

El caso de las esterilizaciones forzadas en el Perú como una violación de los derechos humanos

Julissa Mantilla Falcón(*)

Abogada. LLM in Human Rights por The London School of Economics and Political Science.
Profesora de Derechos Humanos en la Pontificia Universidad Católica del Perú.
Miembro de la asociación civil IUS ET VERITAS

1 Introducción.

Entre 1997 y 1999, la Defensoría del Pueblo recibió más de 90 denuncias relativas a violaciones de los derechos reproductivos en el Perú, las cuales involucraban a 157 personas (138 mujeres y 19 varones). De acuerdo a esta institución, 17 de estas personas murieron, mientras que las restantes continuaban sufriendo complicaciones luego de la aplicación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 a cargo del Ministerio de Salud.

Este artículo tiene tres partes. En la primera haremos una revisión general de los instrumentos de derechos humanos que se ocupan del tema de los derechos reproductivos, incluyendo además las conferencias internacionales que han tocado el tema. La segunda parte versa sobre el derecho interno, haciendo mención de algunas de las quejas recibidas en la Defensoría del Pueblo. Finalmente, nos referiremos a los derechos humanos violados en el caso peruano, formulando algunas recomendaciones generales para la protección de los derechos

reproductivos en el país, tomando en consideración los efectos del Programa desarrollado por el gobierno pasado.

¿Cuál es el concepto de derechos reproductivos? ¿Qué clase de derechos son? ¿Qué pasó en el caso peruano y qué derechos fueron violados? Este artículo tratará de contestar estas preguntas.

2 El concepto de derechos reproductivos.

El concepto de derechos reproductivos aparece como tal no hace mucho tiempo atrás, existiendo cierta incertidumbre y falta de consenso sobre la definición del mismo, tanto a nivel internacional como nacional. La primera pregunta que se formula es si se trata o no de nuevos derechos. Para ello, debe considerarse si la lista de derechos humanos puede o no ser expandida⁽¹⁾ y, además, si es que los derechos reproductivos comprenden no sólo derechos civiles y políticos, sino además derechos económicos, sociales y culturales.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que ambos tipos de derechos son universales, indivisibles,

(*) Mi agradecimiento a la Defensoría Especializada en los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo, por haberme permitido formar parte del equipo que investigó los casos que en este artículo se describen. Un reconocimiento especial a Luis García Westphalen y Ana María Vidal, estupendos amigos y compañeros de trabajo.

(1) HIGGINS, P. *Problems and Process. International law and how we use it.* (1994). p. 105.

interdependientes e interrelacionados⁽²⁾. Sin embargo, en lo que se refiere a los derechos económicos, sociales y culturales, se ha llegado a sostener que éstos no constituyen derechos humanos y que tratarlos como tales implicaría disminuir el disfrute de la libertad individual, posición con la que discrepamos⁽³⁾. Se dice además que uno de los principales retos en esta materia es identificar medios efectivos para la realización de estos derechos, ya que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁽⁴⁾ sólo establece que los gobiernos deben usar todos los medios apropiados para lograr la efectividad plena de los derechos reconocidos en el mismo⁽⁵⁾. A nuestro juicio, los derechos reproductivos deben ser considerados como una “nueva” clase de derechos humanos, cuya relación con el tema de los derechos de las mujeres, hace aún más difícil comprenderlos y aceptarlos como tales. ¿Por qué? Porque la situación de las mujeres nunca ha sido considerada directamente en la elaboración de los tratados generales de derechos humanos ni en el trabajo de los organismos en la materia, cuyo énfasis ha sido puesto en los derechos civiles y políticos. Ésta es una de las más importantes razones para desarrollar tratados específicos y crear organismos internacionales con el objetivo de enfatizar la situación real de las mujeres en el mundo.

Como una explicación de esta invisibilidad de las mujeres y de sus necesidades, se ha sostenido que los principios de derecho internacional reproducen la conocida dicotomía público-privado, privilegiando el llamado *male approach*⁽⁶⁾. Una manera de mejorar la situación de los derechos humanos de las mujeres ha sido diseñar tratados específicos, orientados a enfatizar “los temas de las mujeres”, así como las conferencias internacionales organizadas por las Naciones Unidas desde 1975⁽⁷⁾. Los derechos reproductivos deben su reconocimiento a estas conferencias y su concepto se

define en base a un número de diferentes derechos humanos⁽⁸⁾.

2.1 Las conferencias internacionales.

En 1993, durante la Conferencia Mundial en Derechos Humanos (Viena), el tema fue debatido ampliamente, siendo el caso que en la Declaración de Viena y en el Programa de Acción se hace una referencia al derecho a la salud de las mujeres. La Declaración reconoce la importancia del disfrute por parte de las mujeres de los más altos estándares de salud mental y física, el derecho a un sistema de salud accesible y adecuado y al más amplio universo de servicios de planificación familiar⁽⁹⁾. Sin embargo, la primera vez que el término “derechos reproductivos” fue mencionado propiamente fue en 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) desarrollada en El Cairo, en la que se sostuvo que los derechos reproductivos reunían otros derechos humanos, los cuales ya habían sido reconocidos tanto a nivel de la legislación interna como de los documentos internacionales. Se dijo, además, que los derechos reproductivos descansaban en el reconocimiento del derecho básico de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo en su nacimiento, y a tener la información necesaria y los medios apropiados a fin de lograr el más alto estándar de salud sexual y reproductiva. También se incluye el derecho a tomar decisiones concernientes a la reproducción, libres de discriminación, coerción y violencia, como se expresa en los diferentes documentos de derechos humanos⁽¹⁰⁾.

