

Carta No. 172-2022-PROMSEX

Lima, 1 de junio de 2022

Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Ref: Llamamiento de contribuciones para el informe temático sobre “El racismo y el derecho a la Salud”

Distinguida Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

El **Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX**, organización no gubernamental feminista, que busca contribuir a la vigencia de la integridad y dignidad de las personas en el acceso a la salud sexual y reproductiva, la justicia y la seguridad humana, da respuesta al llamado de contribuciones para elaborar el informe temático sobre “El racismo y el derecho a la salud” que se presentará a la Asamblea General de las Naciones Unidas en octubre de 2022.

Atentamente,



Susana I. Chávez Alvarado
Directora Ejecutiva



A. Múltiples formas de discriminación en el Perú

1. El Comité exhortó al Estado peruano a asegurar el funcionamiento efectivo de la *Comisión Nacional contra la Discriminación y la Plataforma Alerta contra el Racismo en cuanto a la lucha contra la discriminación racial*, entre otros mediante la asignación suficiente de recursos humanos, técnicos y financieros y a que cuenten con una adecuada representación intersectorial¹. **No obstante, esta recomendación no ha sido cumplida de manera efectiva por el Perú, especialmente en el caso de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, en condición de pobreza, campesinas e indígenas.**
 - **Contexto generalizado de violencia sexual contra mujeres, niñas y adolescentes y falta de acceso a la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)**
2. Entre 2017 y 2019 se reportaron 18.138 casos de violación sexual en el Perú. En el 93,2% de los casos, las víctimas fueron mujeres y el 60,6% eran niñas y adolescentes². Además, entre 2017 y 2018, el 49% de los casos de violación sexual atendidos en los Centros de Emergencia Mujer fueron de mujeres de zonas rurales, lo cual demuestra que la violencia sexual se da de manera desproporcionada en las zonas rurales³. En un informe de 2020, la Defensoría del Pueblo del Perú indicó que la preocupante situación de violencia sexual en el país se mantenía⁴. De hecho, a raíz de los confinamientos ordenados por la pandemia del COVID-19, solo entre marzo y julio de ese año se reportaron 1000 casos de violación sexual contra mujeres, de las cuales 703 eran niñas y adolescentes⁵.
3. Pese a este contexto generalizado de violencia sexual, las niñas y mujeres en el Perú enfrentan múltiples obstáculos *de iure* y *de facto* para acceder a la AOE que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un método seguro que puede prevenir un embarazo después de una relación sexual desprotegida y, además, es el único método de anticoncepción de emergencia que está recomendado en casos de violación sexual. Por esto, en contextos sociales donde existe violencia sexual generalizada contra la mujer, es especialmente necesario que las mujeres y niñas puedan acceder a la AOE, como mecanismo idóneo para evitar un embarazo contra su voluntad⁶. A esto se suma la ausencia de data desagregada que permita realizar un análisis interseccional, como la de pertenencia a un pueblo indígena.

¹ CERD. [Observaciones finales sobre los informes periódicos 22 y 23 combinados de Perú](#), 2018, párr. 13

² Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. [Estadísticas del MIMP](#). 2019.

³ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). [Perú: Indicadores de Violencia Familiar y Sexual, 2012-2019](#). 2019.

⁴ Defensoría del Pueblo. *Series Informes Especiales N° 021-2020-DP, Problemática en la atención de casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19*. 03 de julio del 2020, pp. 15 y 18.

⁵ Godoy, M. [The Women of Peru Are Suffering From A 'Shadow Pandemic'](#), 2020.

⁶ OMS. [Anticoncepción de urgencia](#), 2018.

