

**COMISIÓN ESPECIAL SOBRE ACTIVIDADES DE
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV)**

INFORME FINAL

Dr. Juan Succar Rahme

Dra. Maita García Trovato

Mg. Esperanza Reyes Solari

Sra. Hilaria Supa Huamán

Julio, 2002

I. INTRODUCCIÓN

1.1 AGRADECIMIENTO

Nuestro reconocimiento y gratitud a las personas, mujeres y hombres, autoridades locales y personal de salud, que decidieron voluntariamente compartir sus experiencias con los miembros de la Comisión y cuyos testimonios constituyen evidencia indiciaria de las irregularidades cometidas.

Queremos agradecer:

- Al Señor Ministro de Salud, Luis Solari de la Fuente que instaló la Comisión y al actual Ministro de Salud, Fernando Carbone por el apoyo logístico brindado.
- A las autoridades de salud de las regiones visitadas que nos facilitaron los medios para movilizarnos hacia los establecimientos de salud.
- A las agencias de cooperación técnica internacional y organismos no gubernamentales (ONGs) que brindaron alguna información.
- Al financiamiento del DFID que facilitó el trabajo del grupo de apoyo en los últimos cuatro meses.

A los miembros de la Comisión, por su dedicación y capacidad de trabajo en condiciones limitadas y permitimos tener un acercamiento plural en la diferencia de opiniones.

Finalmente a la Srta. Gilian Tejada, secretaria ejecutiva de la Comisión y al personal a su cargo.

1.2 PRESENTACIÓN

Las familias peruanas presentan una composición, una estructura y relaciones entre sus integrantes variadas, tanto como son las distintas culturas que existen en el país. En el Perú tenemos una realidad multilingüe y pluricultural. Existen 56 lenguas nativas. Entre las principales encontramos las de origen andino (quechua y aymara), utilizadas por siete y medio millones de personas aproximadamente. Otras 300,000 personas hablan lenguas de origen amazónico, pertenecientes a doce familias lingüísticas. Si bien se calcula que un 70% de la población peruana habla castellano, hay que tener en cuenta que un 16% de ella es bilingüe o sólo se expresa en su idioma nativo.¹ También desde antiguo en las comunidades nativas

¹ Pilar Dughi y cols. : “Salud Mental, Infancia y Familia”,1995 / págs. 42-43

se utilizaban hierbas² y métodos naturales³ que les permitían planificar el espaciamiento de sus hijos, costumbre que persiste hasta la actualidad.

Ninguna de estas consideraciones fue tomada en cuenta en la programación de las campañas de planificación familiar cuando la variedad en la oferta de métodos de anticoncepción empezó a disminuir y se concentró en las esterilizaciones. Las campañas eran focalizadas hacia las regiones indígenas, zonas en las cuales no se puede hablar de “sobrepoblación”. En algunas regiones, el terrorismo ha diezmado las familias considerablemente. “*Queremos tener más hijos para reemplazar a los niños que el Sendero nos ha robado*”⁴, dicen los ashaninkas que viven en la región amazónica donde 40% de las comunidades desapareció. La conclusión que los ashaninkas sacaron de las campañas masivas fue : “*quieren terminar con nosotros*”
...⁵

Pero tampoco se respetó la cosmovisión andina. Este menosprecio hacia la población local se vió en el proceso de todas las campañas como la circunstancia de enviar personal médico ajeno a la población que no hablaba la lengua nativa ni entendía la idiosincrasia propia de los lugareños. Entre muchas características que se pasó por alto señalaremos algunas particularmente significativas:

- Ignorar la concepción del tiempo de las comunidades andinas, completamente distinta a la nuestra ligada a la naturaleza. Viven el universo con un sentido más bien cíclico, al día sigue la noche, la cosecha a la siembra, etc. De manera tal que para ellos todo lo que se va vuelve y todo se repite. No hay una idea cabal de lo que significa irreversible o definitivo. Cuando han descubierto que nunca más tendrán un niño propio se han sentido enojados, tristes y engañados. Es una visión del mundo de arriba el *hananpacha*, del tiempo actual el *kaypacha* y de abajo, lo que está debajo de la tierra o *ukupacha* que vuelve a renacer a través de la *mamapacha* o madre tierra.
- Ignorar el valor de la integridad física dentro de las comunidades. Inclusive, tienen que estar realmente muy adoloridas, muy enfermas, para aceptar una operación. Este solo hecho hace más que cuestionable aceptar que la mayoría haya aceptado ser intervenida quirúrgicamente sin mediar presión alguna,

² Estrella Quisca, Allco Quisca, perejil, etc.

³ *Coitus interruptus*

⁴ María Christine Zauzich M.A. : “Perú : Política de Población y Derechos Humanos”, 2000 / pág.86

⁵ Ibid, María Christine Zauzich M.A.

incentivos o amenazas y existiendo, según dicen los Manuales, *la oferta de todos los otros métodos de anticoncepción*. Para ellos, el cuerpo es un factor muy importante y el sólo hecho de haber sido víctimas de un corte ha causado perturbación. Muchas sienten que han sido – y realmente es así – lesionadas física y espiritualmente⁶ porque *“les hizo un daño”*...

- La falta de información clara y precisa y el ambiente de una opinión favorable a la necesidad de que se deba realizar una esterilización facilitó que se dieran irregularidades. Uno de los médicos entrevistados hablando del valor que podía tener o no el consentimiento de las pacientes nos decía *“ella mira, si la técnica dice que sí, la enfermera dice que sí, la obstetrix dice que sí, el médico dice que sí ... ella también va a decir que sí”*. Cuando han descubierto el engaño y las violaciones de los que han sido objeto, la mayoría han empezado a presentar una serie de somatizaciones que van desde dolores de cabeza y dolores corporales varios hasta incapacidades funcionales. Otras presentan cuadros depresivos de severidad variable.
- El vínculo existente en la mentalidad colectiva entre fertilidad personal y fertilidad del campo. Como para reforzar este sentimiento es de conocimiento público que al mismo tiempo que sucedían las campañas se empezaba a sentir el abandono del agro por parte del gobierno. No es extraño que muchas campesinas sientan como una unidad la *“sequedad de sus cuerpos”* y la *“sequedad de sus campos”* y piensen que si consiguen tener un hijo, sus tierras volverán a ser fértiles.
- Su sentido del pudor y la falta de familiaridad con actos médicos y procedimientos quirúrgicos. Esto se pone en evidencia cuando algunas se quejan de que no van a ser las mismas por haber tenido que desnudar su vientre y sus genitales ante los ojos de hombres desconocidos. Otras han vivido la operación como una *“experiencia mítica”*: *“primero nos hicieron morir (anestesia), más tarde nos resucitaron”*.

En las motivaciones del equipo de trabajo existe la certeza de que cuando se asume una responsabilidad de gobierno para la salud de nuestra población, se tiene que tener presente su diversidad cultural. Corresponde, igualmente, a una responsabilidad de gobierno en salud, proveer una información completa que amplíe la habilidad de las personas para decidir en materias relacionadas con su

⁶ En las comunidades andinas se denomina espiritual a los aspectos psicológicos.

propia salud y su cuerpo, recibir un trato igualitario en el acceso a los servicios de salud, no discriminatorio por educación, grupo étnico y socioeconómico y con profesionales de la salud que provean una atención con competencia técnica y seguridad. Sobre todo, ésta no debe olvidar que el fin supremo es el ser humano y que tenemos que vivir comprometidos con nuestra propia esencia: la vida.

