹³ se solicita la disponibilidad del gobierno peruano para comprometerse a llevar

13. Recurso de petición planteado por el CRLP y CLADEM al amparo de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), caso asignado con el número 12.041.

adelante medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud).

6. Revisar el Manual de Normas y Procedimientos sobre AQV (inclusión de una sesión para evaluar la salud de la usuaria y su satisfacción a seis meses de la intervención quirúrgica); actualización del Manual de Normas y Procedimientos en Salud Reproductiva; y evaluación sobre reglamentación legal de: a) las garantías al proceso de decisión en materia de planificación familiar; b) sobre la gratuidad en la atención de complicaciones derivadas de métodos de planificación familiar, en particular anticoncepción quirúrgica; y c) sobre las responsabilidades del personal y del establecimiento de salud por prácticas contra el consentimiento informado y/o por la realización de intervenciones contraindicadas o bajo condiciones de riesgo para la salud de la usuaria.

7. De acuerdo a lo ya tratado en la reunión del 15 de julio sobre acciones específicas en localidades rurales, especialmente en la Provincia de Anta (Cusco) y Huancabamba (Piura), concretar la actividad de salud integral a cargo del Ministerio de Salud para evaluar y atender a las mujeres intervenidas por anticoncepción quirúrgica, con la participación de las organizaciones de mujeres campesinas locales e integrantes de CLADEM y Flora Tristán."

El 29 de agosto de 1998, el Taller Permanente de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas, formuló el siguiente pronunciamiento.

A LOS RESPONSABLES DEL MINISTERIO DE SALUD, PROMUDEH, AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA Y A LA OPINIÓN PÚBLICA EN GENERAL

Nosotras las Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas, representantes de Organizaciones de Base, integrantes del Taller Permanente de Mujeres Indígenas (...).

Nos dirigimos a las Instituciones Públicas y Privadas para hacer llegar nuestro Pronunciamiento y para señalar lo siguiente:

- 1.- Mostrar nuestra disconformidad por la manera como se vienen aplicando los Programas de Planificación Familiar, en diferentes zonas del País, pero sobre todo en las zonas rurales, andinas y de la amazonía de nuestra Patria.
- 2.- El Gobierno mediante el Ministerio de Salud, con sus enfermeras, médicos y todo el personal encargado de hacer esta práctica, para realizar sus objetivos ofrece alimentos, medicinas y dinero a las mujeres; para presionarles y obligarles a someterse a las ligaduras de trompas y vasectomías de Programas de Planificación Familiar, asimismo sucede con el personal técnico de salud que bajo la amenaza del descuento y aumento de sus haberes y despedirlos del trabajo, recorren nuestras zonas.
- 3.- Conforme lo han difundido los diferentes medios de comunicación los llamados «Errores y excesos» del gobierno y del Ministerio de salud; para nuestras familias indígenas del ande y amazonía ha significado muertes, invalidez, traumas psicológicos y separación de la pareja; dejando en la orfandad a los niños, esperando que todo esto pare de una vez por todas y se cambie la política que se aplica en la planificación familiar.

POR ESTAS CONSIDERACIONES SUGERIMOS LO SIGUIENTE:

- 1.- Que el gobierno y el Ministerio de Salud, respete a las Organizaciones de Mujeres de nuestras zonas, coordine con nosotras sus propuestas, del mismo modo difunda eficientemente la información de las ventajas y riesgos de todos los métodos anticonceptivos, ya

que los técnicos sólo resaltan dos formas como son las ligaduras de trompa y vasectomía; con nuestra organización realicemos programas de capacitación a las parejas (incluidos al hombre y la mujer).

2.- Que todo el personal que trabaja en el Programa de Planificación familiar esté capacitado para hablar nuestros idiomas, utilice términos comprensibles, pero al mismo tiempo, respete la cultura y las costumbres del Perú profundo. Y el gobierno cumpla con el Convenio 169 de la OIT, que señala que todos los Programas que realicen los gobiernos en las poblaciones indígenas y nativas deben ser consultados con anterioridad y aprobados por los mismos indígenas.

3.- Que el gobierno destine recursos en la investigación de plantas medicinales y la medicina natural para identificar sus bondades en materia de anticonceptivos que puedan ser utilizados en el Programa de Planificación Familiar.

Esperando la atención y aceptación por parte de las instituciones responsables públicas y privadas, así como de la opinión nacional, las abajo firmantes seguiremos en nuestros reclamos si es que no logramos sensibilizar sobre todo al Estado.

Suscrito por dirigentes y representantes de la Central de la Organización de Mujeres de Ilave (COMI), Asociación de Mujeres Pachamama - Puno, Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú - CONAP, Consejo Aguaruna y Huambisa, Federación de Comunidades Nativas Campa Ashaninka - FECONACA, Federación de Mujeres Campesinas de Anta - FEMCA, Asociación de Defensa y Desarrollo de las Comunidades Andinas del Perú - ADECAP, Federación de Rondas Campesinas Femeninas de la Región Nor-Oriental del Marañón, Federación de Mujeres Campesinas de la Provincia de Caylloma - Arequipa, Asociación de Desplazados del Valle del Mantaro, Federación Departamental de Clubes de Madres de Ayacucho - FEDECMA, OMIAP, FEMUCA, CECONSEC, CHIRAPAQ - Centro de Culturas Indias, Federación Agraria Departamental de Ayacucho (FADA)

En agosto de 1998, el Ministerio de Salud remite a la Defensoría del Pueblo para sus observaciones y recomendaciones la «Tercera Edición 1998» del Manual de Normas y Procedimientos para actividades en anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Recién el 11 de noviembre de 1998, el diario oficial El Peruano publicó la Resolución Ministerial 439-98-SA/DM que aprueba las normas para la calificación de puntos de entrega de servicios para anticoncepción quirúrgica voluntaria. Igualmente en la misma fecha se publicó la Resolución Ministerial 440-98-SA/DM que aprueba las Normas para la Calificación de Médicos Cirujanos para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Mediante Resolución Directoral 019-DGSP, de fecha 10 de diciembre de 1998, fue aprobado el Manual de Normas y Procedimientos para actividades en anticoncepción quirúrgica voluntaria, mereciendo nuevamente observaciones de diversos sectores por insistir, entre otros aspectos, en exceptuar del plazo de 72 horas (garantía al proceso de decisión), en caso de condición de "alto riesgo reproductivo." Reproducimos el fragmento correspondiente a "plazos y sesiones" así como el relativo a "las condiciones que definen alto riesgo reproductivo (RR)", según el Manual aprobado:

B. PLAZOS Y SESIONES

1. SESIONES DE CONSEJERIA

Se impartirán dos sesiones de Consejería a las personas que solicitan AQV:

- Una **SESIÓN GENERAL** que abarque toda la gama de métodos anticonceptivos de Planificación familiar, incluyendo los métodos naturales. Se explicarán las ventajas de cada uno de ellos, mecanismos de acción, indicaciones, contraindicaciones, grado de efectividad, falla complicaciones, etc.
- Una **SESIÓN ESPECÍFICA** que tratará de aspectos relacionados a la AQV, como característica de la operación, tipo de anestesia, complicaciones, falla (embarazo posterior al procedimiento de AQV), irreversibilidad del método e indicaciones para el pre y post operatorio y del control y seguimiento. Terminada esta sesión se le podrá proporcionar un método anticonceptivo temporal que lo usará hasta que se realice la intervención. En esta sesión se informará a la persona que opte por la AQV que existe un **periodo de reflexión de 72 horas** para confirmar su decisión.