4. En el 2001, el Ministerio de Salud del Perú incorporó la AOE a la oferta de planificación familiar mediante Resolución Ministerial N° 399-2001-SA/DM47⁷. Asimismo, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) autorizó la inscripción de la AOE para la venta con receta médica⁸, de manera que podía adquirirse en las farmacias a un precio aproximado de 20.00 Soles (USD 5,7253). Sin embargo, en el 2009, el Tribunal Constitucional decidió prohibir su distribución gratuita por el Ministerio de Salud, por considerar en contra del criterio científico que el derecho a la vida del concebido se ve afectado por acción de la AOE⁹. Dado que, gracias a la autorización del DIGEMID la venta de la AOE estaba permitida en farmacias privadas, con esta decisión su acceso quedó restringido a las mujeres que dependen en mayor medida de la cobertura de los recursos públicos, entre ellas víctimas de violencia sexual en situación de vulnerabilidad, las niñas y adolescentes, en especial respecto de las que viven en zonas rurales y las que se encuentran en situación de pobreza¹⁰.
5. Posteriormente, en 2016, el Primer Juzgado Especializado en lo Constitucional de Lima otorgó una medida cautelar que ordenó al Ministerio de Salud distribuir la AOE de manera provisional en forma gratuita en todos los centros de salud a nivel nacional¹¹. Tres años después, en 2019, el mismo Juzgado emitió una sentencia en la que determinó que la decisión del Tribunal Constitucional había dado lugar a una discriminación indirecta al prohibir la distribución gratuita de la AOE y, en consecuencia, ordenó al Ministerio de Salud informar y distribuir gratuitamente la AOE en todos los centros de salud del Estado¹². En 2020 esta decisión fue apelada y derivada al Tribunal Constitucional para que tome la decisión final¹³. Aunque ha transcurrido más de un año, el Tribunal todavía no se ha pronunciado, por lo que no existe una decisión definitiva que garantice la distribución gratuita de la AOE en el sistema público de salud peruano.
6. La inseguridad jurídica en torno a la distribución de la AOE ha conllevado a que, en la práctica, este servicio de salud no sea accesible ni esté disponible para las niñas y mujeres en el Perú. En efecto, solo el 18,7% del personal sanitario proporciona la AOE, y únicamente el 14% de los establecimientos de salud entregan información completa sobre el medicamento¹⁴. Además, a pesar de que están legalmente obligadas a hacerlo¹⁵, las

⁷ Ministerio de Salud. Resolución. Ministerial N° 399-2001-SA/DM. [Ampliación de las normas de planificación familiar, incorporando la Anticoncepción Oral de Emergencia](#), 13 de julio de 2001.

⁸ DIGEMID. Resolución Directoral N° 10633 SS/DIGEMID/DERN/DR, de 12 de septiembre de 2000.

⁹ Tribunal Constitucional de Perú. [Expediente N° 02005-2009-PA/TC](#), 16 de octubre de 2009.

¹⁰ Comité CEDAW. Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú. 24 de julio de 2014, párr. 18; Defensoría del Pueblo. [Pronunciamiento 05/DP/2016](#); CIDH. Comunicado de Prensa No. 243/18: [CIDH finaliza visita de trabajo a Perú](#), 16 de noviembre de 2018.

¹¹ Primer Juzgado Especializado en lo Constitucional de Lima. [Expediente 30541-2014-18-1801-JR-CI-01](#), Resolución No. 3, 19 de agosto de 2016.

¹² Guerrero, R. [La última ruta para la distribución gratuita de la anticoncepción oral de emergencia](#), PROMSEX, 2021.

¹³ Corte Superior de Justicia de Lima. Primera Sala Civil, Expediente 30541-2014-0-1801-JR-CI-01, Resolución número 09, 16 de septiembre de 2020.

¹⁴ Defensoría del Pueblo y Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes](#). 2018, p. 47.

¹⁵ Ministerio de Salud. [Resolución Ministerial 649-2020/MINSA](#), 24 de agosto de 2020.

instituciones de salud suelen negar a las víctimas de violación sexual el acceso a los Kits de Atención de Emergencia que contienen la AOE¹⁶. Incluso si las autoridades estatales estuviesen dispuestas a suministrar la AOE, Perú ha experimentado históricamente escasez del medicamento¹⁷. Por ejemplo, en varios casos se ha negado el acceso a la AOE a víctimas de violencia sexual debido a que el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público no dispone del medicamento¹⁸. Recientemente, en 2021, se reportó en la capital [Lima] la limitación en el acceso de insumos de salud sexual y reproductiva incluyendo la AOE y kit de atención integral para víctimas de violencia sexual¹⁹.