Básicamente, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo reconoce que los derechos relativos a la reproducción humana incluyen la promoción de relaciones de género equitativas,

(2) Declaración de Viena y Programa de Acción. UN Doc. A/CONF.157/23 (1993). Párrafo 5.

(3) STEINER, H. y ALSTON, P. *International Human Rights in context. Law, Politics, Morals*. 1996. p. 257.

(4) G.A.Res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16). En: 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3.

(5) STEINER, H. y ALSTON, P. Op.cit.; pp.269-270.

(6) CHARLESWORTH, H., CHINKIN, C. y WRIGHT, S. *Feminist approaches to International Law*. En: *American Journal of International Law*. Vol. 85, 1991. p. 627.

(7) Estas conferencias fueron celebradas en México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing (1995). Durante los años 1999 y 2000 se ha realizado una serie de reuniones internacionales con el objetivo de analizar la evolución y el cumplimiento de los acuerdos adoptados en dichas conferencias.

(8) CRLP. *Women's Reproductive Rights. The International legal foundations*, New York, (Junio de 1996). p. 1.

(9) SULLIVAN, D.J. *Women's human rights and the 1993 World Conference on Human Rights*. En: *American Journal of International Law*. Vol. 88, 1994. p. 161.

(10) Report of the International Conference on Population and Development (ICPD), UNDoc A/CONF.171/13 (1994). Párrafo 7.3.

resaltando los factores que impiden la salud reproductiva: prácticas sociales discriminatorias, actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas y la falta de poder de las mujeres sobre sus vidas reproductivas⁽¹¹⁾. Este concepto no se agota en el tema de la planificación familiar.

Más aún, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Asimismo, el documento se refiere a los servicios de salud reproductiva como a la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar de las personas⁽¹²⁾.

En este contexto, los métodos de planificación familiar deben ser “aceptables”, “de acuerdo a la ley” y “apropiados”. El Programa de Acción incluye principios de derechos humanos, estableciendo que la implementación de las recomendaciones por cada país debe ser consistente con el derecho interno y las prioridades de desarrollo, con el completo respeto por los valores religiosos, éticos y culturales de la población, en conformidad con los derechos humanos universalmente reconocidos⁽¹³⁾. Por lo tanto, los gobiernos pueden ser encontrados responsables ante la comunidad mundial por las políticas estatales que violen los derechos reproductivos y otros derechos humanos⁽¹⁴⁾.

Más adelante, en 1995, la Plataforma de Acción de Beijing⁽¹⁵⁾ reafirma el derecho de todas las mujeres a decidir sobre el número y el intervalo en el nacimiento de sus hijos y a tomar decisiones reproductivas, libres

de coerción. Este documento reconoce, además, los derechos sexuales de las mujeres, estableciendo que éstas tienen derecho a controlar su propia sexualidad y a decidir en este tema en una base de equidad con los varones⁽¹⁶⁾. Sin embargo, debe notarse que ninguna de estas declaraciones generan obligaciones por parte de los Estados, ya que forman parte del denominado *soft law*⁽¹⁷⁾.

En resumen, los componentes básicos de los derechos reproductivos son, en primer lugar, **la libertad de reproducción**, la cual sólo es posible si a las personas se les reconoce previamente el derecho a una vida libre de discriminación, el derecho a la libertad y seguridad personales, el derecho al matrimonio y a fundar una familia, el derecho a la privacidad y a la vida familiar, el derecho a la información y a la educación, así como el derecho a acceder a los servicios de salud y a los beneficios del progreso científico⁽¹⁸⁾. Asimismo, las mujeres tienen **el derecho de tomar decisiones en materia reproductiva**⁽¹⁹⁾, es decir, a determinar el número y el intervalo en el nacimiento de sus hijos. Este derecho fue dado en primer término a los padres, para luego ser reformulado e incluir a “las parejas e individuos”⁽²⁰⁾. Este último concepto incluye el derecho a acceder a “los medios” por los cuales las mujeres pueden espaciar el nacimiento de sus hijos⁽²¹⁾. Más aún, es necesario contar con la **información y educación adecuadas**, para estar consciente de los riesgos de su salud y de la salud de sus hijos, en las situaciones de *close birth spacing*⁽²²⁾. Finalmente, los derechos reproductivos no podrán ser ejercidos por las mujeres si no se cuenta con un ambiente **libre de discriminación, violencia y coerción**.

(11) BOLAND, R. *Promoting reproductive rights: A global mandate*. 1997. p. 16

(12) La Asamblea General de la ONU ha reafirmado las definiciones acordadas en El Cairo (Junio, 2000).