Luego de la sesión específica el usuario/a que decidió por la AQV procederá a firmar si así lo cree conveniente, el Consentimiento Informado (Anexo 1), el cual previamente le será leído, analizado detenidamente y verificado por el Profesional de Salud quien debe informarle que **cuenta con un periodo de reflexión de por lo menos 72 horas para confirmar su decisión**; así mismo se le proporcionará un folleto que contiene la información sobre aspectos de AQV brindados en esta sesión de consejería (Ver folletos adjuntos y anexo 3).

2. PLAZOS

Si la persona usuaria decide optar por la AQV, se establece un plazo de reflexión, luego de las sesiones de consejería y antes de la intervención misma, el cual no será menor de 72 horas (verificado mediante las fechas de las dos firmas que deben consignarse en el Formato de Consentimiento Informado (anexo 1). Este plazo permitirá la reflexión y el ejercicio consciente de la libre elección. Se exceptúa de este plazo a las usuarias cuyos casos sean calificados como de alto riesgo reproductivo comprobado, quienes además deberán firmar el documento de Excepción del periodo de Reflexión (ver anexo 2).

El usuario/a traerá su Consentimiento Informado firmado, el día de la intervención quirúrgica, donde ratificará mediante una segunda firma, su deseo de optar por la AQV. Bajo ninguna circunstancia se intervendrá a ningún usuario/a sin su consentimiento, salvo los casos comprobados de incapacidad mental, certificada por médico psiquiatra, en los cuales la decisión será tomada por su representante legal o tutor y refrendada por el Director del Establecimiento.

Según la normatividad vigente en el Perú, para optar por un método quirúrgico de planificación familiar, **NO ES NECESARIA LA FIRMA DEL CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PAREJA**, y así que el consentimiento informado sólo necesita la firma de las siguientes personas:

- Del usuario/a. En caso que el usuario/a sea invidente o analfabeto/a, deberá colocar su huella digital.
- De un testigo, en caso que el usuario sea analfabeto o invidente.
- Del que lo atiende (médico, obstetrix o enfermero/a) señalando su número de colegio o registro profesional.

Si luego de este plazo el/la usuario/a desistiera por este método, se le ofrecerá una nueva sesión de consejería y se le ofrecerán otras opciones anticonceptivas.

C. CONDICIONES QUE DEFINEN ALTO RIESGO REPRODUCTIVO (RR)

La presencia de estas condiciones conlleva un incremento del riesgo de mortalidad y

morbilidad de la mujer en el caso de un nuevo embarazo. Si la usuaria solicita AQV y tuviera algunas de estas condiciones, **su presencia exime de plazo de reflexión de 72 horas establecido en el acápite anterior**. Considerar, que muchas de estas usuarias por las condiciones clínicas que presentan deberán ser intervenidas en hospitales de III y IV nivel con las evaluaciones preoperatorias necesarias de acuerdo a las patologías.

La presencia de dos o más de los siguientes criterios clasifica a la usuaria como Alto Riesgo Reproductivo.

- Ser mayor de 35 años.
- Tener 4 hijos o más.
- Antecedentes de más de dos abortos.
- Mala historia Obstétrica (dos o más cesáreas previas).

La presencia actual de cualquiera de las siguientes patologías clasifica a la usuaria como Alto Riesgo Reproductivo.

- Enfermedad Mental:¹⁴ Psicosis, Oligofrénica.
- Enfermedad Cardiovascular: Hipertensión arterial severa o complicada, Insuficiencia Cardíaca, Arritmias, Prótesis valvular, Algunas cardiopatías congénitas con incapacidad funcional grado II o mayor, Enfermedad Tromboembólica.
- Enfermedad Neurológica incapacitante: Accidente Cerebro Vascular reciente o recurrente, Mielitis transversa, Paraplejía espástica, Miastenia gravis, etc.
- Enfermedad Renal: Glomerulonefritis, Pielonefritis crónica, Insuficiencia renal.
- Enfermedad Hepática: Insuficiencia hepática, Cirrosis
- Enfermedad Pulmonar Limitante: Bronquitis crónica, Enfisema, estado Post-neumectomía, Tuberculosis avanzada, Neumocomiosis.
- Portador de HIV o SIDA.
- Cualquier cáncer activo o Enfermedad Neoplásica.
- Diabetes todos los casos.
- Trastornos de la coagulación.
- Cesareada anterior dos veces (se incluye las histerotomías).
- Enfermedades congénitas: síndrome de DOWN, u otras patologías cromosómicas, y portadores de enfermedades transmitidas por herencia.
- Otras causales de índole exclusivamente médica podrán ser incluidas según criterio del médico responsable y del jefe del departamento o servicio de gineco-obstetricia.”

14. Para los casos de incapacidad mental, las condiciones a considerar para la realización de la AQV, la determinará una junta médica realizada por médicos psiquiatras y con el consentimiento del familiar más cercano (esposo/a, padres, hermano/a, etc.) o del tutor legal, quienes firmarán el consentimiento informado. El familiar o el tutor legal se responsabilizará de llevar a la usuaria/o al establecimiento de salud para sus controles y seguimiento.

Preocupaciones subsistentes

A fines de enero de 1999 recibimos información proporcionada por medios de comunicación del extranjero y del país, acerca de cuatro casos ocurridos en 1998 –luego de los anuncios de correctivos– en los que se habrían producido esterilizaciones sin consentimiento o sin las garantías al consentimiento informado.¹⁵ Posibles incorrecciones en el contexto del parto fueron señaladas por tales fuentes como un asunto que debía ser investigado.

Nuestro equipo había recogido hasta entonces testimonios que daban cuenta de otros cuatro casos correspondientes a ese período en los que se habría incurrido en prácticas contrarias a los derechos humanos, y tuvo conocimiento de otros dos a los que no fue posible acceder directamente para recoger los testimonios correspondientes y/o documentarlos.

De acuerdo a estas mismas fuentes que recorrieron diversas localidades del país durante el mes de enero de 1999, algunas postas que habían sido habilitadas para la realización de anticoncepción quirúrgica durante 1996 y 1997, ahora se encontraban sin personal para prestar servicios básicos.