7. El caso de “María”, una joven víctima de violación sexual que no recibió información sobre la AOE y que enfrentó múltiples barreras atribuibles a las instituciones médicas estatales para acceder al medicamento, principalmente debido a su condición de pobreza, es representativo de los graves efectos de la falta de disponibilidad de la AOE en el sistema público de salud sobre las mujeres más vulnerables²⁰. Ello conllevó no solo a negación de servicios de salud sexual y reproductiva sino también profundizó el impacto discriminatorio que los hechos de violación sexual pueden tener sobre una mujer en situación de pobreza y mujeres indígenas.

- **Graves consecuencias de la penalización del aborto en el Perú sobre los derechos de las niñas y mujeres indígenas**

8. Las barreras en el acceso a la AOE han contribuido a la estigmatización cultural sobre el uso de otras formas de anticoncepción en el Perú²¹. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (en adelante, “UNFPA”), durante el 2020, únicamente el 5% de adolescentes y jóvenes indígenas tuvo acceso al AOE²². Asimismo, encontró que solo 1 de cada 5 jóvenes indígenas conocían sobre la existencia del kit de emergencia en casos de violencia sexual. Esta información evidencia el desconocimiento de los jóvenes sobre los servicios de salud y reproductivo, y sobre cómo o dónde acceder a ellos²³. Ello resulta en embarazos no deseados para las niñas y mujeres, lo cual tiene un impacto agravado para aquellas que fueron víctimas de violación sexual. En efecto, solo el 8% de los profesores del

¹⁶ Defensoría del Pueblo. *Series Informes Especiales N° 021-2020-DP, Problemática en la atención de casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19*. 03 de julio del 2020, pág. 18. 4to párrafo; La República. [Aún hay trabas en entrega de la píldora del día siguiente](#), 28 de octubre de 2019.

¹⁷ Por ejemplo, en 2017, la AOE se distribuyó sólo en 15 de los 25 departamentos de Perú y, en 2014, se reportó que algunos medicamentos no funcionaban. Ver: Washington Post. [Más de una cuarta parte de las píldoras del día después en Perú no funcionan](#), 2014.; CIDH. Comunicado de Prensa No. 243/18: [CIDH finaliza visita de trabajo a Perú](#), 16 de noviembre de 2018.

¹⁸ La República. [Ministerio Público no da píldora del día siguiente a víctimas de violación](#), 5 de noviembre de 2018.

¹⁹ Adjuntía para los Derechos de la Mujer. *Supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID-19*. Informe de Adjuntía N°013-2021-DP/ADM. Lima, Perú, mayo de 2021, p. 65.

²⁰ Ídem.

²¹ Escalante, M. [El 24% de mujeres en el Perú no accede a métodos anticonceptivos](#), *Ojo Público*, 2018.

²² UNFPA. [Adolescentes y jóvenes indígenas en el Perú: impacto de la Covid-19 en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos](#), 2021, p. 46.

²³ Ibídem, p. 50.

Perú imparten educación sexual integral, y el 21% de los niños y niñas reciben información sobre derechos reproductivos en la escuela²⁴. Muchas mujeres y niñas indígenas y campesinas tampoco reciben ningún tipo de educación sexual e, incluso cuando la reciben, no se imparte con un enfoque intercultural²⁵. En consecuencia, casi el 20% de las mujeres del Perú están embarazadas a los 19 años²⁶. Esta cifra alcanza el 32% en algunas zonas rurales y en la región amazónica de Loreto²⁷. Además, el 34% de las niñas y adolescentes que declararon haber sufrido violencia sexual quedaron embarazadas como consecuencia de ello y el 14% de ellas tenían entre 10 y 14 años²⁸.