(13) Ver nota 12, Ch. II princ. 6 y Ch. III.

(14) CRANE, B. y ISAACS, S. *The Cairo Programme of Action: A new framework for International Cooperation on Population and Development Issues*. Harvard International Law Journal. Vol. 36, Número 2. Primavera de 1995. p. 300.

(15) *Report of The Fourth World Conference On Women*. UN Doc A/CONF.177/20 (1995). Párrafo 94 y 95.

(16) BOLAND, R. Op.cit.: pp. 16-17.

(17) MALANCZUK, Peter. *Akehurst's Modern Introduction of International Law*. 1997. p. 54.

(18) COOK, R. *International Human Rights and Women's Reproductive Health*. p. 259. En: PETERS, J. y WOLPER, A. (editores). *Women's rights Human rights*. 1995.

(19) Proclamation of Teheran, Final Act of the International Conference on Human Rights, Teheran, (22/04-13/05, 1968), UN Doc. A/CONF. 32/41 at 3 (1968).

(20) World Population Conference (Bucharest, 1974) y la International Conference on Population (Mexico, 1984).

(21) BOLAND, R. Op.cit.: p. 14.

(22) COOK, R.J. *International Protection of Women's Reproductive Rights*. En: *New York University Journal of International Law and Politics*. Vol. 24. 1992. p. 684.

2.2 Documentos internacionales de derechos humanos.

En esta parte nos referiremos brevemente a los derechos incluidos en las declaraciones internacionales de derechos humanos y los tratados, considerando que la existencia y el respeto de los derechos reproductivos implica el reconocimiento y el respeto de otros derechos⁽²³⁾ reconocidos en estos documentos⁽²⁴⁾. Sin embargo, el énfasis se pone en las declaraciones y tratados que se relacionan directamente con los derechos humanos de las mujeres y de los cuales el Perú es parte.

2.2.1 La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)⁽²⁵⁾.

Este tratado define el término “discriminación contra las mujeres” como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o 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 en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera⁽²⁶⁾.

El artículo 5 establece que los Estados Partes deben tomar todas las medidas apropiadas para garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al

desarrollo de sus hijos. Asimismo, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres-CEDAW señala que los Estados Parte tomarán todas las medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres, con el objetivo de asegurarles iguales derechos que a los varones en el campo de la educación y cuidado de la salud, especialmente para garantizar el acceso de las mujeres a la información y servicios relativos a la planificación familiar⁽²⁷⁾. Lo mismo se establece para el caso de las mujeres de las zonas rurales⁽²⁸⁾. Finalmente, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres-CEDAW establece el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que desean tener así como sobre el intervalo entre los nacimientos⁽²⁹⁾. La regulación de la fertilidad y de la salud reproductiva, destaca el documento, debe ser entendida como una manera de empoderar a las mujeres, y no como una forma de limitar el crecimiento de la población, salvar el medio ambiente y/o acelerar el crecimiento económico⁽³⁰⁾.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el órgano supervisor creado por la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres-CEDAW, elaboró la Recomendación No. 24⁽³¹⁾, relativa al artículo 12 del tratado, afirmando que el acceso al cuidado de la salud, incluyendo la salud reproductiva, es un derecho básico bajo la Convención, requiriendo que los Estados eliminen la discriminación contra la mujer en esta materia.

(23) Para una lista de estos derechos ver: Rebecca Cook y Mahmoud F. Fathalla. *Advancing reproductive rights beyond Cairo and Beijing*. En: *International Family Planning Perspectives*. Vol. 22, No. 3, Septiembre 1996. p. 116.

(24) Declaración Universal de Derechos Humanos (G.A. res. 217A (III), U.N. Doc A/810 at 71 (1948)); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171); Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (G.A. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) at 193, U.N. Doc. A/34/46; Convención interamericana para la prevención, castigo y eliminación de la violencia contra la mujer (Junio 9, 1994, 24a sesión de la GA de la OEA).

(25) Perú ratificó este tratado el 13/10/ 1982.

(26) Artículo 1.

(27) Artículo 10 (h) y Artículo 12.

(28) Artículo 14 (2).

(29) Artículo 16 (1).

(30) PLATA, M.I. *Reproductive Rights as Human Rights: The Colombian Case*. p. 515. En: COOK, R.J. (editor). *Human Rights of Women. National and International Perspectives*. 1994.

(31) CEDAW. Vigésima Sesión (1999).

2.2.2 La Convención Interamericana para la Prevención, Castigo y Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Para)⁽³²⁾.

Esta convención define la violencia como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. El concepto incluye la violencia física, sexual y psicológica⁽³³⁾. En este sentido, se sostiene que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, disfrute, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y libertades reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, tanto a nivel universal como regional. La mujer tiene derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral; además, tiene derecho a la libertad y seguridad personales, a no ser sometida a torturas, a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones⁽³⁴⁾. Es evidente que los derechos regulados en este documento, son fundamentales para el desarrollo de las condiciones necesarias para el ejercicio de la libertad reproductiva de las mujeres.