Informe

El presente Informe de investigación trata acerca de las irregularidades cometidas en la ejecución de las anticoncepciones quirúrgicas voluntarias. La responsabilidad asumida por la Comisión nombrada para tal efecto desarrolló su tarea a través de varios momentos de revisión de fuentes secundarias, de la literatura producida, entrevistas y visitas a algunas zonas del país.

El cuerpo del presente Informe está compuesto por los **Antecedentes**, donde se hace un recuento de los hechos que precedieron a la dación de la ley que permitía la esterilización quirúrgica y a los hechos que posteriormente desencadenaron su ejecución.

En los **Hallazgos** se resumen los testimonios de mujeres afectadas recogidos por la Comisión durante fines del año 2001 e inicios del 2002 en Cusco y Piura. Así como testimonios de personal de salud entrevistados en Arequipa, Tacna, San Martín y Puno, tanto exministros, como directores del nivel central y regional y de los establecimientos. Posteriormente, se presentan datos recogidos por un equipo de apoyo a la Comisión, conformado por una trabajadora social, dos psicólogas, dos médicos y dos periodistas de investigación que viajaron a diversas zonas del país. Se presentan, igualmente, las evidencias escritas, cartas y comunicaciones, cursadas al personal de salud, entre funcionarios del Ministerio y entre el Ministro de Salud y la Casa de Gobierno y un video periodístico de testimonios de mujeres campesinas y personal de salud que son pruebas indiciarias de irregularidades. En formato electrónico se cuenta con una relación de datos de mujeres que fueron entrevistadas por la Comisión y por el equipo de apoyo.

Se presenta la relación de **Fallecidos** recogidos de fuentes secundarias con el propósito de que el Estado haga efectiva las acciones recomendadas.

En el acápite de **Responsabilidades** se señalan las más importantes.

Finalmente las **Conclusiones y Recomendaciones** implican dar curso a acciones institucionales y de gobierno que asumen y rectifican errores cometidos en el pasado

y se comprometen a que estas irregularidades no se volverán a repetir jamás en nuestro país.

1.3 EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Pocos días después de asumir el cargo de primer Ministro de Salud del nuevo gobierno constitucional, el Dr. Luis Solari De La Fuente recibió en su Despacho a una delegación de mujeres pobres procedentes de la provincia de Anta, departamento de Cuzco acompañadas por integrantes del MAM denunciaron que violaron sus derechos mediante las operaciones de esterilización a que fueron sometidas con engaños. Revelaron además que por lo menos treinta mujeres habían fallecido a raíz de estas intervenciones y que decenas de ellas resultaron con lesiones diversas a consecuencia de las mismas; y su preocupación sobre mas violaciones a mujeres de todo el país y la muerte de otras, como consecuencia de estas esterilizaciones, lo cual está recogido en el Reporte “Nada Personal” de CLADEM, elaborado por la Dra. Giulia Tamayo.

Como es de conocimiento público las actividades de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) se llevaron a cabo en forma masiva a partir del segundo semestre de 1995 y fueron impulsadas y priorizadas por personal de salud principalmente a mujeres andinas, de etnias amazónicas, de zonas rurales y urbano marginales, cuyo denominador común es el desconocimiento de sus derechos.

Para tal fin se organizaron diversas formas de captación de usuarias consistentes en ferias populares, festivales de ligaduras, establecimiento de premios y amenazas al personal que no lograba realizar o cumplir cuotas de AQV.

Asimismo, se denunció el establecimiento de cuotas de cumplimiento obligatorio desde el nivel central MINSA para los establecimientos de salud del país y para todo su personal .

La queja de maltrato y la presión ejercidas sobre un universo de mujeres desprotegidas y poco o nada informadas, se suma a una larga lista de cuestionamientos conocidos desde finales del año 1996 en que aparecieron las primeras denuncias de violaciones de derechos, provenientes de distintos puntos de la república, expresadas por diversas organizaciones defensoras de derechos humanos, a las que se sumaron investigaciones del Colegio Médico, Defensoría del Pueblo, Conferencia Episcopal, CLADEM regional y otras. A partir de 1998 las

denuncias alcanzaron al Congreso de los Estados Unidos y aparecieron diferentes publicaciones señalando una serie de “excesos” y “abusos” en el marco del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva del Perú, particularmente en lo concerniente a las campañas de esterilización.....

En el transcurso de 1998 al 2001, las mujeres de Anta, Ayacucho y otras regiones de la sierra del país, insistieron que se hiciera en todos los espacios posibles la investigación profunda sobre todas las violaciones a los derechos atropellados en la época de 1995 al 2000. Es así que el MINSA decidió crear la “Comisión Especial” sobre actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria” estableciéndola por Resolución Ministerial N°495-2001-SA/DM del 08 de septiembre del 2001.

Al asumir sus funciones, esta Comisión recibió el encargo de investigar la verdad de los hechos, para que las autoridades evalúen lo que consideren pertinente.

1.4 DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

La Comisión considera que:

- 1 De acuerdo a la Constitución del Estado Peruano “toda persona tiene derecho a la vida, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar”⁷. Así mismo, “la Política Nacional de Población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y las personas a decidir. En tal sentido, el Estado debe asegurar programas de educación y de información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud.”⁸
- 2 La planificación familiar debe ser libre, sin coacción de ninguna índole, responsable e informada; con consejería adecuada precisando alternativas, riesgos, contraindicaciones; pronóstico y formas de realización, que conduzca a la decisión inteligente en relación tanto al número de hijos que se desea tener como al espaciamiento entre los mismos.

⁷ Constitución Política del Perú, Cap. I, Art. 2.1, 1993

⁶ Constitución Política del Perú, Cap. II, Art. 6, 1993

- 3 La planificación familiar o regulación de la fecundidad es un deber y derecho universalmente aceptado, existiendo para la misma una variedad de métodos naturales y artificiales utilizados en las diferentes sociedades humanas.
- 4 Nadie extraño a la pareja – incluido el Estado – debe intervenir en forzar una decisión concerniente al tamaño que desea para su familia.
- 5 Nadie puede ser sometido a un método de planificación familiar sin su información y consentimiento, debiendo establecerse sanciones cuando ésto ocurre.
- 6 Tanto la ligadura de trompas como la vasectomía privan a las personas de la función específica de procrear. Esta se puede clasificar – según sus causas – en : a) eugenésica; b) demográfica; c) terapéutica y d) directa. La esterilización eugenésica como la demográfica son éticamente inaceptables y han sido esgrimidas a lo largo de la historia⁹ como sustento de algunas políticas de Estado tendientes a la eliminación de personas consideradas “inferiores” o defectuosas. La esterilización terapéutica es aquella en la cual no queda otra posibilidad más que la ligadura de trompas o la vasectomía para prolongar la vida de una persona cuyos órganos reproductores están severamente afectados. La esterilización directa, voluntaria o preventiva es la que tiene lugar cuando las personas en pleno uso de su libertad y de sus facultades físicas y mentales, deciden renunciar irrevocablemente al ejercicio de la función reproductiva y eligen este método disponiendo de toda la información existente y luego de reflexionar y asumir riesgos y consecuencias.
- 7 Considerando que las actividades de anticoncepción quirúrgica voluntaria no constituyen emergencias médicas, no hay ninguna razón que permita realizarlas fuera de lugares certificados para este fin. El personal debe ser calificado y respetar los plazos de reflexión establecidos entre la información y el acto quirúrgico.

