

28 de febrero de 2018

**Ref. Contribución escrita para la elaboración del “Estudio sobre el consentimiento previo, libre e informado” del Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.**

De nuestra mayor consideración:

En el marco del proceso de preparación del “Estudio sobre el consentimiento previo, libre e informado”, el **Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX**, presenta sus comentarios sobre la garantía del consentimiento previo, libre e informado en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres indígenas.

Consideramos que la información alcanzada puede coadyuvar al desarrollo de la sección *10. Relación entre el consentimiento libre, previo e informado y los derechos señalados en la Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas de las Naciones Unidas*, la misma que se señala en la nota conceptual que acompaña la convocatoria.

El Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) es una organización no gubernamental feminista, conformada por profesionales y activistas que busca contribuir a la vigencia de la integridad y dignidad de las personas, así como al acceso sin discriminación y en condiciones de igualdad, a la salud sexual y reproductiva en un marco de garantía de los derechos humanos. Nuestra organización cuenta con Estatus Consultivo Especial ante el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de Naciones Unidas.

\*\*Autorizamos que la información contenida en el presente documento sea publicada en el sitio web de la OACNUDH.

## Consentimiento previo, libre e informado en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres indígenas:

Si bien las mujeres indígenas también son objeto de formas de violencia que experimentan las mujeres en general; cuando el género, el origen étnico y otros factores (como la edad, la situación de pobreza, el idioma y el embarazo) confluyen, la violencia ejercida contra ellas se agrava. Así, entre las violaciones a los derechos de las mujeres indígenas, se encuentran aquellas relacionadas a las limitaciones y obstáculos (inclusive estatales) para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; en particular, las injerencias arbitrarias en la toma de decisiones, así como en el desconocimiento de sus conocimientos y prácticas tradicionales en el ámbito sexual y reproductivo. Este es el caso particular de aquellas que atraviesan un embarazo en el Perú.

La Declaración de NNUU sobre los derechos de los Pueblos Indígenas (en adelante, “La Declaración”) recuerda el compromiso de los Estados de adoptar medidas, *conjuntamente con los pueblos indígenas*, para asegurar que las mujeres indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación para garantizar el disfrute del nivel más alto posible de la salud física y mental (artículo 24. 2 de la Declaración), que involucra a su vez la salud sexual y reproductiva. Ello, en tanto, los Estados deben garantizar no solo derechos colectivos a los pueblos indígenas, sino también el ejercicio de los derechos humanos individuales, reconociendo y protegiendo los “*valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos*” (artículo 5 del Convenio N° 169 de la OIT).

Lo anterior se enmarca en el mandato de no discriminación, desarrollado en diversas fuentes convencionales como el Convenio N°. 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cuyo artículo 3 establece que los pueblos indígenas y sus integrantes deben “*gozar plenamente de los derechos humanos fundamentales sin obstáculos ni discriminación*”, disposición que alcanza obligaciones específicas para la prestación de servicios de salud tanto en el ámbito público como privado. Así, por ejemplo, la implementación de servicios de salud reproductiva debe tomar en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales, culturales de las mujeres indígenas, y los métodos de prevención, prácticas curativas y medicinas tradicionales de los pueblos indígenas de las que son parte, así como, el desarrollo de capacitaciones del personal sanitario de las comunidades indígenas (incisos 2 y 3 del artículo 25 del Convenio N° 169), para que puedan ser atendidas sin injerencias arbitrarias que les impida brindar un consentimiento libre e informado, conforme a sus costumbres, utilizar sus propias medicinas y aplicar sus prácticas de salud reproductiva tradicionales, en concordancia con lo señalado por el artículo 24.1 de la Declaración.

En este punto, es importante recordar que, pese a que el Convenio N°. 169 entró en vigor para el Perú en el 1995, se emprendió un cambio importante en la política poblacional, la cual tuvo un impacto adverso en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres indígenas, específicamente los reproductivos.<sup>1</sup> El 7 de setiembre de 1995 se aprobó una modificación a la Ley Nro. 346 (Política Nacional de Población) y, un año más tarde, el 6 de febrero de 1996, se puso en marcha el “*Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*”<sup>2</sup> con el fin de legalizar la contracepción quirúrgica voluntaria. Así, al amparo de este marco normativo, se “procedió a ampliar el acceso a servicios anticonceptivos, incluyendo

---

<sup>1</sup> En enero de 2003, la Fiscalía especializada en Derechos Humanos inicia investigación preliminar por genocidio y otros, debido a las denuncias de esterilizaciones forzadas que conforman el Expediente No. 18-2002, las cuales fueron llevadas a cabo en el marco del programa de planificación familiar emprendido durante el segundo gobierno del ex presidente Fujimori. Actualmente, se está a la espera de la decisión de tramitar la denuncia ante el Poder Judicial o acoger la resolución de la Segunda Fiscalía Penal Supraprovincial que dispuso archivar este caso.