Pasemos ahora a considerar la situación del Perú con relación a los derechos reproductivos de las mujeres.

3 El caso peruano.

3.1 La Constitución peruana.

La Constitución de 1993 establece que todas las personas tienen el derecho a la vida, a la integridad física y psicológica, así como a su desarrollo libre y bienestar. Asimismo, se establece que nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole. Las personas tienen el derecho a la libertad y a la seguridad personal⁽³⁵⁾.

Respecto a las políticas de población, la Constitución establece que su objetivo es difundir y promover la paternidad y maternidad responsables, reconociendo el derecho de las familias y de las personas a decidir⁽³⁶⁾. El Estado asume el deber de desarrollar los programas de educación y de información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud de los individuos. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa⁽³⁷⁾. La política nacional de salud es determinada por el Estado, siendo el Poder Ejecutivo el responsable de normar y supervisar su aplicación, conduciéndola de una manera plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud⁽³⁸⁾.

Es necesario contar con la información y educación adecuadas, para estar consciente de los riesgos (...) en las situaciones de *close birth spacing*. (...) los derechos reproductivos no podrán ser ejercidos por las mujeres si no se cuenta con un ambiente libre de discriminación, violencia y coerción

3.2 La política nacional de población (Decreto Legislativo No. 346).

La Política Nacional de Población, contenida en el Decreto Legislativo No. 346, establece que la política en temas de salud debe ser consistente con las obligaciones internacionales del Estado en materia de derechos humanos y su Constitución, garantizando el

(32) Perú ratificó este tratado el 4 de julio de 1996.

(33) Artículo 1.

(34) Artículo 4.

(35) Artículo 2.

(36) Artículo 6.

(37) Artículo 7.

(38) Artículo 9.

derecho a la vida, a la libre determinación del número de hijos y el igual tratamiento ante la ley⁽³⁹⁾. Con respecto a la salud reproductiva, se señala que los derechos fundamentales de la persona deben ser respetados en todo momento⁽⁴⁰⁾. El artículo 25 garantiza la libertad de las personas para decidir el número y espacio de los hijos y ser informados sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos. Esta disposición fue reiterada en la Ley General de Salud⁽⁴¹⁾, norma que establece que una persona no debe ser sometida a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas sin su consentimiento previo⁽⁴²⁾.

3.3 Los casos de violación de los derechos reproductivos.

Consideraremos ahora los casos de violaciones de derechos reproductivos tratados por la Defensoría del Pueblo. En 1996, el Ministerio de Salud aprobó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000⁽⁴³⁾, como el marco que garantizaba el derecho a la salud reproductiva como una condición esencial para el disfrute de los derechos civiles, políticos, económicos y sociales de los individuos. En este sentido, el Ministerio inició una campaña a nivel nacional promoviendo el uso de los diferentes métodos anticonceptivos entre la población, de acuerdo al Manual de Reglas y Procedimientos para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV).

Menos de dos años después de iniciada la aplicación del programa, las quejas empezaron. Estas denuncias estaban relacionadas con una serie de irregularidades referidas, principalmente, a la falta de información, la falta de una libre elección y las complicaciones ocasionadas a consecuencia de la cirugía. Las quejas provenían principalmente de la Iglesia, las ONGs de mujeres y los medios de comunicación.

En cumplimiento de sus funciones, la Defensoría del Pueblo⁽⁴⁴⁾ investigó muchas de estas

denuncias, publicando dos importantes Informes, los cuales contienen una descripción de los casos y las principales recomendaciones dadas al Ministerio de Salud, con el objetivo de remediar la situación⁽⁴⁵⁾. En total, las denuncias involucraban a 157 personas⁽⁴⁶⁾, cuyos casos fueron considerados entre junio de 1997 y mayo de 1999. El primer Informe Defensorial detectó entre los principales problemas⁽⁴⁷⁾ la falta de garantías para la libre elección y la existencia de campañas dedicadas exclusivamente a la esterilización femenina y, en menor medida, a las vasectomías. Luego del reporte, el Ministerio de Salud aceptó tomar ciertas medidas para corregir la situación, enmendando el manual e incluyendo las siguientes recomendaciones:

a) Dos sesiones de consejería, antes de la intervención quirúrgica. En la primera sesión, el paciente debía recibir información completa y detallada sobre todos los métodos anticonceptivos. En la segunda sesión, el paciente debía recibir información específica sobre la esterilización, especialmente los riesgos, consecuencias y las posibilidades de falla del método.

b) Evaluación médica previa.

c) El paciente debía tener un plazo de al menos 72 horas para reflexionar sobre su decisión. En casos de alto riesgo reproductivo, el plazo podía ser disminuido.

d) Consentimiento informado. El paciente debía firmar un documento afirmando que había recibido información completa sobre la intervención quirúrgica y había decidido, libre y voluntariamente, someterse a la esterilización. Este documento debía ser firmado al menos 72 horas antes de la intervención quirúrgica.

e) Evaluación médica antes de la esterilización.