Desde abril de 1998, de acuerdo a lo informado por las organizaciones locales de mujeres, se interrumpieron efectivamente los llamados Festivales de Ligaduras de Trompas y cesaron las visitas domiciliarias que de modo intenso se habían llevado adelante los dos años precedentes con el objeto de captar usuarias para anticoncepción quirúrgica. Igualmente, se suspendieron actividades de anticoncepción quirúrgica en establecimientos que no reunían condiciones como las postas de salud.

Los pedidos de las mujeres campesinas de Anta y Huancabamba que fueran trasladados por CLADEM y Flora Tristán al Ministerio de Salud en agosto de 1998, a fin de que se llevaran adelante acciones de evaluación y atención de mujeres esterilizadas, no obtuvieron respuesta. Los periodistas que estuvieron en las comunidades de Anta en enero de 1999, pudieron constatar el delicado estado de salud de algunas de ellas y nos informaron del deceso de una mujer que fuera esterilizada en 1997. No pudieron afirmar que su muerte estuviera vinculada directamente a dicha intervención, sin embargo una evaluación oportuna en 1998 hubiera despejado cualquier duda al respecto, a la vez, de haber recibido atención, quizás podría haberse evitado la muerte de la usuaria.

A raíz de ello, un conjunto de comuneras de la provincia de Anta solicitaron asistencia médica y medicamentos en aquellas localidades “donde existen casos de gravedad.” El Movimiento Amplio de Mujeres se dirigió al PROMUDEH solicitando que interviniera y una audiencia con la titular del Ministerio. Se derivó el pedido a trámite documentario, para finalmente considerar lo solicitado de competencia del Ministerio de Salud. Igualmente el Movimiento Amplio de Mujeres, a través de notas de prensa, hizo un llamado a la solidaridad con las mujeres de Anta.

De acuerdo a la versión de las comuneras, personal de salud acudió a indagar por aquéllas que habían suscrito el pedido de intervención médica. No les fue practicada ninguna evaluación ni se les brindó la atención solicitada. Sin embargo, según indican, se les pidió que suscriban un documento declarando no tener problemas de salud relacionados con la anticoncepción quirúrgica.

15. Los testimonios procedentes de Huancavelica han sido recogidos mediante grabaciones de video y audio.

Carecemos de información sobre casos que hayan concluido en indemnización y en sanción a los responsables.¹⁶ Sin embargo, en el presente año, dos casos que habían sido archivados definitivamente por la Fiscalía, han sido reabiertos.

Con relación a los funcionarios que firmaron los "memorandum" sobre cuotas impuestas al personal de salud (en Huancavelica y Piura), documentos que lograran salir a la luz en 1998,¹⁷ ya no se encuentran en sus cargos, pero se desconoce la existencia de sanciones administrativas.

La Mesa Tripartita de Seguimiento a la Implementación del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo (CIPD),¹⁸ en su primer pronunciamiento público desde su creación y a puertas de la Conferencia de El Cairo +5 a realizarse en La Haya en febrero de 1999, declaró «ratificar su compromiso con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Para ello la Mesa participará en el monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud reproductiva a fin de contribuir a su mejoramiento y canalizará los casos problema que pudieran existir en el futuro para facilitar su solución.» En dicho pronunciamiento, la Mesa Tripartita declara que:

"solicitó al MINSA información sobre las actividades de AQV siendo informada sobre los resultados de una evaluación de los servicios ofrecidos en sus establecimientos, que fue llevada a cabo a raíz de las denuncias públicas de las organizaciones de la Sociedad Civil. Esta investigación indicó que, en efecto, existieron ciertos problemas en la calidad de los mismos relacionados con la existencia de metas de cobertura; insuficiente información y consejería a usuarias y usuarios previa a su elección de método anticonceptivo; falta –en algunos casos– de condiciones, tanto locativas como de calificación de recursos humanos para realizar las intervenciones quirúrgicas y ausencia de seguimiento postquirúrgico en algunas de las intervenciones."

En la actualidad, el personal de los establecimientos de salud menciona la existencia de una directiva de no dar información con fines de investigación sin la autorización expresa del Director del Programa de Planificación Familiar.

16. De acuerdo al informe de The Peru Report, del 20 de mayo de 1998, el caso de Juana Rosa Ochoa (procedente de Huaytará) es el único en el que el doctor que operó recibió una sentencia de cuatro años de libertad condicional y la orden de pagar a los familiares S/.3,000 (US\$1,070). El director del establecimiento de salud y otros miembros del personal que dejaron sin atención a la paciente no recibieron sentencia.

17. El de Huancavelica fue obtenido en febrero de 1998 por la Unidad de Investigación de El Comercio, y el de Piura, fechado en 1997, fue obtenido por nuestro equipo en agosto de 1998.

18. Establecida en agosto de 1997 e integrada por representantes del Poder Ejecutivo, Legislativo, algunas ONGs y universidades, así como agencias de cooperación internacional.

IV.

Conclusiones y
recomendaciones



Conclusiones

Las tres primeras conclusiones se refieren a los dos primeros años de implementación del PNSRPF (1996-1997).

1. Se encuentra abrumadoramente probado que el estado peruano estableció metas numéricas a nivel nacional, exclusivamente para el método de anticoncepción quirúrgica, y que éstas no fueron fijadas únicamente con el objetivo de brindar atención de acuerdo a la demanda o con el criterio de programar los recursos necesarios.

2. Existe prueba sustancial procedente de diversas localidades del país que acredita la existencia de cuotas asignadas a los establecimientos y al personal de salud, así como presión y estímulos a los mismos para el cumplimiento de dichas cuotas, lo que ha propiciado violaciones a los derechos humanos, tales como esterilización forzada y otras prácticas contrarias al consentimiento informado en la prestación de servicios de anticoncepción quirúrgica.

3. Se encuentra abrumadoramente probado que en el marco del PNSRPF se llevaron a cabo acciones de carácter masivo con la finalidad exclusiva de captar usuarias para la anticoncepción quirúrgica: ferias o festivales, en menoscabo del derecho a decidir libre e informadamente entre una amplia gama de métodos anticonceptivos.

4. Se encuentra abrumadoramente probado que el estado peruano no actuó diligentemente ni implementó acciones adecuadas para proteger la salud de las personas usuarias, durante y postintervención quirúrgica.

5. El estado peruano no ha mostrado diligencia para garantizar a las personas usuarias afectadas, la obtención de justicia, sanciones a los responsables, ni reparaciones justas.

6. Se encuentra abrumadoramente probado que el estado peruano no obró con transparencia en la implementación del PNSRPF.

7. El estado peruano no ha observado normas sustanciales incluidas en los tratados a los que se encuentra vinculado jurídicamente, incurriendo en responsabilidad por violaciones a los derechos humanos en todas las categorías contempladas en la Sección I de este reporte.