<sup>2</sup> Aprobado mediante Resolución Ministerial Nro. 071-96 SA/DM

vasectomías y ligaduras de trompas”.<sup>3</sup> Alrededor de tres años más tarde se aprobaron las “*Normas Técnicas de Planificación Familiar*”<sup>4</sup>, las mismas que reglamentaban los aspectos concernientes al mencionado Programa. Dichas Normas Técnicas tenían como supuesto objetivo garantizar la libre elección de las personas en su opción reproductiva, de fomentar la demanda informada en planificación familiar y salud reproductiva, etc. Para tal fin, consagraron una serie de derechos en el ámbito de la salud reproductiva, entre estos se encontraban: (i) el respeto de sus creencias, valores y actitudes propias de su cultura, (ii) no ser sometidas a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario, y (iii) a contar con intérprete si no manejaban el idioma castellano (Sección V.A.1, e), f) y h) de las mencionadas Normas Técnicas de Planificación Familiar).

No obstante, ello, **la implementación de esta política de salud sexual y reproductiva, “(...) se tradujo en un número considerable de violaciones de los derechos humanos de mujeres, en su mayoría de muy bajos recursos económicos, analfabetas, indígenas y rurales, esto es, fallecimiento de mujeres y ligaduras de trompas sin el debido consentimiento”<sup>5</sup>:**

<p>Investigación de CLADEM comprendida entre los años 1996-1998<sup>6</sup></p>	<p>Se encontró probado que el Estado peruano, principalmente, estableció metas numéricas a nivel nacional, asignó cuotas a los establecimientos y al personal de salud llevó a cabo acciones de carácter masivo con la finalidad exclusiva de captar usuarias para la anticoncepción quirúrgica.</p> <p>Asimismo, se comprobó que existió un contexto generalizado de presión y estímulos para el cumplimiento de las cuotas.</p> <p>En el año 1995 se realizaron 21,901 esterilizaciones, en el año 1996 se realizaron 81,761.</p>
<p>Investigación realizada por María-Christine Zauzich<sup>7</sup></p>	<p>El número de intervenciones (ligaduras de trompas) realizadas en los años 1997 y 1998, esto es, 110,253 intervenciones y 21,124 intervenciones, respectivamente.</p>
<p>Informes Defensoriales Nros. 7 (año 1998); 27 (año 1999), y 69 (año 2002)<sup>8</sup></p>	<p>La cifra de ligaduras de trompas fue de 81,762 para el 1996, de 109,689 para el 1997, de 25,995 para el 1998; de 26,788 para el 1999, de 16,640 para el 2000, y de 11,154 para el 2001. Lo que hace un total de 272,028 (doscientos setenta y dos mil veintiocho) ligaduras de trompas realizadas entre 1996 y 2001.</p>

<sup>3</sup> Ewig, Christina. (traducido al español como: “*Secuestrando el feminismo global: feminismo, la iglesia católica y la debacle de la planificación familiar en el Perú.*” En: Marcos Cueto, Jorge Lossio, Carol Pasco eds. *El rastro de la salud en el Perú.* Lima: Instituto de Estudios Peruanos y Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009, pp. 305

<sup>4</sup> Aprobadas mediante la Resolución Ministerial Nro. 465-99-SA/DM, de 22 de setiembre de 1999, dejando de tener efecto con la aprobación de la Resolución Ministerial Nro. 536-2005/MINSA, de fecha 14 de julio de 2005.

<sup>5</sup> Burneo Labrín, José. *Justicia de Género. Esterilización forzada en el Perú: delito de lesa humanidad*, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Lima, setiembre de 2008, p. 47

Disponible en: <https://1996pnsrpf2000.files.wordpress.com/2011/07/demus-esterilizacic3b3n-forzada-en-el-perc3ba-delito-de-lesa-humanidad.pdf>

<sup>6</sup> Reporte de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú. Disponible en: [https://1996pnsrpf2000.files.wordpress.com/2011/07/cladem\\_nada-personal.pdf](https://1996pnsrpf2000.files.wordpress.com/2011/07/cladem_nada-personal.pdf)

<sup>7</sup> Zauzich, María Christine. Perú: “política de población” y derechos humanos: campañas de esterilización 1996-1998. Lima: Comisión Alemana Justicia y Paz, 2000.