Sin embargo, en la práctica se presentaron muchos problemas relativos al cumplimiento de estos requisitos:

a) Sesiones de consejería: algunas de las mujeres no recibieron información completa sobre la

(39) Artículo III (Título Preliminar).

(40) Artículo 24.

(41) Artículo 6.

(42) Artículo 4.

(43) Resolución No. 071-96-SA/DM, del 6 de febrero de 1996.

(44) Artículo 162 de la Constitución Política Peruana.

(45) El Primer Report (PR) es de Enero de 1998, mientras que el Segundo (SR) fue editado en agosto de 1999.

(46) 41 casos referidos a esterilizaciones. SR, p. 231.

(47) Ibid.: p.15.

totalidad de los métodos anticonceptivos; en algunos casos, sólo recibieron información sobre la intervención quirúrgica⁽⁴⁸⁾.

b) Evaluación médica previa: de los 141 casos relativos a la esterilización, en sólo 85 casos fue posible revisar la historia clínica de los pacientes. De éstos, en sólo 76 casos un doctor estuvo a cargo de la evaluación médica. En otros casos, la obstetrix evaluó a la paciente. En 30% de los casos analizados, no fue posible identificar a la persona que realizó la evaluación⁽⁴⁹⁾. Más aun, estas evaluaciones no estuvieron completas ni incluyeron la información necesaria para que la paciente pudiera autorizar la cirugía.

c) Plazo de reflexión: hubo algunos casos en que las mujeres fueron operadas inmediatamente después de que los médicos las calificaban como de “alto riesgo reproductivo”, sin que necesariamente esta clasificación fuera médicamente justificable⁽⁵⁰⁾. Hubo un caso en el que una mujer fue amenazada con ser encarcelada si no consentía con la esterilización⁽⁵¹⁾.

d) Consentimiento informado: en algunos casos, no hubo ningún formato de consentimiento firmado por las mujeres sometidas a la cirugía. En otros casos, las mujeres dijeron que habían firmado porque el personal de salud no les había informado sobre la existencia de otros métodos anticonceptivos. Incluso, en algunas oportunidades el personal médico ofreció alimentos a las mujeres, si firmaban el documento de consentimiento⁽⁵²⁾. Otro problema detectado fue que el formato no era el mismo para todos los casos y en algunas situaciones no fue empleado⁽⁵³⁾. Otras veces, las sesiones de consejería fueron realizadas el mismo día de la operación, sin dar a la paciente el tiempo suficiente para reflexionar sobre su decisión⁽⁵⁴⁾.

e) Evaluación médica post-operatoria: este tema se refiere al tratamiento de las complicaciones luego

de la esterilización. En algunos casos, la paciente fue dada de alta el mismo día de la esterilización. Esto sucedió con una de las pacientes quien, no obstante presentar dolores de cabeza y náuseas, fue enviada a su casa. Un par de días después, la paciente presentó parálisis en su brazo izquierdo, falleciendo un día después y dejando siete niños⁽⁵⁵⁾.

3.4 La respuesta del Estado.

En 1999, hablando en Nueva York acerca de los compromisos adoptados en El Cairo, el ex-Presidente peruano Alberto Fujimori negó los casos de esterilización forzada, afirmando que las denuncias de esterilizaciones masivas tenían como objetivo perjudicar políticamente al gobierno, y eran hechas por ONG's que “probablemente no habían logrado el presupuesto que habían calculado para su funcionamiento, por lo que habían añadido sus voces a dicha campaña, traicionando sus principios”. Esta actitud es sólo un ejemplo de la respuesta del gobierno pasado ante los casos de esterilización forzada. No obstante que el Ministerio de Salud tomó en consideración las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo⁽⁵⁶⁾, poco se hizo para compensar a las mujeres involucradas en estos casos. En efecto, hasta enero del 2000 sólo 4 de los 35 casos denunciados ante el Poder Judicial y el Ministerio Público habían sido concluidos; en los casos que se había determinado el pago de una compensación, ésta fluctuaba entre US\$140 y US\$900 dólares. Asimismo, algunas de las investigaciones desarrolladas por el Ministerio Público duraron más de un año⁽⁵⁷⁾ y en algunos casos, las denuncias fueron archivadas sin una adecuada investigación⁽⁵⁸⁾. Esta situación es un claro ejemplo de la falla del gobierno pasado para cumplir con sus obligaciones de proveer un sistema de cuidado y atención de la salud reproductiva de calidad para todas

(48) Ibid.: pp. 35-36.

(49) Ibid.: pp. 236-237.

(50) Ibid.: p. 304.

(51) M.M.Ch.(Cajamarca).

(52) SR, p. 41.

(53) Ibid.: pp. 50-51.

(54) En 10 de los 16 casos de esterilizaciones investigados en 1998, la autorización para la cirugía fue firmada el mismo día. Resolución No. 03-DP-2000, del 28 de enero de 2000, p. 6.

(55) M.M.Ch.(Cajamarca).

(56) Ver nota 56, p.3.

(57) SR, p. 312.