8. A partir de la preocupación pública surgida, el Ministerio de Salud ha emprendido un conjunto de medidas correctivas, reconociendo e incorporando parcialmente algunas de las observaciones y sugerencias planteadas por las organizaciones de la sociedad civil. Se encuentra pendiente, además de un mayor desarrollo normativo e institucional para proteger los derechos de las personas usuarias en los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, una rendición pública por parte del estado peruano sobre la implementación y eficacia de las medidas emprendidas, sobre la atención e indemnización de las personas afectadas y sobre la sanción de los responsables de decisiones y prácticas contrarias a los derechos humanos.

Recomendaciones

Bajo este título, ofrecemos recomendaciones específicas para mejorar el desempeño de los diferentes actores a fin de prevenir los riesgos de violaciones de derechos humanos encontrados por este reporte. Urgimos al conjunto de actores a respaldar la efectiva implementación del Programa de Acción de la CIPD que recoge y fortalece la perspectiva de derechos humanos y el enfoque de empoderamiento de las mujeres.

Al estado peruano

Generales

- El respeto a los derechos humanos debe constituir la base fundamental de la formulación e implementación de los programas de salud reproductiva y planificación familiar.
- El estado debe desarrollar esfuerzos por asegurar una oferta integral de prestaciones en salud reproductiva e independizar éstas de otros criterios que puedan propiciar violación de los derechos y libertades fundamentales de las personas.
- El estado peruano debe erradicar y sancionar actitudes y prácticas discriminatorias contra mujeres en pobreza y pobreza extrema, en particular mujeres rurales e indígenas. Debe comprometerse a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra éstas en los establecimientos públicos de salud. Para ello se sugiere adoptar entre otras medidas:
 - Capacitación en derechos humanos a autoridades y personal de salud, en particular a quienes se encuentran en posiciones de toma de decisión respecto a actividades en salud reproductiva y planificación familiar, así como a proveedores de estos servicios.
 - Incluir entre los mecanismos y criterios de selección, promoción y permanencia laboral del personal de salud en el subsector público, la conducta respetuosa y sensible a los derechos humanos de las pacientes.
 - Sancionar el encubrimiento institucional frente a delitos y faltas contra los derechos de las pacientes, a través de la regulación de sanciones administrativas y mecanismos eficaces, los cuales deben ser difundidos al público usuario en general en lenguaje claro y sencillo.
 - Establecer, en los hospitales públicos, oficinas independientes para la protección de los derechos de los pacientes, donde se atienda la presentación de quejas y reclamos.
- El estado peruano debe a la opinión pública una cabal y veraz información sobre la implementación del PNSRPF, abrir archivos y documentos para la investigación independiente, exponer los resultados de sus investigaciones respecto de los casos denunciados así como sobre las sanciones administrativas aplicadas.
- El estado peruano debe estudiar la tipificación penal del delito de esterilización forzada – considerado por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, como crimen de lesa humanidad– y debe proceder sin más dilación a ratificar dicho instrumento internacional.

Sobre la formulación e implementación de programas y acciones en planificación familiar

- Enfatizar el acceso a información y garantizar administrativamente la provisión de la más amplia gama de métodos anticonceptivos de modo que las personas puedan implementar sus decisiones reproductivas.
- Remover criterios de oportunidad, productividad o rentabilidad en la implementación de programas de planificación familiar que puedan afectar el ejercicio de los derechos reproductivos o que puedan implicar riesgos y desventajas con consecuencias sobre la salud y la vida de las personas usuarias.
- Las políticas, programas y servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, deben ser diseñados y gestionados con un enfoque intercultural y considerando todos los factores de diversidad de la población que puedan influir sobre los resultados de la acción estatal. Respecto a los pueblos indígenas debe cumplirse con lo establecido por el Convenio 169 de la OIT.
- Las organizaciones locales de mujeres deben ser incorporadas en la planificación y evaluación de acciones en salud reproductiva y planificación familiar.
- Garantizar que la información en planificación familiar para las mujeres, incluya orientación legal sobre violencia familiar resultante de sus decisiones en materia reproductiva.
- Fomentar la responsabilidad masculina en relación a sus comportamientos sexuales y reproductivos y en la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Deben disponerse auditorías médicas independientes para revisar la aplicación de las normas y procedimientos en materia de salud reproductiva y planificación familiar.
- Facilitar y promover acciones de monitoreo por parte de las organizaciones de mujeres.

A la autoridad normativa en materia de salud

- Actualización del Manual de Normas y Procedimientos en Salud Reproductiva; formulación de un Manual de Consejería en Planificación Familiar.
- Formalización por norma del estado de:
 - a) las garantías al proceso de decisión en materia de planificación familiar;
 - b) los actos y desempeños proscritos en la prestación de planificación familiar;
 - c) la gratuidad de la atención de complicaciones derivadas de métodos de planificación familiar, en particular, de los de anticoncepción quirúrgica voluntaria; y
 - d) las responsabilidades del personal y del establecimiento de salud por prácticas contra el consentimiento informado y/o por la realización de intervenciones contraindicadas o bajo condiciones de riesgo para la salud de la usuaria.
- Remover de todos los textos normativos, tales como los Manuales de Normas y Procedimientos, contenidos que menoscaban la autodeterminación de las personas. En particular retirar la excepción al plazo por «condiciones de alto riesgo reproductivo.»

A la Defensoría del Pueblo

- Promover el mecanismo de queja protegida a usuarias de servicios públicos de salud.
- Concertar con la población organizada mecanismos para la recepción de quejas, particularmente en localidades distantes.

Conclusiones y recomendaciones

- Velar por el derecho a un recurso efectivo y vigilar que las autoridades desarrollen, de acuerdo a derecho, las posibilidades del recurso judicial interpuesto dentro de un plazo razonable.
- En uso de la facultad de intervención preventiva, realizar visitas a establecimientos de salud certificados para la prestación de anticoncepción quirúrgica.
- Impulsar el desarrollo normativo en salud que garantice la protección del derecho a la salud, los derechos reproductivos y en general los derechos de las personas usuarias.

Al Poder Judicial

- Cumplir con el desarrollo de las posibilidades del recurso judicial que las personas usuarias de servicios públicos de salud interpongan, y resolver observando y aplicando los estándares internacionales de derechos humanos.
- Obrar con diligencia y oportunidad, estableciendo reparaciones justas y eficaces.

Al Ministerio Público

- Investigar con diligencia las denuncias sobre violaciones a los derechos de las personas usuarias en el contexto de los servicios públicos de la salud.

A las asociaciones de profesionales de la salud

- Intervenir activamente en la promoción y protección de los derechos reproductivos, y abogar porque la autoridad político-administrativa garantice condiciones adecuadas para la práctica médica en los servicios públicos de salud.
- Atender y dar respuesta oportuna a las reclamaciones de personas usuarias respecto a desempeños profesionales reñidos con los Códigos de Ética profesionales.
- Intervenir activamente en la actualización y calificación de los recursos humanos en salud.
- Monitorear y colaborar en el desarrollo normativo y programático en salud.

A los centros de formación de profesionales de la salud

- Incorporar en la formación de los profesionales de la salud y estudios de postgrado, contenidos curriculares en Ética y Derechos Humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.