⁹ EEUU, 1920, veinticinco estados tenían leyes autorizando la esterilización eugenésica. En 1933 en la Alemania nazi se promulgó una ley para la esterilización eugenésica de los “débiles”.

- 8 Levantar el criterio de ilegalidad para la anticoncepción quirúrgica en el Perú tuvo a la letra la condición de que se trataría de esterilizaciones voluntarias. A la luz de lo que hoy sabemos, encontramos que hubieron un número considerable de irregularidades, muchas de las cuales han sido materia de denuncia. Estos hechos podrían ubicarlas dentro de las causales que podríamos llamar demográficas y en no pocos casos, eugenésicas, constituyendo violación a los Derechos Humanos y a la Constitución Política vigente, a lesionar la integridad física y psicológica de estas personas con pérdida irreversible de una función importante, más aún que ha producido casos de complicaciones y muertes.
- 9 En relación a estas últimas situaciones, consideramos que es deber del Estado asumir la responsabilidad plena de estos hechos, exigiendo el accionar de la Procuraduría, del Ministerio Público y del Poder Judicial para que ninguno de estos actos y sus daños queden impunes, tanto respecto de los que las motivaron o infligieron, como respecto de las víctimas, con las apropiadas medidas reparatorias.

1.5 METODOLOGÍA

La Comisión decidió avocarse a desarrollar una investigación del período 1996-2000. con el propósito de compartir sus experiencias de investigación acerca de la Anticoncepción Quirúrgica en el Perú, la Comisión se entrevistó con la Dra. Giulia Tamayo¹⁰ y con la Dra. Rocío Villanueva¹¹, Defensora de los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo. Así mismo, se acopió información publicada tanto por el Ministerio de Salud como por otras instituciones, investigadores y personas. A continuación se describe la metodología utilizada para desarrollar la investigación en base a los siguientes objetivos:

- 1.5.1 Caracterizar la implementación de la política a través de testimonios de las personas afectadas y del personal de salud en el nivel local.

¹⁰ 17 de Noviembre 2001

¹¹ Reunión en su Despacho con el Dr. Juan Succar, Lic. Esperanza Reyes y la Sra. Hilaria Supa

Caracterizar la situación socio-psicológica de las personas afectadas.
Identificar los procedimientos utilizados registrados en las historias clínicas.

En una primera etapa con el apoyo logístico del Ministerio de Salud, se recogieron testimonios de las propias mujeres afectadas de zonas que no habían sido suficientemente estudiadas por los informes recabados, así como del personal de salud involucrado. Se realizaron visitas a Huancabamba y Caserío de Upamache en Piura, (62 testimonios) y comunidades de Anta, Collquepata, Paucartambo en el Cusco, (231 testimonios). En Piura se evaluó y constató los ambientes quirúrgicos. Se diseñó una plantilla de entrevista, un cuestionario de preguntas para directivos. En Piura las entrevistas fueron realizadas por dos miembros de la Comisión y en Cusco por un Comisionado con el apoyo de personas de la sociedad civil. Asimismo, se revisaron quejas derivadas por el despacho Ministerial a la Comisión. También se diseñó una plantilla en un paquete estadístico para el vaciado cuanti-cualitativo de los testimonios recogidos.

En un segundo momento, la Comisión recibió apoyo de la cooperación internacional (DFID) para continuar recogiendo testimonios de las personas afectadas y realizar un estudio de los procedimientos médicos utilizados en la realización de las actividades de esterilización quirúrgica en otros lugares del país. Los criterios para delimitar las zonas a visitar fueron cuantitativos y cualitativos. Los cuantitativos, consideraban aquellas DISAs donde el número de esterilizaciones hubiera sido más alto comparativamente según el intervalo de años delimitado 1996-2000. Los cualitativos consideraban aquellas DISAs donde se conocía por las noticias recabadas o informantes que se había cometido flagrantes violaciones a los derechos de las personas, pero cuya población no era significativa cuantitativamente. Se reelaboró los cuestionarios diseñados por los Comisionados, como también se diseñó nuevos cuestionarios para recabar información de la historias clínicas.

Los Comisionados visitaron las siguientes zonas y entrevistaron fundamentalmente a personal de salud de las DISAs, como también personal de los establecimientos:

AREQUIPA, coordinación con el Director de la DISA y entrevistas a:

- Coordinadora de Planificación Familiar
- Directora de Salud de las Personas
- Director del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado.
- Dirigente del Colegio Médico del Perú
- Directora del C.S. Zamacola.
- Directora y gineco-obstetra del C.S. Hunter
- Directora y coordinadora de Planificación Familiar del C.S. Paucarpata.
- Coordinadora de Planificación Familiar del C.S. Mariano Melgar
- Entrevista con Dr. Héctor Linares (Gineco-Obstetra) – Arequipa
- Entrevista con Dr. Hugo Rojas – Arequipa

CUSCO: Se coordinó con el Director de la DISA y se realizaron las siguientes entrevistas:

- Coordinadora de Planificación Familiar en el período de estudio (1996, 1998-200), la cual sigue en la actualidad y al coordinador en el año 1997.
- Jefe del C.S. de Anta, Dr. Washington Ortiz
- Coordinadora de Planificación Familiar de Chumbivilcas
- Jefe del C.S. de Urubamba.
- Entrevista con William Velasco DISA Cusco

PUNO: Se coordinó con el subdirector de la DISA, por ausencia del Director y se realizaron las siguientes entrevistas:

- Coordinadora de Planificación Familiar de la DISA Puno
- Director del Hospital de Chucuito
- Director de Ginecobstetricia del Hospital de Chucuito
- Jefe y técnico del C.S. Pilcuyo
- Enfermera del C.S. Pomata.

SAN MARTÍN:

- Coordinaciones efectuadas en la Pastoral – Tarapoto con la hermana Salomé Huamaní
- Entrevista con Dr. Pedro Huarin Vargas (Director de la Región San Martín)

Provincia de Lamas:

- Presentación del Equipo de la Comisión, Dr. Juan Succar (Presidente), ante el Director del Centro de Salud Dr. Luís Cárdenas (Odontólogo).
- Entrevista y coordinaciones con enfermera Sra. Betty Ponce.
- Visita y entrevista al Centro de Salud “Huayku”.

Provincia Moyobamba:

- Visita al Centro de Salud Lluyllucucha.
- Coordinaciones con el Dr. Denis Pérez Postigo (Director del Centro)
- Visita y coordinaciones con la Pastoral de Salud Moyobamba – Srta. Lorena García.
- Visita a la Comunidad (migrantes) “Santa Rosa Uromini”

Provincia El Dorado – Distrito San José de Sisa:

- Visita al Hospital Rural “San José de Sisa”.
- Estudio socio-económico, sometidos AQV (zona rural).
- Visita y entrevista a la señora Elisa Reátegui (representante de Asociación Comunal).

TACNA:

- Entrevista con el Doctor Carlos Urbano Sanchez Muchaypiña Director General de la DISA Tacna.
- Entrevista a la Doctora Lucina Sanga Vildos del Centro de Salud de San Francisco.
- Entrevista al Doctor Pedro Saturay (Director Regional De Tacna Del 95 Al 2001)
- Entrevista a la Obstetriz Gloria Emperatriz Monroy Cardenas – Tacna
- Entrevista con la Señora Maria Victoria Paredes A. De la Conferencia Episcopal De Tacna.

El Equipo de Apoyo visitó las siguientes zonas:

CUSCO:

- Presentación del Equipo de Apoyo al Director de la Dirección Regional de Salud del Cuzco (apoyo logístico)
- Vista al Centro de Salud Colquepata. Coordinación con el Director.
- Estudio socio económico a la población femenina (promedio efectuado alrededor de 20 estudios).