(58) Segundo Informe de la Defensoría del Pueblo al Congreso. Resumen Ejecutivo, (11 de abril de 1998-10 de abril de 1999), p. 13.

las mujeres, sin discriminación alguna por su situación social o económica⁽⁵⁹⁾. A continuación, analizaremos con mayor detalle los derechos humanos violados en estos casos.

3.5 Los derechos humanos violados.

El marco legal descrito previamente, tanto a nivel internacional como interno, parecería adecuado para la protección efectiva de los derechos reproductivos en el Perú. Sin embargo, la realidad es totalmente diferente y demuestra la violación de los derechos esenciales para garantizar la libertad reproductiva de las mujeres. El principal problema con los derechos reproductivos es que ellos lidian con un tema de control y poder sobre el cuerpo de las mujeres. En la esfera privada, el poder es ejercido por los maridos sobre las mujeres. En la esfera pública, el Estado controla las políticas de población, en un tipo paternalista de control sobre la conducta sexual y reproductiva de las mujeres⁽⁶⁰⁾. La política de salud se concentra en la regulación del cuerpo de las mujeres, sin consideración alguna de sus derechos⁽⁶¹⁾. Es contradictorio que la maternidad sea considerada como una función social y, al mismo tiempo, una carga para las mujeres y una causa para la violencia y discriminación.

A nuestro juicio, lo que ha sucedido en el caso peruano es sólo la punta del iceberg de una situación general de falta de respeto de los derechos humanos de las mujeres en el Perú. Asimismo, debe indicarse que en 1999 el Gobierno Peruano decidió unilateral y arbitrariamente retirarse de la jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En esos momentos, uno de los casos de muerte por complicaciones postoperatorias⁽⁶²⁾ había sido denunciado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la actitud del gobierno hacía imposible que el caso llegara ante la Corte o que los familiares de la víctima recibieran alguna

compensación. Afortunadamente, esta situación está en camino de ser solucionada, al haberse iniciado las conversaciones entre los representantes del gobierno de transición y de las víctimas para llegar a un acuerdo sobre el monto de la reparación.

3.5.1 Derecho a la vida⁽⁶³⁾.

El principal derecho violado fue el derecho a la vida y a la integridad personal, ya que algunas de las mujeres murieron a consecuencia de la cirugía. En otros casos, sufrieron serios daños y dolor permanente que no les permitieron continuar con su vida normal. En una economía rural en donde la principal actividad es la agricultura, si una mujer no puede continuar trabajando en el campo, su vida y la de su familia está en riesgo. De otro lado, muchas mujeres empezaron a tener problemas con sus esposos, quienes las culpaban por la cirugía, generándose situaciones de violencia familiar. En este sentido, podemos mencionar el caso de H.G.M. (Loreto) quien aceptó someterse a la esterilización luego que los doctores la convencieron alegando que la operación sería gratis y que tendría atención médica hasta su recuperación. Sin embargo, después de la operación los médicos regresaron a Lima, dejando a la paciente con una infección que luego le ocasionaría la muerte. Luego de numerosos requerimientos de la Defensoría del Pueblo, los doctores respondieron afirmando que H.G.M. murió a consecuencia de la tuberculosis. Sin embargo, la paciente no sólo recibió la consejería el mismo día de la intervención, sino que además no fue evaluada previamente de manera adecuada, evaluación que hubiera detectado una enfermedad como la TBC, si H.G.M. la hubiera padecido.

3.5.2 Derecho a la libertad y seguridad personales⁽⁶⁴⁾.

En los casos denunciados, las mujeres no tuvieron la libertad para decidir el método

(59) Report of the Special Rapporteur on violence against women. *Integration of the human rights of women and the gender perspective*, E/CN.4/1999/68/Add.4, (1999), párrafo 78.

(60) COOK, R.J. Op.cit.; p. 257.

(61) HOLMES, H.B. y PETERSON, S.R. *Rights over One's own body: A woman-affirming health care policy*. Human Rights Quarterly, Vol. 3, No. 2, 1981.

(62) M.M.CH. (Cajamarca).

(63) Declaración Universal de los Derechos Humanos: Artículo 3; Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, artículo 6(1); Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 4 (1); CIPCEV artículo 4 (a).

(64) Declaración Universal de los Derechos Humanos artículo 3; Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos: artículo 9(1); CADR Artículo 7; CIPCEV: Artículo 4 (c).

anticonceptivo que les resultara más conveniente. No sólo fueron presionadas y forzadas para aceptar un método específico, sino que tampoco recibieron la información adecuada relativa a otros métodos de anticoncepción. En algunas oportunidades tuvieron que esperar por el consentimiento de sus esposos o, lo que es peor, que sus esposos decidieran por ellas⁽⁶⁵⁾. Esta situación es parte de una actitud más general de menosprecio a las mujeres, especialmente hacia aquéllas que provienen de las regiones más pobres del Perú, donde la mayor parte de los casos ocurrieron (Huancavelica). Para que se pueda ejercer una real libertad de elección, el personal encargado del programa de planificación familiar debió haber considerado las circunstancias personales de estas mujeres, como por ejemplo su salud, el nivel al que habían llegado en su vida reproductiva, su posición en la sociedad, el riesgo de violencia familiar, su experiencia previa con otros métodos anticonceptivos, así como el acceso que tenían a la educación e información⁽⁶⁶⁾.