A la cooperación internacional

- Velar por que los fondos de cooperación internacional se destinen de modo que fortalezcan los derechos humanos de las mujeres, y en forma alguna se orienten hacia actividades que menoscaben o anulen el ejercicio de sus derechos reproductivos.
- Incluir indicadores de derechos humanos para la aprobación y evaluación de proyectos de cooperación.
- Dedicar fondos para la realización de acciones de monitoreo por parte de las organizaciones de mujeres.

A los organismos monitores de los tratados y otras instancias internacionales de promoción y protección de los derechos humanos

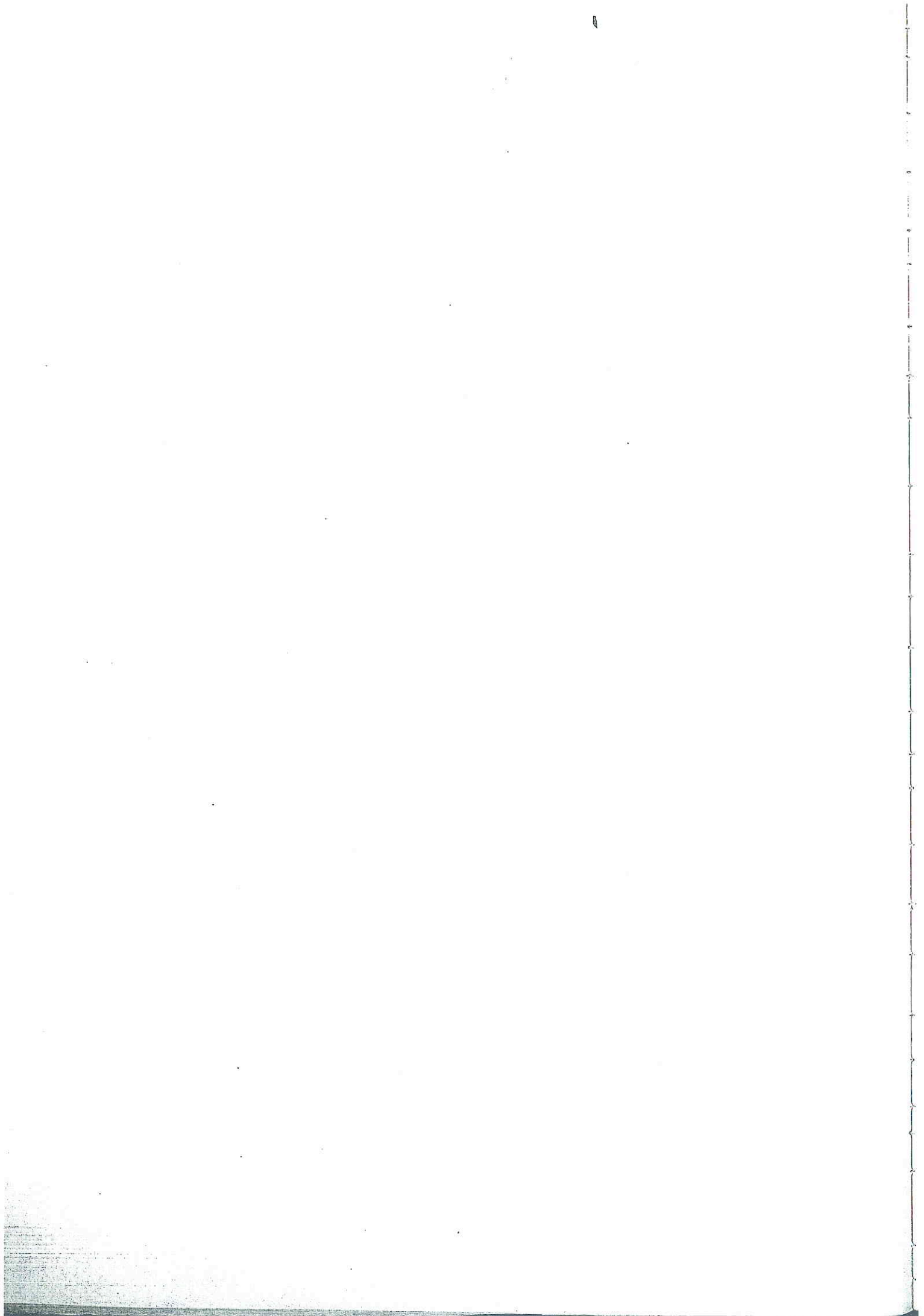
- Efectuar recomendaciones orientadas a mejorar los desempeños del estado peruano respecto de sus acciones en salud reproductiva y planificación familiar en observancia de los derechos humanos reconocidos internacionalmente.
- Velar especialmente respecto de los derechos de las mujeres bajo condición económica desfavorable, mujeres rurales y de poblaciones indígenas, solicitando que se rindan cuentas sobre las medidas especiales tomadas para protegerlas de abusos, discriminación y violencia.

A las organizaciones de defensa de los derechos humanos

- Difundir los derechos humanos de las mujeres y estimular su ejercicio especialmente en aquellos sectores de mujeres más vulnerables a la violencia y discriminación.
- Integrar los derechos reproductivos y los derechos de las personas usuarias de servicios de salud en sus acciones de promoción y protección de los derechos humanos, y canalizar información al respecto a las instancias monitoras de los tratados internacionales de derechos humanos.
- Colaborar con las organizaciones de mujeres en acciones de defensa con vistas a sancionar a los responsables de violaciones a los derechos humanos y a la obtención de reparaciones justas y eficaces.

A los medios de comunicación

- Contribuir a la sensibilización y educación de la opinión pública sobre los derechos reproductivos y los derechos humanos de las mujeres.
- Recoger los puntos de vista de las mujeres y de sus organizaciones en el tratamiento de los temas de salud sexual y reproductiva.



...Al final del recorrido

El punto de partida de este reporte fue el encuentro con aquellas que a diario en el plano local despliegan esfuerzos por hacer realidad la condición de personas con derechos. Testigos y protagonistas de esa batalla por su propia humanidad permitieron poner de manifiesto prácticas contrarias a sus derechos y libertades fundamentales, logrando que sus voces y reclamos alcanzaran el espacio público. La existencia de organizaciones de mujeres dispuestas a defender con autonomía los intereses de "sus semejantes" constituyó la diferencia. Al final del recorrido, quienes transitamos de la mano de éstas, volvemos al círculo en el que surgieran nuestras inquietudes.

No tenemos todas las respuestas para explicar lo acontecido. Si bien un conjunto de factores conspiraron para que ocurrieran las violaciones a los derechos humanos de las mujeres que este informe describe, no menos cierto es que en el camino fueron revelándose responsabilidades que bajo el marco de los estándares internacionales de derechos humanos aprendimos a distinguir.

La discriminación y la violencia contra las mujeres con sus enlaces entre lo privado y lo público, nos advierte de la importancia de expandir las capacidades personales y colectivas de las mujeres para garantizar ejercicios y desempeños que afirmen la vigencia de nuestros derechos.