9. A pesar de que los embarazos forzados tienen graves efectos sobre la salud de las niñas, adolescentes y mujeres²⁹, el Estado peruano impone múltiples barreras para acceder a la interrupción legal y segura del embarazo. El Código Penal criminaliza el aborto en todas las circunstancias³⁰, excepto cuando la vida o la salud de la mujer está en riesgo de daño grave y permanente – denominado aborto terapéutico-³¹. En la práctica, la mayoría de los profesionales sanitarios interpretan el término "salud" de forma restrictiva y entienden que esta excepción a la penalización del aborto solo se aplica cuando la vida de la mujer embarazada está en grave peligro, sin tener en cuenta las graves repercusiones psicológicas, sociales y mentales de un embarazo forzado y de la negación del aborto³².
10. En 2014 el Ministerio de Salud peruano emitió una Guía Técnica para estandarizar el proceso de interrupción voluntaria del embarazo en estos casos. No obstante, esta norma crea barreras adicionales. En particular, establece un límite arbitrario de 22 semanas para

²⁴ Hiperderecho. [Country case-study: sexual and reproductive rights in Peru](#). Privacy International. 2020.

²⁵ Boggiano, B. [Indigenous Women's Rights in Peru](#). The Borgen Project, 17 de octubre de 2020.

²⁶ Favara, M., et al., *Understanding teenage fertility in Peru: An analysis using longitudinal data*, 2020; Neal, S., et al., *Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys*. *Reproductive Health*, 15, 2018.

²⁷ Rojas, V., & Bravo, F. [Young Lives and Child Frontiers: Experiences of cohabitation, marriage and parenting in Peruvian adolescents and youth](#). Young Lives. 2020.

²⁸ Puig Borràs, C. & Álvarez, B. *The history of universal access to emergency contraception in Peru: a case of politics deepening inequalities*. *Reproductive Health Matters*. No. 54. 2018, pp. 47-50. Sin embargo, es probable que esta cifra sea mucho mayor, teniendo en cuenta que la violencia sexual no se suele denunciar y la cultura general de impunidad ante la violencia sexual y de género.

²⁹ Los embarazos forzados dificultan el acceso a la educación o al empleo estable y, por ende, las exponen a altos niveles de pobreza y a relaciones abusivas. Además, el suicidio se asocia de forma desproporcionada al embarazo adolescente. Ver: Casas, X. *They Are Girls, Not Mothers: The Violence of Forcing Motherhood on Young Girls in Latin America*. *Health and human rights*, 21 HEALTH AND HUM. RTS. J., 2, 2019, p. 159.; Save the Children, *Every Last Child Country Spotlight: Peru, 2016*.

³⁰ Código Penal del Perú, Decreto Legislativo N° 635, art. 114: "La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuentidós a ciento cuatro jornadas"; art- 155: "El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de dos ni mayor de cinco años".

³¹ *Ibidem*, art. 119: "No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente".

³² Human Rights Watch. [My Rights, and My Right to Know: Lack of Access to Therapeutic Abortion in Peru](#). 2008, p. 8; Comité de Derechos Humanos. *K.L. vs. Peru*, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, párr. 6.2. Comité CEDAW, *L.C. vs. Peru*. U.N. Doc CEDAW/C/50/D/22/2009.

el aborto terapéutico que no está incluido en el Código Penal y que impide el acceso a este servicio de salud y obliga a las niñas y mujeres a continuar con un embarazo no deseado, aunque suponga graves riesgos para su salud o su vida³³. Resulta preocupante que la Corte Suprema de Justicia del Perú está examinando actualmente una acción que pretende restringir aún más la interpretación limitada del aborto terapéutico o, peor aún, que se declare la inconstitucionalidad de la Guía Técnica³⁴.