Sólo si la paciente recibe información adecuada sobre la efectividad del método, así como sobre sus riesgos y efectos colaterales, podrá tomar una decisión adecuada e informada, rechazando un método determinado, aún cuando un médico lo recomiende. El objetivo de la información es asistir a la paciente en la toma de decisiones, no suplantarla⁽⁶⁷⁾. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los doctores tomaron la decisión en lugar de las mujeres, afirmando que se trataba de casos de “esterilizaciones por indicaciones médicas”, es decir, obligatorias, olvidando que la esterilización es opcional. Muchas mujeres fueron intervenidas luego de dar a luz y sin ser consultadas sobre si querían o no someterse a la cirugía. Esto pasó en el caso de R.A.E. (Huancavelica)⁽⁶⁸⁾, quien fue internada para dar a luz a un niño y los doctores la obligaron a firmar la forma de consentimiento, sin decirle lo que estaba firmando. El doctor a cargo de la esterilización afirmó que ella y su esposo solicitaron la cirugía mientras la paciente estaba siendo conducida



a la sala de operaciones. La historia clínica dice que ella estaba en estado de confusión y casi dormida al momento de firmar. La paciente tenía sólo 22 años al momento de la esterilización y tenía solamente un hijo.

3.5.3 Derecho a la educación⁽⁶⁹⁾.

Hacia 1998, 8,0% de la población peruana no tenía ningún nivel de educación; 30,4% tenía sólo educación primaria; 41,4% tenía educación secundaria y sólo 20,2% tenía educación profesional o técnica. Las ciudades con el menor nivel de educación eran Cajamarca (24%), Huancavelica (26%), Apurímac (29%), Amazonas (29%) y Huánuco (30%). En el caso de mujeres, la tasa de analfabetismo entre 1990 y 1999, ha cambiado de la siguiente manera: 1995: 15,5%; 1996: 15,7%; 1997: 14,9%; 1998: 11,4%⁽⁷⁰⁾.

En los casos analizados, la mayoría de las mujeres no sólo eran analfabetas sino que tampoco hablaban castellano, sólo quechua. Llama la atención que los manuales utilizados por el Programa no

(65) COOK, R.J. Op.cit.; 1992; p. 697.

(66) PLATA, M.I. Op.cit.; p. 515.

(67) DICKENS, B.M. *Reproduction Law and Medical Consent*. University of Toronto Law Journal. 1985. p.259

(68) SR, p. 171.

(69) Declaración Universal de los Derechos Humanos artículo 26 (1); Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales artículo 13; CEDAW 5 (b) y 10 (h).

(70) <http://www.inci.gob.pe>, visitada el 10 de junio de 2000.

incluyeran una sección especial sobre estos casos. La mayoría de las mujeres confiaba plenamente en los médicos⁽⁷¹⁾ y no se sentían capaces de cuestionar sus recomendaciones⁽⁷²⁾. Por ejemplo, B.Q.Y. (Ayacucho) acudió al hospital porque el personal médico le ofreció comida y ropa gratis para ella y sus hijos. Cuando llegó, fue anestesiada y esterilizada. Más tarde, le hicieron imprimir su huella digital en un papel. Ella no sabía que había firmado ya que no sólo era analfabeta sino que además no hablaba castellano.

Sin educación, el derecho a la salud reproductiva no puede ser garantizado, ya que las mujeres analfabetas se ven a sí mismas en una menor posición frente a los médicos y no pueden darse cuenta con exactitud sobre lo que sucede. No es una coincidencia que la mayor parte de los casos de esterilizaciones forzadas y de muerte hayan sucedido en Huancavelica, uno de los departamentos de menor nivel de educación en el Perú.

3.5.4 Derecho a una vida libre de discriminación por razones de género.⁽⁷³⁾

El Programa fue diseñado básicamente para someter a las mujeres a la esterilización, no obstante que la operación de vasectomía es más segura y menos costosa⁽⁷⁴⁾. Asimismo, los objetivos del Programa fueron diseñados para dirigirse hacia las mujeres fértiles y sus parejas, cuando debió haber sido diseñado para hombres y mujeres en términos iguales⁽⁷⁵⁾. Dado que los esposos asumen mínima o ninguna responsabilidad en la anticoncepción, las mujeres deben actuar para controlar su fertilidad con el objetivo de preservar su salud, lo cual resulta totalmente discriminatorio⁽⁷⁶⁾. Asimismo, las actitudes de los médicos hacia las mujeres evidencian

este problema de la discriminación. Un ejemplo de esto es el hecho que en muchos casos el personal médico pedía la autorización de los esposos, no obstante que el propio manual establecía que esto no era necesario. Esta es una práctica discriminatoria por razones de estado civil⁽⁷⁷⁾.