Al lado de señalar la responsabilidad del Estado por los hechos ocurridos, no podemos soslayar de la lectura aquellas situaciones desafiantes cuya persistencia en nuestros entornos inmediatos amenazan la posibilidad de avances:

- Nos preocupa la continuidad de jerarquías locales que exponen a los sectores de menor poder social a carencias intolerables y a tratos inaceptables. La normalización, en la sociedad peruana, de un tipo de ejercicio de poder que subordina y maltrata por razón de género, raza, origen, lengua, condición económica, debe interpelar nuestras conciencias. Nos hemos acercado a un mundo globalizado, permaneciendo indiferentes a las y los más próximos.*

- Nos preocupan las jerarquías de género al interior de las comunidades domésticas que dieron pie a que algunos prestatarios pasaran por encima de la autodeterminación de las mujeres. Igualmente inquietante fue constatar las prácticas de violencia conyugal y abandono contra aquellas que voluntaria o involuntariamente fueron esterilizadas, la ausencia de soportes familiares que velaran por su recuperación, la extrema soledad que éstas enfrentaron cuando más lo necesitaban.*

- Nos preocupa el manejo en el sector salud de criterios de productividad y rentabilidad, así como la fragilidad de los prestatarios de salud para encarar directivas o indicaciones contrarias a los derechos de las personas usuarias.*

· Nos preocupan aquellas expresiones político-religiosas intolerantes que dan pie a polarizaciones, cuando lo que urge es un diálogo plural sostenido en un estricto marco de derechos, que coloque a las personas al centro de la preocupación.

Las rectificaciones por parte de las autoridades, aunque insuficientes, dan cuenta de los impactos de ejercer activamente nuestra ciudadanía y del valor de aquellas conquistas que el movimiento internacional de mujeres lograra cuando emprendió acciones para el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres.

Valió la pena caminar juntas para afirmar, por encima de cualquier aritmética sobre nuestros cuerpos, ese derecho que las mujeres reivindicamos como nuestro derecho a decidir.

V.

Anexos

Anexo I

Instrumentos del sistema universal de derechos humanos

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), firmado el 11/8/77 y ratificado el 28/4/78 por el Perú.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), firmado el 11/8/77 y ratificado el 28/4/78 por el Perú.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), firmada el 23/7/81 y ratificada el 13/9/82 por el Perú.

Instrumentos del sistema interamericano de derechos humanos

- Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre (1948).
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José, 1969), aprobada por el Perú 11/07/78 y ratificada con la Constitución de 1979. Competencia de la Corte aceptada por el Perú el 21/01/88.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, aprobado en el Perú el 28/04/95, ratificado el 04/06/95.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994), firmada el 12/7/94 y ratificada el 10/04/96 por el Perú.

Conferencias Mundiales de Naciones Unidas

- Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993).
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).
- Cumbre de Desarrollo Social (Copenhague, 1995).
- Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

Códigos de ética

- Código de Ética y Deontología del Colegio Médico (enero de 1970).
- Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.
- Código Internacional de Ética Médica Adoptado por la III Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, octubre de 1949) y enmendado por la 22 Asamblea Médica Mundial (Sidney, agosto de 1968) y la 35 Asamblea Médica Mundial (Venecia, octubre de 1983).
- Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas A/RES/37/194, 9 de marzo de 1983).

Anexo 2

Repertorio de fuentes de información

A) Fuentes directas

- Testimonios y entrevistas tomadas por el equipo de investigación conforme a lineamientos:
 - Testimonios de usuarias.
 - Testimonios de dirigentes e integrantes de organizaciones locales de mujeres (entrevistas individuales y colectivas).
 - Testimonios de familiares de fallecidas.
 - Entrevistas a agentes de salud.
 - Entrevistas a otros testigos relevantes.
- Informes y documentos oficiales:
 - Lineamientos de Política de Salud (1995-2,000). Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad.
 - Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2,000.
 - Manual de Normas y Procedimientos sobre Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (1997).
 - Manual de Salud Reproductiva (1992).
 - Guías Nacionales de Salud Reproductiva (1997).
 - Informe sobre la aplicación de la AQV: los casos investigados por la Defensoría del Pueblo, enero de 1998.
 - Directivas y circulares al personal de salud en relación a captación de usuarias.
 - Directivas sobre correctivos en el programa de planificación familiar (1998).
 - Proyecto de Presupuesto del Ministerio de Salud presentado a la Comisión de Presupuesto del Congreso de la República (setiembre, 1997).
 - Material empleado por agentes de salud durante las campañas de anticoncepción quirúrgica: volantes originales y fotocopias.
- Normas nacionales
 - Constitución Peruana (1993).
 - Ley Nacional de Población, Decreto Legislativo 346 (1985), modificada por Ley 26530 (1995): inclusión de la anticoncepción quirúrgica.
 - Ley General de Salud (publicada en julio de 1997, en vigencia los títulos que tratan sobre derechos de los usuarios y lo relativo al consentimiento informado en enero de 1998).
 - Código Penal (1991).
 - Código Civil (1984).
 - Resolución Ministerial 572-95-SA/DM (1995): Gratuidad en el suministro de la más amplia gama de métodos anticonceptivos.
 - Resolución Ministerial. 0738-92-SA/DM (1992): Aprueban Manual de Salud Reproductiva.
 - Resolución Ministerial. 495-97-SA/DM (1997): Aprueban Guías Nacionales de Salud Reproductiva 1997.
 - Resolución Ministerial 071-96-SA/DM (1996): Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2,000.

- Ley 26790: Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo 019-81-SA (1981): Gratuidad de la atención de los casos de embarazo, parto y puerperio.

- Material fotográfico, videos y registros magnetofónicos.

B) Fuentes indirectas

- Información en medios de comunicación (televisión y prensa escrita):
 - Noticias y reportajes sobre casos.
 - Entrevistas a autoridades públicas.
 - Entrevistas a líderes de opinión y expertos.
 - Material de archivos de unidades de investigación periodística.
- Información y material alcanzados por terceros (organizaciones locales de mujeres, organizaciones de derechos humanos, entre otros):
 - Material fotográfico, videos y registros magnetofónicos.

Sobre el modo cómo fueron ubicadas, seleccionadas y contactadas las personas que prestaron su testimonio:

Identificación de casos

Se realizó a través de tres circuitos:

a. Casos notificados a través del circuito de las organizaciones de mujeres de base, organizaciones locales de derechos humanos y organizaciones de defensa de los derechos de la mujer a nivel nacional.

b. Casos obtenidos acudiendo a localidades en donde se realizaron campañas de ligaduras de trompas y vasectomía (búsqueda «in situ»).

c. Casos obtenidos a través del circuito de los medios de comunicación-unidades de investigación (información publicada y no publicada).