11. Adicionalmente, la amenaza de persecución penal y la estigmatización social crean más barreras para el acceso al aborto legal, y obligan a las mujeres a recurrir a abortos inseguros o a asumir maternidades forzadas. Los abortos inseguros y sus complicaciones asociadas representan una cuarta parte de las muertes maternas en Perú. Cada año se practican unos 350.000 abortos clandestinos en condiciones predominantemente insalubres y peligrosas por parte de profesionales poco cualificados³⁵. Anualmente, casi 65.000 mujeres son hospitalizadas, y 800 de ellas mueren, debido a complicaciones relacionadas con el aborto³⁶. De acuerdo con las cifras oficiales, entre el 2014 y 2016, 86 mujeres, seis de las cuales eran niñas o adolescentes, murieron por complicaciones tras someterse a un aborto y no recibir una atención médica adecuada³⁷. De acuerdo con la información aportada por PROMSEX, entre el 2018 y el 2020, se atendieron 88.094 casos de abortos incompletos en el sistema de salud. En ese mismo periodo, el aborto fue la segunda causa de internamiento por razones obstétricas, superada solo por el parto.³⁸
12. Sumado a ello, en la última década 571 mujeres fueron criminalizadas por el delito de aborto en Perú. Entre 2015 y 2018, la Fiscalía inició 961 procesos por aborto y procesó 321 casos ante la jurisdicción penal³⁹. Entre 2018 y 2020, hubo 406 procesos penales en curso contra mujeres por el delito de aborto. El obligar a las mujeres a soportar la persecución penal y una posible condena supone un sufrimiento mental y una estigmatización social adicional al de la negación del aborto seguro⁴⁰. Muestra de ello es el caso de “Camila”, una niña indígena proveniente de una zona rural de la serranía ejemplifica el impacto desproporcionado de la

³³ Ministerio de Salud. Resolución Ministerial No. 486-2014/MINSA. *Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del Código Penal*, 2014.

³⁴ Corte Suprema de Justicia del Perú. Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente. Expediente No. 08933-2020-0-5001-SU-DC-01. Acción Popular promovida por la Asociación Centro de Estudios Jurídicos Santo Tomás Moro, en contra de la Resolución Ministerial No. 486-2014/MINSA, norma que aprueba la Guía Técnica.

³⁵ Huff, S. *Abortion Crisis in Peru: Finding a Woman's Right to Obtain Safe and Legal Abortions in the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, 2007.

³⁶ Rayman-Read, A. *The Sound of Silence*, AM. PROSPECT, Sept. 24, 2001; Office of the Deputy Director, *Health Situation in the Americas: Basic Indicators*, PAN AM. HEALTH ORG., 2005.

³⁷ Respuesta del Ministerio de Salud a la solicitud de información pública. Expediente No. 16-051635-00; PROMSEX. [Carta dirigida a la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias](#), 17 de mayo de 2019.

³⁸ Respuesta del Ministerio de Salud a la solicitud de información pública. Expediente N° 21-003888.

³⁹ Ojo Público. [Abortar en Perú: cuando víctima y familiares son llevados a cárcel](#), 2019.

⁴⁰ Díaz, J., C. & Ramírez, B. [El aborto y los derechos fundamentales: Análisis de la constitucionalidad de la prohibición penal de la interrupción del embarazo en supuestos de violación sexual y de malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina](#), PROMSEX, 2013, p. 44.

penalización del aborto en el Perú sobre los derechos de las niñas más vulnerables. A los 13 años, Camila quedó embarazada luego de ser violada en repetidas oportunidades por su padre y, aunque solicitó un aborto terapéutico, el personal médico nunca respondió su solicitud. A las 13 semanas de gestación, Camila tuvo una pérdida espontánea y, posteriormente, fue criminalizada por el delito de aborto⁴¹. Si bien fue absuelta, estuvo sometida a un proceso de 2 años.