<sup>8</sup> Se encuentran disponibles en: <https://1996pnsrpf2000.wordpress.com/documentos/archivo/>

**INFORME N° 71/03,  
petición 12.191,  
Solución amistosa.  
Caso María Mamérita  
Mestanza Chávez,  
Perú, 10 de octubre  
de 2003**

La señora María Mamérita Mestanza, mujer campesina de aproximadamente 33 años de edad y madre de 7 hijos, fue objeto de acoso desde 1996 por parte del Centro de Salud del Distrito de La Encañada, que forma parte del sistema público de salud, para que se esterilizara. Bajo coacción se logró el consentimiento de la señora Mestanza para ser objeto de una operación de ligadura de trompas, que finalmente ocasionó su muerte.

El Estado peruano mediante Acuerdo para Solución Amistosa reconoce su responsabilidad internacional por esos hechos.

En países poscoloniales y multiculturales como el Perú, la práctica sanitaria se enmarca en un contexto histórico de discriminación estructural hacia los pueblos indígenas y sus miembros, en el que las mujeres indígenas son, particularmente, consideradas incompetentes para tomar decisiones propias. En consecuencia, casos como anticoncepción quirúrgica no consentida se dieron en el marco del programa de planificación familiar de mediados de los 90's, demuestran **la aceptación y legitimación de que los profesionales de salud lleven a cabo procedimientos sin obtener el consentimiento informado de las pacientes, y sin informarles las implicancias a su salud; a fin de imponerles lo que estos evalúen conveniente para su salud y sus cuerpos.**

Recientemente, en el sistema interamericano de protección de derechos humanos se ha reconocido que **la capacidad efectiva de que las mujeres indígenas puedan ejercer sus derechos se encuentra limitada por factores tales como la falta de información sobre sus derechos y las barreras idiomáticas**<sup>9</sup>. Limitación que se agrava en el ámbito de la salud, por cuanto **dichos factores se desarrollan dentro de una relación médico – paciente**, en la que existe un desequilibrio intrínseco de poder entre la paciente y el médico, que es quien ejerce la autoridad; por lo que, frente a éste **la paciente tiene una condición especialmente vulnerable**<sup>10</sup>, **que se agrava por ser mujer indígena, dado que los prejuicios culturales y de género, en relación a su capacidad para tomar decisiones, limitan de manera diferenciada su autonomía reproductiva.**

Esta condición especialmente vulnerable la atraviesan, sobre todo, las mujeres indígenas embarazadas, quienes tienen dificultad de acceder a una atención médica adecuada. Así, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que los Estados deben prestarles especial atención y cuidado, en especial durante la gestación, el parto, post parto y el período de lactancia, y, en ese sentido, ofrecer personal entrenado adecuadamente para tales efectos (casos: *comunidad Indígena Sawhoyamaxa*, y *Comunidad Indígena Xàkmok Kàsek*).

Otro caso que ejemplifica ello en el Perú, es el de Eulogia Guzmán, una mujer indígena y quechua hablante, que actualmente cuenta con un Informe de admisibilidad de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (**Informe de Admisibilidad Nro. 35/14, de fecha 4 de abril de 2014**)<sup>11</sup>. El 30 de octubre de 2002, con veintiún años y cursando el séptimo embarazo, Eulogia se acercó al Centro de Salud de Yanaoca por retraso menstrual y, en esa oportunidad, le recomendaron pasar por "Educación sanitaria". Casi medio año después, el 30 abril de 2003, con 22 semanas de gestación ella acude a su primer control prenatal. Según información obrante en la Historia Clínica, su diagnóstico refirió Alto Riesgo Obstétrico. Después de dicha fecha, Eulogia acudió en cuatro oportunidades más a sus controles

<sup>9</sup> COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Informe "las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas", aprobado mediante Resolución Nro. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17, de fecha 17 de abril de 2017, párr. 143

<sup>10</sup> Ibid., párrafo 103

<sup>11</sup> El caso tiene la denominación de "Eulogia y su hijo contra Perú", y Promsex es una de las organizaciones que representa el caso ante la CIDH.

prenatales, en los que se constató que era un embarazo de alto riesgo obstétrico; no obstante, no se realizó seguimiento médico alguno a fin de disminuir las consecuencias adversas sobre su embarazo, ni se le comunicó el estado de desarrollo de su embarazo. De otro lado, cuando finalmente Eulogia acudió al referido Centro para dar a luz, no se le permitió parir en cuclillas, posición que, además, era en la que se encontraba cuando apareció la enfermera para asistirle en el parto. Pese a que ella insistió y suplicó, y aún cuando Jaime, su pareja, tradujo al castellano lo que ella decía, fue obligada a ponerse de pie y subirse a una cama para parir. En esas circunstancias, además, cayó al suelo su hijo recién nacido.