3.5.5 Derecho a una vida libre de violencia.⁽⁷⁸⁾

Este tema fue resaltado en la Declaración de Viena y el Programa de Acción⁽⁷⁹⁾, el cual enfatiza que la violencia contra las mujeres puede ocurrir tanto en la esfera privada como en la pública (acoso sexual, embarazos forzados, explotación). La violencia contra las mujeres se relaciona con sus derechos reproductivos, al afectar sus capacidades reproductivas e impedirles el ejercicio de sus opciones sexuales⁽⁸⁰⁾. En este sentido, la Recomendación General No. 19 sobre Violencia contra la Mujer en el tema de violencia de género, elaborada por el Comité de la CEDAW, explica que las esterilizaciones o aborto forzados afectan negativamente la salud física y mental de las mujeres, e infringen su derecho a elegir el número y el intervalo en el nacimiento de sus hijos⁽⁸¹⁾.

La esterilización forzada es una grave violación de los derechos reproductivos de las mujeres, constituyendo un grave caso de violencia⁽⁸²⁾, dado que implica agresión y que afecta su integridad física y su seguridad. Las mujeres presionadas por el Gobierno para someterse a una esterilización, o esterilizadas sin su consentimiento previo, experimentan una forma de violencia, dado que una intervención en esas circunstancias constituye un control externo sobre sus cuerpos⁽⁸³⁾. Es evidente que las mujeres peruanas han sufrido de violencia física y mental como resultado de

(71) HOLMES, H.B. y PETERSON S.R. Op.cit.; p. 75.

(72) SR, pp. 459-479.

(73) Declaración Universal de los Derechos Humanos artículo 7; Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos artículo 3; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales artículo 2.2 (2); CEDAW 2; Convención Americana de los Derechos Humanos artículo 1.

(74) COOK, R.J. y MAINE, D. *Spousal veto over family planning services*. JPH, Vol 77, No. 3, Marzo 1987. p. 340.

(75) Ver nota 56.

(76) Ver nota 61, párrafo 74.

(77) COOK, R.J. Op.cit.; p. 261.

(78) Declaración Universal de los Derechos Humanos Artículo 5; CIPCEV Artículo 1; CCT Artículo 1; Convención Americana de Derechos Humanos Artículo 5 (1) y (2).

(79) Ver nota 4, Sección II, Par. 38.

(80) BOLAND, R. Op.cit.; p. 30.

(81) PLATA, M.I. Op.cit.; p. 517.

(82) Ver nota 61.

(83) Ibid., párrafo 1. 51 y 52.

la aplicación del programa, situación que se ha visto agravada por la lentitud y complejidad del proceso de denuncias.

3.5.6 Derecho a la salud reproductiva y al servicio de atención de salud⁽⁸⁴⁾.

Es evidente que estos derechos han sido violados, ya que la salud reproductiva de las mujeres implica que las personas tengan la posibilidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de tener libre acceso a las relaciones sexuales⁽⁸⁵⁾. En los casos descritos, el problema no fue solamente la falta de acceso a un programa bien estructurado de planificación familiar, sino además que en los casos en que las mujeres aceptaron el programa existente, éste no ofrecía las garantías necesarias para que sus opciones fueran respetadas. En otros casos, ellas no eran conscientes de lo que les estaba sucediendo, dado que el programa no tomaba debida cuenta de lo que las necesidades específicas de las mujeres, dejando de lado factores como su realidad, educación y situación personal. En el caso peruano, las capacidades reproductivas de las mujeres fueron usadas para servir las agendas estatales de población⁽⁸⁶⁾.

4 Algunas recomendaciones.

Lo sucedido en el Perú es sólo un ejemplo de las numerosas violaciones de los derechos de las mujeres

en el mundo, especialmente cuando estos derechos se vinculan directamente con condiciones económicas y sociales deficientes. Por lo tanto, cualquier solución al respecto tiene que empezar por considerar un cambio en las condiciones de vida de las mujeres, buscando dar cumplimiento a los diferentes tratados de derechos humanos firmados por el Estado peruano.

El problema en nuestro país, como en muchos otros, no es sólo la falta de respeto de la normatividad internacional, sino además la falta de conocimiento de la misma, especialmente al nivel del aparato judicial. Por ello, no es común encontrar sentencias que hagan referencia a las obligaciones internacionales del Estado en materia de derechos humanos. En este sentido, resulta fundamental desarrollar programas de educación sobre el tema de los derechos reproductivos con el objetivo de establecer que son derechos humanos y deben ser respetados permanentemente. Dichos programas deben ser dirigidos además al personal de salud.

Asimismo, es imprescindible modificar el contenido de los programas de salud reproductiva, enfatizando que éstos deben estar orientados no sólo a la difusión de los métodos anticonceptivos sino además a garantizar el libre acceso de las mujeres a los servicios de salud. De otro lado, estos programas deben considerar el caso de las mujeres analfabetas y de aquéllas que no hablan español, con el objetivo de evitar los problemas anteriormente descritos. *AM*

(84) Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, artículo 12 (1); CEDAW Artículo 12 y Artículo 14.2 (b).

(85) COOK, R.J. Op.cit.: 1995; p. 258

(86) COOK, R.J. Op.cit.: 1992; p. 655.