13. En el marco de la pandemia ocasionada por el COVID-19, el Estado peruano ha impuesto mayores restricciones para acceder al aborto terapéutico. El Ministerio de Salud emitió una Directiva que permite el acceso al aborto solo cuando "la vida de la mujer embarazada infectada con COVID-19 está en riesgo"⁴², lo cual excluye a las mujeres y niñas que no tengan COVID-19 y los casos en que la salud esté en riesgo por un embarazo forzado, en contravención del Código Penal y la Guía Técnica. Además, las restricciones a la circulación relacionadas con la pandemia han dificultado que las mujeres se desplacen a los centros de salud y/o accedan Misoprostol -que, en determinadas circunstancias, podría comprarse en farmacias sin receta para autoadministrarse un aborto-⁴³. En consecuencia, se han incrementado los abortos inseguros realizados con artículos domésticos u otros medios inseguros⁴⁴.
 14. Pese a que el contexto de acceso a servicios de salud reproductiva ya es altamente restrictivo en el Perú, es alarmante que el poder legislativo insista en impulsar iniciativas que afectan directamente la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas. Por ejemplo, el 18 de noviembre de 2021 un grupo de congresistas presentó un Proyecto de Ley que propone reconocer al concebido como "persona humana sujeto de derecho" con el fin de "garantizarle y reconocerle los derechos que le corresponda"⁴⁵. La aprobación de esta norma implicaría un grave retroceso, en tanto: i) vulneraría el derecho a prevenir un embarazo no deseado y, por tanto, obstaculizaría en mayor medida el acceso a la AOE; ii) implicaría que el Estado peruano se abstenga de ofrecer el servicio médico necesario en casos de aborto, con la consecuente exposición al riesgo de la integridad, salud y vida de las niñas y mujeres embarazadas; y iii) supone un riesgo para la aplicación del aborto terapéutico, en tanto refuerza la interpretación restrictiva que considera que el aborto terapéutico solo procede cuando las vidas de las personas se encuentran en grave peligro⁴⁶.
- **El impacto desproporcionado de las restricciones a los servicios de salud reproductiva sobre las niñas y mujeres indígenas, campesinas y provenientes de zonas rurales**

⁴¹ PROMSEX. <https://promsex.org/el-caso-camila-llega-al-comite-de-derechos-del-nino-de-la-onu/>, 2020.

⁴² Ministerio de Salud. [Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19](#), Ministerial Resol. No. 217-2020-MINSA, 2020.

⁴³ UNFPA. [Risks of the Covid-19 Pandemic for the exercise of women's sexual and reproductive rights](#), 2020.

⁴⁴ Tidsskriftet. [The paradox of access - abortion law, policy and misoprostol](#), 2021.

⁴⁵ Congreso de la República. [Proyecto de Ley N° 00785/2021-CR](#), 2021.

⁴⁶ *Ibidem*, art. 6.

15. Las restricciones en el acceso a servicios de salud reproductiva en el Perú afectan desproporcionadamente a las niñas y mujeres rurales, indígenas y campesinas. Un gran porcentaje de mujeres de la región amazónica de Loreto ha denunciado el cierre irregular de los centros de salud, la falta de medicamentos esenciales y de personal capacitado, así como los largos tiempos de espera, que dificultan su acceso a estos servicios. En cuanto a la atención médica durante el embarazo y el parto, el 16,5% de las mujeres entrevistadas en esta región no recibieron atención prenatal⁴⁷. También se ha reportado que, en las regiones de la Sierra y la Selva, en donde viven la mayoría de las mujeres campesinas e indígenas, la tasa de mortalidad materna es cuatro veces mayor que en las otras regiones costeras. En las zonas rurales, la hemorragia obstétrica es la causa de más del 50% de las muertes maternas⁴⁸.
16. Igualmente, es preocupante que si bien la legislación peruana reconoce de manera explícita la violencia obstétrica como una de las manifestaciones de la violencia contra las mujeres⁴⁹, en la práctica, el personal médico ejerce de manera sistemática y naturalizada actos de maltrato contra las mujeres que acceden a servicios de salud materna, particularmente, contra las mujeres campesinas, indígenas y/o quechuahablantes⁵⁰. Por ejemplo, aunque su preferencia y tradición es el parto vertical y domiciliario en compañía de parteras, el personal médico las condiciona a dar a luz en establecimientos de salud y en posición horizontal a cambio de recibir los beneficios de seguro o el certificado de nacimiento de sus hijos o hijas. Otras prácticas relacionadas son la imposición de multas *de facto*, el uso de la policía o amenazas de encarcelamiento⁵¹. Esto se debe a que los proveedores de salud consideran, con base en estereotipos y preconcepciones, que sus costumbres ancestrales en torno al embarazo, parto y postparto son “atrasadas” o “ignorantes”⁵². Sumado a ello, existe una carencia de servicios de salud culturalmente apropiados y en el idioma de las mujeres, niñas y adolescentes indígenas o campesinas⁵³. El caso de Eulogia Guzmán, una mujer quechuahablante que fue obligada a dar a luz en una institución de salud y de forma horizontal por personal de salud peruano, ejemplifica la violencia estructural y la discriminación interseccional a la que son sometidas las mujeres campesinas y rurales en el Perú⁵⁴.