En ese contexto, el hecho de no brindar información completa o proporcionarla solo en castellano<sup>12</sup> relacionada al desarrollo y estado de su embarazo, parto y post parto, ni preguntarles por sus expectativas, tradiciones y creencias al respecto, **no solo impide que las mujeres indígenas estén en condiciones de tomar decisiones libres e informadas en materia de salud reproductiva; sino que también constituyen algunas de las manifestaciones más comunes de violencia obstétrica**<sup>13</sup>. Este tipo de violencia “(...) *abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados*”<sup>14</sup>; siendo que, en algunos casos las y los “*profesionales de la salud no respetan el contexto cultural de las mujeres y sus costumbres, (...), y dejan de darle información necesaria*”.<sup>15</sup>

El caso de Eulogia no es un hecho aislado, sino bastante común, sobre todo, en los centros de salud de zonas rurales de nuestro país donde la consejería en salud sexual y reproductiva es casi nula, los seguimientos prenatales y procedimientos del parto no se llevan a cabo con el consentimiento previo, libre e informado de las mujeres, debido a los obstáculos mencionados anteriormente; cuyo origen común reside en considerar a las mujeres indígenas como objeto de protección desconociendo su calidad de sujetos de derecho. Así pues, el programa de parto no toma en cuenta su decisión de parir en cuclillas, de rodillas o medias sentadas o de contar con un familiar o la presencia de una partera, o realizar determinados cuidados del cuerpo durante el embarazo y post parto de acuerdo a sus prácticas tradicionales, entre otros. A ello se suma, el hecho de que los establecimientos de salud no cuentan con personal, inclusive personal administrativo o de seguridad, que se comunique en el idioma de los pueblos indígenas.

Desde el 2005, con la entrada en vigencia de la “*Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural*”<sup>16</sup> y, luego en el 2016, de la “*Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Cultural*”<sup>17</sup> (siendo esta última la actualmente vigente), en Perú se exige a todo establecimiento de salud la *adecuación cultural* de la atención del parto institucional según decisión de la gestante; lo cual no solo implica una adecuación en la infraestructura, sino sobre todo una formación y sensibilización al personal médico en torno al respeto de la capacidad de las mujeres indígenas gestantes de decidir de manera libre e informada sobre su salud y sus cuerpos.

En ese marco, y en concordancia con lo señalado en los artículos 8 y 24 de la *Declaración*, que establece que los miembros de pueblos indígenas tienen derecho a no ser sometidos a

---

<sup>12</sup> Ibid., párrafo 80

<sup>13</sup> Para la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el artículo 2 de la Convención Belém do Pará incluye la violencia obstétrica entre las distintas formas de violencia contra la mujer (Véase: CIDH, Informe “las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas”, 2017)

<sup>14</sup> Op. Cit. CIDH, párrafo 80.

<sup>15</sup> COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Informe “Pobreza y derechos humanos”, aprobado mediante Resolución Nro. OEA/Ser.L/V/II.164 Doc. 147, de fecha 7 de setiembre de 2017, párr. 335

<sup>16</sup> Aprobada mediante Resolución Ministerial Nro. 598-2005/MINSA, de fecha 2 de agosto de 2005

<sup>17</sup> Aprobada mediante Resolución Ministerial Nro. 518-2016/MINSA, de fecha 21 de junio de 2016

una asimilación forzada ni a ser privados de sus valores culturales, los Estados tienen la obligación de asegurar y respetar las decisiones y elecciones hechas de forma libre, y de garantizar el acceso a información relevante para que las mujeres indígenas puedan ejercer su autonomía cultural y reproductiva conforme a sus convicciones, costumbres y plan de vida<sup>18</sup>.

Cordialmente,



**Susana Chavez Alvarado**  
**Directora Ejecutiva**

---

<sup>18</sup> CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Sentencia Caso I.V. contra Bolivia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, de fecha 30 de noviembre de 2016, párrafo 155