En a y b, se contó con la colaboración de organizaciones de mujeres de base, organizaciones de derechos humanos y organizaciones de defensa de los derechos de la mujer con presencia y trabajo local, las que respondieron a nuestro pedido de información o que tomaron contacto con nosotras al conocer de nuestra investigación.

En c, los casos identificados incluyeron aquéllos notificados y documentados por las unidades de investigación de dos de los principales medios de prensa escrita en el Perú: El Comercio y La República, los sacados a luz por medios locales (prensa escrita), los expuestos a través de cuatro canales de televisión (Canal 2, Canal 5, Canal 9 y Canal 13), los informes transmitidos por medios de prensa extranjera y la televisión internacional.

La recolección de testimonios se llevó adelante considerando, en primer lugar, aquellos casos en los que la persona informante declaró haber sufrido o haber sido testigo de abusos por parte de autoridades o agentes de salud en el marco de la implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

En nuestras visitas «in situ» en localidades en donde hubo «campañas de anticoncepción quirúrgica» la recepción de testimonios fue abierta a todas aquéllas que fueron ligadas a

efectos de indagar sobre la posible existencia de esterilización forzada, otras prácticas contrarias al derecho a decidir libre e informadamente y/o conductas y condiciones que comprometen el derecho a la salud. Inclusive ingresamos casos y testimonios de algunas personas que fueron esterilizadas antes de 1996 (igualmente en el contexto de los servicios públicos del sistema de salud). Esta inclusión tuvo como objetivo cotejar las similitudes y variaciones en la prestación de los servicios de anticoncepción quirúrgica.

Lineamientos e instrumentos para la recolección de testimonios:

El estudio adoptó los siguientes lineamientos, los mismos que recogen las pautas normalmente exigidas bajo la metodología de «fact-finding»:

- Exposición clara a los testigos de nuestro interés central por establecer la verdad de los hechos y autorización verbal respecto de su participación en la investigación y condiciones.
- No dar retribución a cambio de testimonios.
- Respetar el relato y sólo intervenir para lograr precisiones o aclaraciones.
- No orientar ni inducir las respuestas, respetar los silencios.
- Consultar a la persona entrevistada si desea que su caso sea puesto en conocimiento de la Defensoría del Pueblo.

Nos apoyamos en un instrumento básico: un checklist de referencia para obtener una información completa y relevante.

Nuestro instrumento fue elaborado con vistas a obtener información sobre los siguientes aspectos:

a) Ficha básica:

Nombre, edad, residencia (condición de migrante o desplazada), estado civil actual y al momento de la intervención quirúrgica, número de embarazos, número de hijos vivos en la actualidad, edad del último de los hijos, escolaridad, ¿sabe leer y escribir?, ¿sabe firmar?, lengua, ocupación al momento de la intervención quirúrgica (tipo de actividades y jornada de trabajo), ocupación actual, métodos anticonceptivos que usaba previamente a la intervención, conocimiento previo de métodos anticonceptivos, intención respecto de nuevos embarazos.

b) Relato cronológico de los hechos:

b.1 Historia de cómo fue contactada la persona usuaria:

¿Cómo toma contacto con la prestación de servicios de planificación familiar?: fecha(s) y lugar(es) del(os) contacto(s). Qué sucedió en tal(es) oportunidad(es): ¿quién tomó la iniciativa de tratar sobre la anticoncepción quirúrgica?, información brindada sobre la más amplia gama de métodos anticonceptivos, información brindada sobre la anticoncepción quirúrgica, interés y conocimiento previo de la usuaria respecto a la anticoncepción quirúrgica, lenguaje usado por el prestatario, empleo de incentivos, ofrecimientos, amenazas, presión o cualquier forma de coerción o violencia sobre la persona, el cónyuge u otro familiar.

b.2 Ocurrencias entre el primer contacto y la intervención.

Plazo entre el primer contacto y la intervención quirúrgica, ¿firmó o no un documento escrito?, ¿leyó o no el contenido de ese documento?, ¿lo comprendió?

b.3 Circunstancias y ocurrencias durante el acto quirúrgico.

Fecha y lugar de la intervención quirúrgica, entrevistas y exámenes previos, otras usuarias captadas, nombre del personal que la atendió (incluir si sabe si eran médicos, enfermeras, obstetras), eran de la localidad o no, trato recibido, estado de salud de la paciente antes de la intervención (nutrición, anemia, ETS, tuberculosis, obesidad, antecedentes de intervenciones quirúrgicas), preparación para el acto quirúrgico, ¿qué sucedió en sala? (número de personas en la sala, uso de anestesia durante la intervención, ¿estuvo consciente o no?, tiempo que duró.

b.4 Período postoperatorio inmediato.

Manifestaciones al despertarse, quién estaba, qué hizo, ¿fue trasladada a su domicilio?, ¿cuándo y quién la trasladó?, ¿le dieron medicamentos?, ¿qué tipo de medicamentos?, ¿le hicieron indicaciones para el postoperatorio? ¿quién?, ¿en qué momento y bajo cuáles circunstancias? ¿presentó molestias, dolor, fiebre, complicaciones?

b.5 Seguimiento, evolución, consecuencias.

¿Cuándo volvió a tener contacto con el personal de salud? ¿Está satisfecha con la intervención? ¿Hizo reclamaciones o denunció en caso de abusos?, ¿a dónde? Impactos sobre su vida: salud, relaciones familiares, desempeño laboral, relaciones en la comunidad, con el personal de salud, otras.

Adicionalmente registramos nuestras observaciones sobre el entorno y las condiciones de vida de la persona entrevistada: vivienda, salubridad, condiciones climáticas, cercanía/proximidad a puestos de salud, etc.

Anexo 3

Zonas de donde procede la información levantada 1996-1998

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
Ancash	Huaraz	Huaraz
	Bolognesi	Cajaccay
	Santa	Chimbote
	Huari	San Marcos
	Sihuas	Sihuas
	Recuay	Recuay
Apurímac	Andahuaylas	Khishuara
		Chiara
Arequipa	Arequipa	Arequipa
Ayacucho	Huamanga	
	Huanca Sancos	
	Huanta	
Cajamarca	Cajamarca	Encañada
	Hualgayoc	Bambamarca
	Celendín	
Cusco	Cusco	Cusco
	Anta	Anta
		Mollepata
		Limatambo
		Huarocondo
	Chumbivilcas	
	Urubamba	
	Calca	Pisac
	Espinar	San Salvador
	Canchis	Sicuani
		San Pedro
	Canas	Yanaoca
	Paruro	Ccapi
	La Convención	Pichari
Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
	Acobamba Huaytará	Acobamba Huaytará
Huánuco	Huánuco	Huánuco
Ica	Pisco	Pisco
Junín	Concepción Huancayo Chanchamayo Chupaca Tarma	Huancayo Chupuro Huayucachi San Ramón Chupaca Chongos Bajo Palca
La Libertad	Trujillo Pacasmayo Julcán	El Porvenir Pacasmayo Julcán
Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo Monsefú
Lima	Lima Barranca Huaral Huaura Oyón	Lima Comas El Agustino Independencia La Molina Lince Pueblo Libre Puente Piedra Rímac San Juan de Miraflores San Martín Villa El Salvador Barranca Huaral Sayán Oyón