⁴⁷ Vargas, B., et al., *An exploration of patient-provider dynamics and childbirth experiences in rural and urban Peru: a qualitative study*, 21 BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH, 135, 2021; Westgard, C. et al., *Health service utilization, perspectives, and health-seeking behavior for maternal and child health services in the Amazon of Peru, a mixed-methods study*, 18 INT’L J. OF EQUITY IN HEALTH, 2019.

⁴⁸ Ministerio de Salud. *Muerte Materna en el Perú 2001-2011, 2013*; Chávez, S., & Juárez, E. [Historias para no olvidar: La violencia como factor asociado a la muerte materna de adolescentes. Un estudio cualitativo 2012-2014](#). PROMSEX, 2015.

⁴⁹ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021. Aprobado mediante el Decreto Supremo N° 08-2016-MIMP, p. 7.

⁵⁰ Chirapaq. [Informe sobre maltrato y violencia contra las mujeres indígenas durante la atención en salud reproductiva, con enfoque en parto](#), 2019, pp. 2-6.

⁵¹ Defensoría del Pueblo. [La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural](#). Serie Informes Defensoriales – Informe N°169, 2015, p. 55.

⁵² Physicians for Human Rights. [Demoras fatales. Mortalidad materna en el Perú: un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura](#), 2007, p. 11.

⁵³ CIDH. *Comunicado de prensa: CIDH finaliza visita de trabajo a Perú*. 16 de noviembre de 2018.

⁵⁴ CIDH. [Informe No. 35/14, Petición 1334-09. Admisibilidad. Eulogia y su hijo Sergio vs. Perú](#). 4 de abril de 2014.

17. Además, a raíz de la pandemia del COVID-19 también las tasas de mortalidad materna en el Perú se han incrementado exponencialmente. En 2020, las muertes maternas aumentaron un 33%. Las principales causas de muerte materna en dicho año fueron la preeclampsia y la eclampsia, ambas asociadas a la falta de atención prenatal debido a la pandemia⁵⁵. Con las unidades de cuidados intensivos para embarazadas ocupadas por pacientes del COVID-19, la falta de diagnósticos oportunos y de acceso a la atención obstétrica de urgencia provocó un aumento de las complicaciones en el parto en comparación con los tiempos anteriores a la pandemia⁵⁶.
18. Por las consideraciones expuestas, **el Estado peruano no ha logrado avances significativos hacia la prevención y erradicación de las múltiples formas de discriminación que existen en el país. Por el contrario, ha mantenido una legislación restrictiva y ha introducido medidas regresivas en materia de acceso a la AOE y al aborto. Además, no ha adoptado medidas para modificar los patrones y prácticas socioculturales que legitiman la violencia y el maltrato contra las mujeres indígenas, campesinas y provenientes de zonas rurales.** Este preocupante panorama para las mujeres y niñas más vulnerables en el Perú exige una respuesta urgente por parte de los mecanismos internacionales de protección de derechos humanos conforme a los estándares antes señalados, a efectos de lograr la garantía efectiva de sus derechos sexuales y reproductivos.

⁵⁵ Gianella, C. et al., *Reverting five years of progress: Impact of Covid-19 on maternal mortality in Peru*, CHR. MICHELEN INSTITUTE, CMI Brief no. 2021.

⁵⁶ *Ídem*.