- Coordinaciones efectuadas con el Dr. Fidel Ramírez Álvarez – Director del Centro de Salud de Sicuani.
- Entrevista con la Asistente Social del Centro de Salud de Sicuani, Sra. Durmía Rodríguez Flores.
- Entrevista realizada a 6 mujeres afectadas en la Casa Campesina.
- Reunión con Vicarias de Puno, representantes de Sicuani, Ayaviri y July
- Gestiones y coordinaciones realizadas con el Equipo multidisciplinario, Jefaturas del Dpto. de Ginecología, Servicio Social y Sistema Integrado de Salud en relación a 3 personas afectadas por AQV (dos mujeres y un varón)
- Visita al Distrito de Anta
- Coordinaciones efectuadas con el Director General de dicho centro de salud, Dr. Washington Ortiz, Representante de la Dirección Sub-Regional de Salud y la UTES – Cuzco.
- Coordinaciones con el personal asistencial de dicho centro de salud sobre las evaluaciones.
- Entrevista y evaluación de mujeres afectadas por AQV – promedio de 30 casos.

PUNO:

- Macusani. Entrevista a un Dirigente de Azaroma.
- Coordinaciones con el Director de la DISA, para las visitas de Centros de Salud aledaños y visitas domiciliarias a mujeres afectadas con AQV - Centro Salud Santa Rosa.
- Visita Centro de Salud Acora. Entrevista con la Coordinadora de Planificación Familiar, Jina Chavez Rodriguez.
- Entrevistas y Evaluación a pacientes afectadas con AQV.
- Coordinaciones en la DISA con el Dr. Juan Naftali Pilico Director de Salud de las Personas.
- Coordinaciones con la Dra. Julia Laguna Asistente Social.
- Coordinación con la Obstetrix Griselda Jin Chuna del Hospital Regional.
- Coordinaciones en la Vicaría de Ayaviri
- Entrevista y evaluación a mujeres afectadas con Métodos anticonceptivos
- Evaluación de mujeres afectadas con AQV en Macari

PIURA:

Sullana:

- Visita al Hospital de Apoyo de Sullana y el Centro Médico de Marcavelica donde se recogieron testimonios de pacientes post AQV
- Se realizó levantamiento de información de las Historias Clínicas
- Coordinaciones con la Pastoral de Salud, Sra. Miriam Benites y la Obstetrix Lourdes Neciosup coordinadora del Programa Mujer
- Visita a la Dirección de Salud de Piura. Entrevista con el Director de la DISA Dr. Eduardo Montalvan Sandoval y el Director de Salud de las Personas Dr. Jesús Juárez.
- Entrevista a los doctores Arturo Seminario y Hernando Cevallos del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla (CESAMICA),

Provincia de Huancabamba

- Centro de Salud de Huancabamba, entrevista con la Obstetrix Yohana Vidal Ponce.
- Entrevista con el abogado que siguió el caso de Victoria Vigo, el doctor Alejandro Silva
- Entrevista con el ex Presidente de la Federación Médica y ex Decano del Colegio Médico de la Región Grau, el doctor Hernando Cevallos, quien proporcionó documentos que confirman la presión que se ejerció sobre el personal médico de Piura.

Chulucanas:

- Visita al Hospital de Apoyo de Chulucanas
- Visita a la Pastoral de Salud de Chulucanas
- Centro de Salud y visita a la Encantada,
- Visita al Centro de Salud de Catacaos y Centro Médico Santa Rosa.
- Entrevista con el doctor Jesús Juárez, actual Director de la Salud de las Personas, quien proporcionó algunos documentos que revelarían la presión.
- Entrevista con Victoria Vigo quien relató que un médico del IPSS decidió por ella hacerle una ligadura de trompas, sin su consentimiento.

JUNÍN:

- Reunión con la Obstetrix encargada del programa de planificación familiar en la DISA Junín.
- visito el Hospital de Apoyo JAUJA
- Entrevistas en Jauja

- Entrevista con la Sra. Eulalia Cárdenas Obstetrix encargada de los años 1996 al 1999

Satipo

- Entrevista con Yudid Jumanga Jacinto mujer representante de las mujeres Ashaninkas,
- Visita al Hospital de SATIPO
- Inspección en el Hospital de Mazamari.

Pangoa

- Entrevista con Juana Chimanca representante de los Ashaninkas Nomachilengas
- Visita a Puerto Ocopa

Tambo

- Conversación con mujeres Ashanicas: Clenda Rojas
- Reunión con Samuel Rojas Diques, jefe de la comunidad
- Reunión con Egas Ñaco, representante de los CANUJA
- Visita a poblados de Pumpuriani y Pacharini,
- Reunión con Benigno Tomas, Jefe comunidades

ANCASH:

- Visita a Chavin
- Visita a San Marcos
- Evaluación de pacientes post AQV
- Entrevista con el Dr. Orihuela en Huaraz
- Contacto con medios de Comunicación de Huaraz
- Entrevista con la Señora Rosario Figueroa - Pastoral de Salud
- Entrevista con el Padre Stefano - Parroquia Belen
- Entrevista a la DISA con Sonia Rodriguez encargada de Planificacion Familiar y Digna Blas , Directora de Control Interno que estudia el caso del Dr. Orihuela por la mueta de Alejandrina Tapia Cruz en Cajacay
- Visita a Marcara
- Entrevista a responsables del Centro Medico
- Visita a Comunidad campesina de Vicos
- Evaluación de pacientes post AQV
- Entrevista con el Dr. Rafael Pais
- Entrevista con el Capellan Gregorio Mezarina
- Visita a Monterrey - CASO DE MUERTE
- Entrevista a los deudos de Jovita Palomino Julca

- Evaluación a los deudos de Jovita Palomino Julca
- Entrevista con responsable del Centro Médico
- Visita a Paquishca
- Evaluación de pacientes post AQV
- Entrevista a Edwin Bogarin - Caso Macashca y Elizabeth
- Visita a medios de comunicación de Huaraz
- Entrega de material de fotográfico por el Padre Mezarina
- Entrevista con el Señor Vicuña, líder del Sindicato de excedentes del sector salud de Huaraz
- Visita a Caraz, entrevista con el Director del Hospital de Caraz y Decano del Colegio Médico de Ancash
- Visita a Huanchac
- Entrevista a Oriol, Técnico de Enfermería del Centro Médico
- Evaluación de pacientes post AQV y VASECTOMÍA
- Obtención de las Historias Clínicas a de los casos evaluados

SAN MARTÍN:

- Coordinaciones efectuadas en la Pastoral – Tarapoto con la hermana Salomé Huamaní
- Coordinaciones con Asistente Social Materno Perinatal.

Provincia de Lamas:

- Se coordinó con el Director del Centro de Salud Dr. Luis Cárdenas.
- Entrevista y coordinaciones con enfermera Sra. Betty Ponce.
- Visita y entrevista al Centro de Salud “Huayku”.
- Visita domiciliaria y entrevista a mujeres afectadas de la Comunidad nativa “Huayku”.

Provincia Moyobamba:

- Visita al Centro de Salud Lluylucucha.
- Coordinaciones con el Dr. Denis Pérez Postigo (Director del Centro)
- Visita y coordinaciones con la Pastoral de Salud Moyobamba – Srta. Lorena García.
- Visita a la Comunidad (migrantes) “Santa Rosa Uromini” – estudio socio-económica, caso Vasectomía.
- Estudio socio-económico de mujeres sometidas AQV.