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
Loreto	Maynas Alto Amazonas	Iquitos Barranca Jeberos
Piura	Huancabamba Sullana Paita Ayabaca Piura	Huancabamba Sondorillo Sóndor Sullana Marcavelica La Huaca Paimas Piura
Puno	Puno	Puno
San Martín	San Martín Bellavista Tocache Picota	Tarapoto Bellavista Tocache Picota
Tumbes	Tumbes	Tumbes
Ucayali	Coronel Portillo	Yarinacocha

Bibliografía

AMERICA'S WATCH

1991 Criminal Injustice, Violence Against Women in Brasil, New York.

1996 All Too Familiar. Sexual Abuse of Women in U.S. State Prisons, New York.

AROCA M., Javier

1996 Los derechos de los pueblos indígenas. En Derechos humanos y pueblos indígenas de la Amazonía peruana, APEP-CAAP, Lima

ASIAN FORUM FOR HUMAN RIGHTS AND DEVELOPMENT

S/f Fact-Finding and Documentation of Human Rights Violations

(Reporte del regional training programme, set. 27 - oct. 12, 1992, Manila)

BOBBIO, Norberto

1996 The Age of Rights. Ed. Polity Press, Cambridge, U.K.

CANÇADO, Antonio A.

1996 La protección de los derechos humanos en el sistema de la Organización de Estados Americanos y el derecho interno de los Estados. En Protección internacional de los derechos humanos de las mujeres; IIDH-CLADEM, San José de Costa Rica

CAREAGA, Gloria, FIGUEROA, J. Guillermo y MEJÍA, M. Consuelo (Compiladores)

1996 Ética y salud reproductiva, Ed. Miguel Angel Porrúa, Coordinación de Humanidades-Programa Universitario de Estudios de Género UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud UNAM, México.

CERVANTES, Alejandro

1996 De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México. En CAREAGA, FIGUEROA y MEJÍA.

CONSORCIO MUJER

1995 "La calidad de atención en salud reproductiva, en una muestra de centros y puestos de salud de Cusco, Lima, Piura y San Martín." (mimeo) Lima.

COOK J., Rebecca

1990 International Protection of Women's Reproductive Rights. En International Law and Politics, vol. 24,

1994 State Responsibility for Violations of Women's Human Rights. En Harvard Human Rights Journal, Vol. 7, Harvard.

1997 Considerations for Formulating Reproductive Health Laws (Draft)

COOK J., Rebecca (editora)

1998 Derechos humanos de la mujer, Perspectivas nacionales e internacionales. Ed. PROFAMILIA, Santafé de Bogotá

CRLP-CLADEM

1998 Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima

CRLP-DEMUS

1997 Mujeres del mundo: Leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas, América Latina y el Caribe. Lima-Nueva York.

- DÍAZ, J. y HALBE, H.
 1990 "Calidad de la atención en los servicios clínicos de planificación familiar en América Latina", trabajo presentado en la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Calidad de la Atención en Planificación Familiar. México.
- FAMILY CARE INTERNATIONAL
 1994 Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos. Nueva York.
 1995 Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Nueva York.
- FIGUEROA, Juan Guillermo
 1996 Comportamiento reproductivo y salud. En CAREAGA, FIGUEROA y MEJÍA, 1996. GIN (Mujeres por la Igualdad Real).
 1995 Salud reproductiva en el Perú. En Del compromiso a la acción. Después de Beijing, qué ha hecho el estado peruano. Lima.
- IIDH-CLADEM
 1996 Protección internacional de los derechos humanos de las mujeres. San José de Costa Rica
- INEI
 1995 Perú 1993: Población total por area urbana y rural, según departamentos, provincias y distritos. Lima.
 El analfabetismo en el Perú. Lima.
 La mujer en el Perú: características demográficas, sociales y económicas según los Censos Nacionales de Población y Vivienda. Lima.
 1996 Perú: proyecciones departamentales de la población 1995-2000. Lima.
 Encuesta Nacional de Salud (ENDES). Lima.
 1997 Compendio estadístico 1996-1997. Lima.
- INEI-PRISMA
 1992 Encuesta demográfica y de salud familiar 1991/1992 (Perú). Lima.
- INEI-UNICEF
 1995 Estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú 1995. Lima.
 1997 Perú: la población de las comunidades indígenas de la Amazonía. Lima.
- INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS LAW GROUP
 1993 Women's Human Rights: Follow-up to Vienna, Training and Reference Manual, Washington D.C.
- ISAACS, Stephen L., MACKLIN, Ruth y COOK, Rebecca
 1998 Declaración sobre proposiciones éticas en salud reproductiva y políticas de población, en CAREAGA, FIGUEROA y MEJÍA, 1996.
- LASSONDE, Louise
 1997 Los desafíos de la demografía. ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?, Fondo de Cultura Económica. México, 262 págs.
- MINISTERIO DE SALUD
 1994 "Informe técnico No. 2: Fecundidad, planificación familiar y salud reproductiva en el Perú", 102 págs.
 1995 Lineamientos de política de salud 1995-2000, Lima
 1997 Manual de normas y procedimientos para actividades de A.Q.V., 52 págs.

ONU

1991 Manual on Human Rights Reporting, under six major international Human Rights Instruments, New York, 203 págs.

OPS

1990 Códigos internacionales de Ética, en *Biomédica: Temas y perspectivas*. Washington D.C., págs. 221-225 y 239-244.

ORENLICHER, Diane F.

1990 Bearing Witness: The Art and Science of Human Rights Fact-Finding. En *Harvard Human Rights Journal* Vol. 3.

PETROVICH, Aleksandar

1999 Una historia jurisprudencial angloamericana: Derecho al Consentimiento Informado. En *Revista del Foro*, No. 4, Colegio de Abogados de Lima, Lima.

REYSOO, Fenneke, VAN DER KWAAK, Anke y HUQ, Nasreen

1995 The incentive trap. A study on coercion, reproductive rights and women's autonomy in Bangladesh, Rijks Universiteit Leiden, Naripokkho (Bangladesh), Women and Autonomy Centre (VENA, Leiden University, The Netherlands), Wemos (The Netherlands), Leiden.

RAVINDRAN, D.J, GUZMÁN, Manuel e Ignacio BABES (Editores)

S/f Handbook on Fact-Finding and Documentation of Human Rights Violations.

(Basado en el Workshop 1-6 Oct. 1993, Chiangmai, Thailand, organizado por el Forum-Asia y Union for Civil Liberty), Asian Forum for Human Rights and Development, Manila.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE

1994 Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Washington.

Producción gráfica:
F&F Editorial E.I.R.L.
Av. Canevaro 846, 2do. piso-Lince.
Este libro se terminó de imprimir
en abril de 1999, en Lima-Perú.