Provincia El Dorado – Distrito San José de Sisa:

- Visita al Hospital Rural “San José de Sisa”.
- Estudio socio-económico, sometidos AQV (zona rural).

- Visita y entrevista a tres casos de mujeres.
- Visita y entrevista a la señora Elisa Reátegui (representante de Asociación Comunal).
- Entrevista con Asistente Social del CECAAAP. Lic. Miriam Guerra (Tarapoto)

Provincia de Juanjui:

- Presentación y coordinaciones con el Director del Hospital.
- Entrevista con la Licenciada en Obstetricia.
- Visita domiciliaria de casos AQV.
- Hospital Rural "Picota".
- Presentación y coordinaciones con el Dr. Augusto Nolasco.
- Entrevista con la Lic. Obst. Gladys García.
- Visita domiciliaria y entrevista a mujeres sometidas AQV – Caso que denunciado a la

Tarapoto:

- Visita y coordinaciones – Dires - Tarapoto – Oficina Comunicaciones y Mantenimiento.
- Visita Comunidad - Carretera Yurimaguas.

1.5.2 Identificar los casos de personas fallecidas, complicaciones y daños irreparables.

Se revisó las publicaciones sobre esterilizaciones quirúrgicas antes mencionadas para delimitar un primer listado de personas fallecidas e identificar los casos de complicaciones y daños irreparables. Una fuente de información también lo constituyó los testimonios recogidos.

1.5.3 Recabar evidencias escritas de los procedimientos utilizados.

Se recabaron evidencias documentales tanto por los Comisionados como por el equipo de apoyo acerca de los procedimientos utilizados.

1.5.4 Elaborar una base de datos.

Con la información recogida por los miembros de la Comisión y el Equipo de Apoyo a través de los testimonios de las personas afectadas, durante el período 1996-2000 se elaboró una base de datos, que identificó a personas afectadas, cuyos testimonios fueron recogidos por

esta Comisión. la cual se complementará con las siguientes fuentes de investigación:

1.5.5 Identificar responsabilidades. Niveles de Decisión.

Responsabilidades del nivel central hasta los niveles operativos, Direcciones de Salud (DISA) y personal local de los servicios de salud.

- Entrevistas a los siguientes ex Directores de las DISAS del Ministerio.
 - Dr. Joo Luck Carlos Enrique ex Director de la DISA Callao
 - Dra. Yolanda Orozco Mori ex Director de la DISA Lima Sur
 - Dr. Italo Arbulu Tejero ex Director de la DISA Lima Sur
 - Dra. Betsy Moscoso ex Directora de la DISA Lima Este
 - Dr. Jorge Miano Trelles ex Director de DISA V Lima Ciudad
 - Dr. Cecilia Costa Esparza ex Director de Salud IV Lima Este
 - Dr. Jorge Miano Trelles Dirección de Salud V Lima Ciudad
 - Dr. Francisco Beingolea ex Director Regional de Piura
 - Dr. Juan Héctor Modesto Castro ex Director Regional de Cajamarca

- También se citó a los siguientes Directores y ex Directores que no asistieron:
 - Dirección de Salud III lima Norte Pro Delgado Luis
 - Dirección de Salud IV Lima Este Córdova Ticse Pablo Manuel
 - Dirección Regional de Salud Ancash (Chavin) Jorge Aguilar Ulises Jesús
Revilla Aguilar Javier Pedro
Azaña Vergaray Jorge Alberto
Urquizo Contreras Edwin C.
 - Dirección Regional de Salud Arequipa Bernardo Rondón Fudinaga Gustavo
Cáceres Villanueva Jesús
Talavera Beltran Jorge
Maille Sevillano Felix Humberto
 - Dirección Regional de Salud Ica Reynoso Sanchez Limbert
 - Dirección Reg. de Salud Lambayeque Cerrutti Talavera Percy Agustin
Linares Baca Victor
 - Dirección Regional de La Libertad Jaramillo Vereau Cesar Victor
Calampa del Aguila Carlos
Reyes Davila Jorge Antonio

- Dirección Regional de Salud Madre de Dios Cayetano Ticona Jacinto Emilio
Najarro Huapaya Isabel Albina
Dedios Orozco Manuel Edmundo
 - Dirección Regional de Salud Luciano Leyton Abad Jose
Castillo Colonna (Piura) Palacios Farfan Ana Maria
 - Dirección Regional de Salud Puno Montes de Oca Velasco Rolando
Dueñas Arias Juan Felipe
Enriquez Lencinas Luis Eloy
Lora Zevallos Willy
 - Reg de Salud José Carlos Mariategui Sakuray Satto Pedro Jose
 - Direcc. Sub Reg. Salud Cajamarca (IV) Chavez Rojas Victor
 - Direcc. Sub Reg. Salud de Cutervo Hernandez Moron Pedro
- Entrevistas al Director de Salud de las Personas del período 1996-2000 y al Director y coordinadores de Planificación Familiar.
 - Dr. Jesús Toledo, Director General de Atención de Salud de las Personas en el período investigado, el 11 de Diciembre del 2001.
 - Dr. Jorge Parra, Director del Programa de Salud Reproductiva Planificación Familiar, el 10 de Diciembre del 2001.
 - Señora Liliana Rios Alor Coordinadora de Planificación Familiar de Ica, el día 9 de Mayo 2002.
 - Señora Nelly Peña Peña Jefe del Programas de Planificación DISA Callao. Se le cito en 2 oportunidades. No asistió.
 - Dra. Rossana Hildebrant Pinedo Directora del Programa de Salud de las personas DISA V Lima Ciudad citada para el día 8 abril 2002 y para el 17 de Mayo 2002. No asistió.
 - Entrevistas a los siguientes ex- Ministros de Salud:
 - Dr. Eduardo Yong Motta el 21 de mayo 2002 (10/10/94 al 03/04/96)
 - Dr. Marino Costa Bauer el 24 de mayo 2002 (10/04/96 al 05/01/99)
 - Dr. Alejandro Aguinaga Recuenco el 30 mayo 2002 (15/04/99 al 25/11/00)

- Cooperación Internacional.
 - Entrevista con representantes de AID: Dr. Richard Martín, Dra. Lucy López y la Abogada Dra. Violeta Bermúdez el día 5 de diciembre 2001. Enviaron documentos a la Comisión.
 - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, contestó carta del 8 de noviembre, indicando que no tenían información.
 - Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) hizo llegar la publicación “Nada Personal” y un video.
 - Organización Panamericana de la Salud, contestó carta del 8 de noviembre, indicando que solicitáramos la información al MINSA.
 - Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en respuesta a comunicaciones del 8 y 26 de noviembre, indican que UNFPA “no apoya programas que promueven un solo método anticonceptivo”.

- Organizaciones No-Gubernamentales.
 - Entrevista con representantes de ONGs a la Mesa Tripartita: Maria Raguz 3 de diciembre 2001.
 - Entrevista con Maria Esther Mogollón del Movimiento Amplio de Mujeres el 4 de Diciembre 2001. Envían copia de reportes “Silencio y Complicidad” y “Nada Personal”.
 - Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Entrevista con Ivonne Macassi el 10 de Diciembre.
 - Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS) enviaron publicación “Nada Personal” y video.
 - Manuela Ramos. En respuesta a la carta del 8 de noviembre, envía copia de denuncias por AQV.

II. ANTECEDENTES

2.1 LEGISLACIÓN PERUANA y POLÍTICA DE POBLACIÓN

El Decreto Supremo No. 00625-76-SA del 31 de Agosto de 1976, suscrito por el Gral. Francisco Morales Bermúdez, Presidente de la República, aprobó la vigencia del documento titulado “Lineamientos de Política de Población en el Perú”, el cual en su capítulo IV, sección C, No. 3 establece que “...el Gobierno no busca metas demográficas cuantitativas y que en ningún modo le mueve un afán controlista de la natalidad... “

En el gobierno del Presidente Fernando Belaúnde Terry se aprobó y promulgó la Ley No. 346 (05 de Julio de 1985) “Ley de Política Nacional de Población”. En su artículo 1º, inciso 2), establecía que esta norma legal tiene por objetivo promover y asegurar la decisión libre, informada y responsable de las personas y las parejas sobre el número y espaciamiento de los nacimientos.

El gobierno del Presidente Alberto Fujimori, poco tiempo después del autogolpe del 05 de Abril de 1992, declaró el decenio 1992-2002 como “Década de la Planificación Familiar”, denominación aprobada por Resolución Ministerial No. 0738-92-SA/DM del 02 de Diciembre de 1992. Los cambios legislativos sucedidos en su segundo gobierno con respecto a la esterilización quirúrgica fueron los siguientes:

1995.- El Congreso a propuesta del Ejecutivo, y después de amplio debate modificó la “Ley General de Población” para permitir la esterilización como método de planificación familiar y adecuarse a los objetivos y estrategias de la Política Nacional de Población (Ley No. 26530, del 09 de Setiembre de 1995).

1996.- En Febrero de 1996, el Ministerio de Salud aprobó el “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000”, instrumento de política que reconoce la salud reproductiva como un derecho humano y social. Asimismo, subraya la gratuidad, tanto de los servicios como de los métodos anticonceptivos, incluyendo la cirugía de esterilización.

1997.- Se promulga la “Ley General de Salud”, que garantiza el servicio gratuito y el suministro de toda la gama de anticonceptivos y la anticoncepción quirúrgica. Para la realización de ésta sólo se requiere el consentimiento escrito de él(la) usuario (usuaria); se elimina la posibilidad de la objeción de conciencia por la cual los profesionales de la salud podían oponerse a llevar a la práctica procedimientos reñidos con sus creencias y normas morales. En su artículo 4, dicha norma, que establece que nadie puede ser sometido a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo y el artículo 6, “que consagra el derecho de toda persona 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 y advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación pueda 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”.

2.2 LAS “AQV”s

En las conferencias internacionales organizadas por Naciones Unidas –la de Población (CIPD, El Cairo, 1994) y la de la Mujer (Pekín, 1995)- se discutió una serie de temas para mejorar la condición de las mujeres en el mundo. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo(CIPD), “parte de la premisa de que los objetivos de desarrollo –entre ellos la pronta estabilización del crecimiento demográfico- sólo pueden lograrse si las políticas y programas de población, se basan en los derechos humanos y en las necesidades y aspiraciones de cada mujer y hombre.¹²”. En la IV Conferencia sobre la Mujer en Pekín, se reconoce la pluralidad cultural y el respeto por la identidad étnica como un derecho que favorece la unidad nacional y la consolidación de la paz y la democracia, de igual forma se avanza en el respeto de los derechos de la mujer, entre ellos sus derechos reproductivos, así como garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y en la atención de la salud.¹³ La cooperación

¹² Pedro Pablo Villanueva, FNUAP-Perú, en “Salud Reproductiva”, nuevos desafíos, I Curso Internacional, Salud Reproductiva y Sociedad, UPCH, 1996. (pp.22)

¹³ Ibid, pp.39-40.

internacional destinó inversiones con altas sumas para todos los programas relacionados con la planificación familiar, que tenían como base los acuerdos internacionales.

En este contexto, al asumir su segundo mandato, el Presidente Fujimori anunció en un discurso del 28 de Julio de 1995, que llevaría a cabo un programa de planificación familiar. El 09 de Setiembre de 1995, el Congreso aprobó la Ley No. 26530, modificando la ley de población que excluía la esterilización como método de planificación familiar, estableciendo el punto de partida de los programas de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV).

Aprobada la ley se puso en marcha una campaña del Ministerio de Salud e Instituto Peruano de Seguridad Social, orientada a promover la planificación familiar y la esterilización quirúrgica en zonas de la sierra, selva y zonas urbano-marginales de nuestro país, con participación de USAID, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y diversas ONGs. Para efectivizar el programa se realizaron “Festivales de Salud.” Por Resolución Ministerial No. 071-96-SA/DM emanada del Sector Salud se dispuso que las Regiones y Subregiones de Salud deberían suministrar, en forma gratuita, los métodos anticonceptivos. Por Resolución Directoral RD. No. 001-DGSP del 19 de Febrero de 1996 se señala que “para acceder a los métodos anticonceptivos quirúrgicos no es necesaria la autorización del cónyuge, conviviente o pareja”.

En Abril de 1996, al cesar en el cargo de Ministro de Salud el Dr. Eduardo Yong-Motta, es reemplazado por el Dr. Marino Costa Bauer. Es durante su mandato que se dan pautas normativas para la realización de AQVs a través de sucesivos manuales. Tardíamente, y en un contexto de evidencias sobre irregularidades en la ejecución de las AQVs, esta normatividad se perfecciona y se incorpora como un capítulo, que es parte de una publicación que todas las actividades de planificación familiar. El Dr. Eduardo Yong-Motta pasa a ser asesor directo en materia de salud del Presidente de la República Alberto Fujimori.

El 1º de Julio de 1996, el diario “La República” publicó la noticia, que el “Gobierno empieza en provincias su plan masivo de esterilización”, dando cuenta que la primera experiencia había sido llevada a cabo en Puno y que el objetivo había sido la captación de tres mil personas para este método de anticoncepción irreversible. Asimismo, se detalla el plan piloto elaborado para las localidades de Sayán y Oyón en el cual destaca la utilización de niños de primaria para

motivarlos “a incentivar a sus madres” a someterse a estas intervenciones y a “identificar a los niños con tres hermanitos o más...”¹⁴

En Noviembre de 1996 al crearse el PROMUDEH, se desarticuló el Consejo Nacional de Población que fue reemplazado por una oficina de cuarto nivel en dicha institución.

Este cambio de ente rector originó ambigüedad en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.

2.3 QUEJAS Y DENUNCIAS

A partir de Diciembre de 1995 empezaron a escucharse las primeras quejas que se convertirían en denuncias formales hasta motivar investigaciones a nivel nacional¹⁵. En las quejas investigadas, fue común el señalamiento de la falta de garantías para la libre elección; tendencia compulsiva en la aplicación del programa recurriendo a incentivos y/o amenazas; puesta en marcha de festivales o campañas de anticoncepción quirúrgica privilegiando este método definitivo más allá de cualquiera otra opción; establecimiento de “metas programáticas” – cantidad de mujeres que deberían ser esterilizadas- las que se convirtieron en “cuotas de captación” al ser operativizadas por el personal de salud en sus diferentes niveles; y las condiciones en que se llevaba a cabo el mismo acto quirúrgico; locales inadecuados, personal no capacitado, ausencia o deficiencias en el seguimiento posterior a la intervención, etc.

En el Congreso de la República al hacerse públicas las quejas se presentaron varias mociones¹⁶ en 1997 para que la Comisión de Salud realizará una investigación de estas quejas, la que fue denegada, señalándose que estas serían vistas en la Comisión de la Mujer, presidida por la congresista Luz Salgado, hecho que no se produjo.

La Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial No. 7 y No. 27¹⁷ documentó 5 y 156 quejas respectivamente, así como la publicación del reporte “Nada

¹⁴ Se adjunta copia del archivo periodístico

¹⁵ Defensoría del Pueblo, Conferencia Episcopal Peruana, Colegio Médico del Perú y CLADEM-Perú.

¹⁶ Rafael Rey Rey, Anel Townsend, Roger Guerra García

¹⁷ “Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, los casos investigados por la Defensoría del Pueblo”, Informe Defensorial No. 7, Agosto 1998.

Personal”, realizado por la Dra. Giulia Tamayo y publicado por el CLADEM que documentó 243 testimonios de mujeres que no decidieron autónomamente la esterilización quirúrgica.

En Agosto de 1997, se estableció una Comisión Tripartita para el seguimiento de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, en la cual se ventilaron las quejas sobre esterilizaciones realizadas en contra de la voluntad de las mujeres. En un comunicado aparecido en la prensa escrita en Febrero de 1999¹⁸ señalan que las publicaciones de la prensa nacional e internacional “sobre la supuesta aplicación en el Perú de un programa de esterilización masivo de carácter coercitivo, la Mesa Tripartita considera que esta información es errónea pues no se ajusta a la realidad”. Asimismo, señalan que a raíz de las denuncias públicas se solicitó una investigación al MINSA la que indicó que existieron problemas en la “calidad 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 quirúrgica y ausencia de seguimiento post-quirúrgico en algunas de las intervenciones”.

Según declaraciones del Colegio Médico posteriores a este comunicado¹⁹ señalan que no es cierto que en las medidas posteriores realizadas desde marzo de 1998 por el MINSA se hayan involucrado las recomendaciones del Colegio Médico, pues en abril de 1998 éste presentó recomendaciones para la suspensión de las actividades de anticoncepción quirúrgica por un plazo de 90 días a fin de emprender su revisión y evaluación, pero el “Ministerio de Salud no nos escuchó”.²⁰

A nivel internacional el Population Research Institute (PRI) envió un investigador y un equipo de camarógrafos al Perú a finales de enero de 1998 para documentar abusos en las campañas de salud. El reportaje generó interés por parte del Congreso de EE.UU. de tal manera que se presentaron testigos²¹ del Perú en audiencias públicas. El PRI logró documentar casos de mujeres que consintieron que las inyectaran con Depo-Provera cada tres meses, y que luego

“La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II: casos investigados por la Defensoría del Pueblo”, Informe Defensorial No. 27, Agosto 1999.

¹⁸ Diario “El Comercio”, el 04 de Febrero de 1999.

¹⁹ Diario “El Comercio”, 06 de Febrero de 1999.

²⁰ Dr. Max Cárdenas, decano del Colegio Médico.

²¹ Dr. Héctor Chavez Chuchón, presidente de la Federación Médica Peruana, filial Ayacucho.

les dijeron que las inyecciones iban a ser “descontinuadas” y que ahora debían aceptar la esterilización. El Dr. Eduardo Yong-Motta, consejero del presidente Fujimori, al ser entrevistado por el PRI señaló que “la Depo-Provera era muy cara” y le preocupaba que las mujeres se olvidasen de venir a recibir las inyecciones o que decidiere no recibirlas más. La subcomisión del congreso en derechos humanos, de los Estados Unidos, concluyó la veracidad de estos hechos y determinó que se dejara de enviar al Perú 23 millones de dólares.

“Equality Now” y el Comité de América Latina para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) expresaron su preocupación por las denuncias e investigaciones sobre casos de mujeres sometidas a la esterilización forzada y a inadecuadas prácticas quirúrgicas de anticoncepción y que en algunas personas, les ocasionó la muerte.

La magnitud de las denuncias, la comprobación de muchas de ellas y la participación activa de fondos provenientes de los Estados Unidos en el financiamiento del programa, motivó que el Congreso de los EE.UU. sancionara la llamada “Enmienda Tiahrt el 22 de Octubre de 1998, la cual regula la utilización de fondos de la USAID por el gobierno peruano. Esta enmienda impuso las pautas para los programas de planificación familiar en otros países, prohibiendo que los fondos de “planificación poblacional” de los EE.UU. sean utilizados por los programas que violen dicha enmienda la cual señala que para calificar para recibir ayuda de los EE.UU. los programas de planificación familiar de los gobiernos en otros países:

- No pueden pretender cumplir con cuota o metas de participación.
- No pueden presionar ni sobornar a las mujeres para que acepten métodos de planificación familiar que no desean.
- No pueden sancionar a las mujeres que se rehúsen a utilizar la planificación familiar restringiendo su acceso a otros programas o beneficios gubernamentales para los cuales serían elegibles.
- Tienen la obligación de informar a las mujeres totalmente en su idioma materno sobre las medidas alternativas de planificación familiar, incluyendo los así llamados métodos naturales.
- Deben informarles completamente sobre los posibles efectos secundarios que pueden tener las drogas o los dispositivos anticonceptivos.

- Los programas de planificación familiar en otros países que estén probando una droga o un dispositivo nuevo, o analizando su potencial de venta en el mercado de una comunidad o área específica, deben informar a las participantes que están formando parte de un estudio antes de comenzar a utilizar dicho método.

2.4 LA COMISIÓN ESPECIAL SOBRE ACTIVIDADES DE AQV

Con el propósito de investigar las irregularidades en la aplicación de las AQV y determinar la responsabilidad que le cabe al Ministerio de Salud, se constituyó la “Comisión Especial sobre Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria” por R.M. No. 495-2001-SA/DM.

III. HALLAZGOS

El primero y mas impactante ha sido que prácticamente todas las autoridades desde Ministros, pasando por Directores Generales, Directores de Región, así como médicos y obstétrices, etc. con muy pocas excepciones han negado enfáticamente haber infringido ninguna disposición legal emanada del Estado, del Ministerio o de las altas autoridades. En su respectivas áreas no se ha realizado esterilizaciones forzadas ni se ha acosado a pacientes y todas se han realizado con consentimiento. Asimismo manifiestan que no tuvieron presiones de MINSA para llevar a cabo las esterilizaciones, no recibieron premios, no se amenazo a los pacientes, para que aceptaran la AQV, no se señaló cuotas ni se amenazo con despedir al personal contratado si no cumplía con las cuotas asignadas. En cambio, fue casi unánime, la aceptación de que sí supieron que las irregularidades señaladas tuvieron lugar en otras áreas.

Sin embargo en el curso de nuestras actividades de investigación, hemos encontrado irregularidades que en gran numero de casos coinciden con los hallazgos relatados en las informaciones periodísticas (ver Anexo 1) así como los descritos en las publicaciones de la Defensoria del Pueblo²², de la Conferencia Episcopal (Anexo 2), del Congreso de la República (Anexo 3), del Colegio Médico del Perú (Anexo 4), de nuestros interrogatorios (anexo 5) y de las entrevistas con diferentes personas (ex Ministros de Salud, Vice-Ministros de Salud, Directores Regionales etc. y testimonios obtenidos (Anexo 6) de los habitantes de determinadas regiones del Perú de la labor investigatoria principalmente en las áreas rurales con el Equipo de Apoyo donde se filmaron videos y grabaron cassettes (Anexo 7) y se tomó fotografías (Anexo 8) en las áreas estudiadas y de los afiches de las “campañas festivas” ejecutados por el Ministerio de Salud, además de videos y escritos de entidades nacionales y extranjeros (manuales de normas del Ministerio de sobre Planificación Familiar y AQV, manual de capacitación y normas de certificación, enmienda Tihart, Informe Morrison de Population Research de E.U. Hearing before the subcommittee on International Operator and Human Rights Fe. 25 1988 The Peruvian Population Control Program., etc.).

Del conjunto de toda la información acumulada consideramos la necesidad de expresar que percibimos, una especie de consigna general de parte de los funcionarios tendiente a no proporcionar datos sobre la realidad de los sucesos, construyendo un muro prácticamente infranqueable, ya que las respuestas fueron prácticamente las mismas.

²² Informe Defensorial N° 7, Agosto 1998 e Informe Defensorial N° 27, Agosto 1999

Los hallazgos han sido obtenidos de los viajes de los comisionados y del Grupo de Apoyo a las regiones que consideramos afectadas y que sus habitantes eran económicamente débiles (pobreza, extrema pobreza), analfabetos o con instrucción primaria, etc. y por ende vulnerables, como otras áreas menos deprimidas.

Antes de presentar nuestros hallazgos damos a conocer el número de AQVs realizadas desde el año 1993 hasta el año 2000 tanto del Ministerio de Salud, como del Instituto Peruano de Seguridad Social y las Fuerzas Armadas. La Tabla N° 1 muestra el gran repunte de las esterilizaciones sucedido particularmente en 1997: de 19,261 ligaduras y 906 vasectomías en 1993 hasta 109,689 ligaduras y 10,369 vasectomías, o sea 5 veces más ligaduras y 10 veces más vasectomías para luego descender bruscamente en 1998 con 25,995 ligaduras y 2000 vasectomías, coincidiendo esta disminución con las quejas de Instituciones diversas y de la prensa Nacional e Internacional. Así mismo, se reporta muertes atribuibles a las AQVs 1996 (2 muertes) 1997 (6 muertes) una muerte en 1998 y 2 en 1999.

ESTADÍSTICAS OFICIALES

Las Estadísticas del Ministerio de Salud en lo referente al Programa de Planificación Familiar 1996-2000, muestran (ver Tabla No. 2) que según el número total de parejas protegidas en el período, en el año 1997, las ligaduras y vasectomías se elevaron a más de la mitad con respecto al año 1996, para después disminuir en los años posteriores a $\frac{1}{4}$ de las cifras reportadas en el año 1997. La Tabla No. 3 muestra que en el año 1997 las ligaduras de trompas constituyen el cuarto método empleado después de las inyectables, píldoras y dispositivos intrauterinos.

Los casos reportados en los diversos informes reseñados señalan que es en el año 1997 que se reportan las mayores violaciones al derecho a decidir.

TABLA N° 1

AQVs REALIZADAS POR MINSA

AÑOS	LIGADURAS	VASECTOMÍAS	MUERTES
1993	19.261	906	No Reportadas
1994	28.251	468	No Reportadas
1995	32.883	1.424	No Reportadas
1996	81.762	6.313	5
1997	109.689	10.367	6
1998	25.995	2.001	1
1999	26.764	1.983	2
2000	21.614	1.073	No Reportadas
TOTAL	346.219	24.535	11

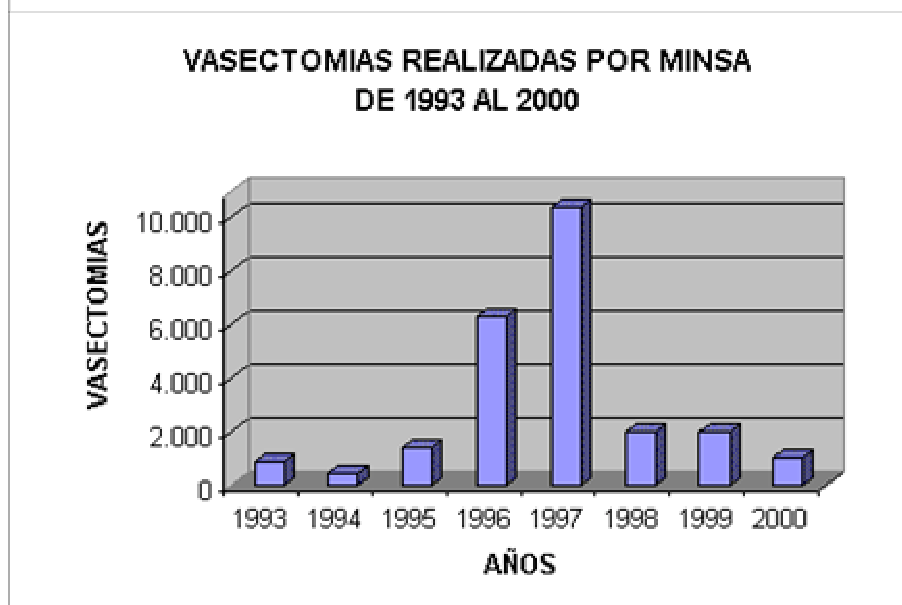
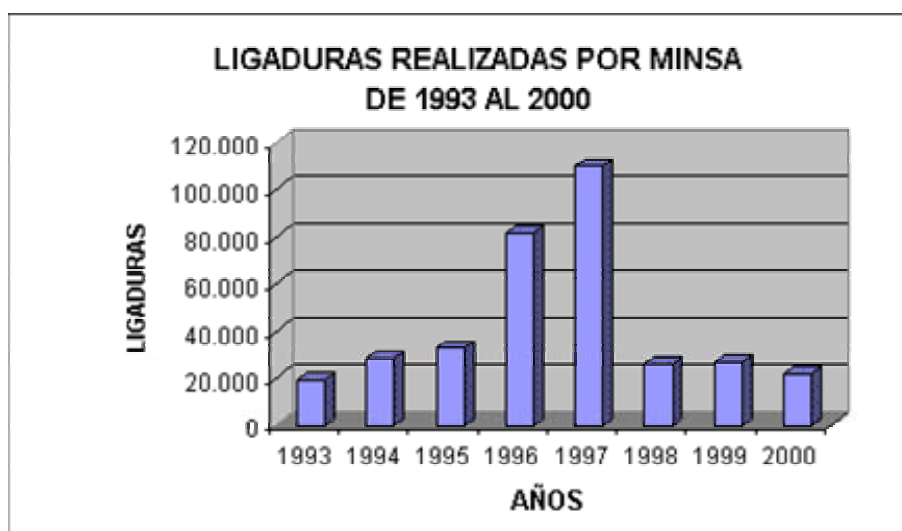


TABLA Nº 2

(PORCENTAJE POR MÉTODO)

**PAREJAS PROTEGIDAS POR MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN SECTOR PUBLICO MINSA, IPSS, FF.AA., 1996-2000**

AÑOS	MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR																	
	DIU		PILDORA		INYECTABLES		CONDON		TABLETAS VAGINALES		IMPLANTE		LIGADURA		VASECTOMIA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1996	170487	27,82	151128	14,14	250344	13,01	106188	15,53	38931	18,80			81762	30,76	6313	29,01	805153	16,80
1997	135879	22,17	172924	16,18	286274	14,88	101385	14,83	36249	17,51	9621	100,00	109689	41,26	10397	47,77	862418	17,99
1998	105142	17,16	195616	18,30	322331	16,76	110235	16,12	37822	18,27			25995	9,78	2001	9,19	799142	16,67
1999	104303	17,02	245775	22,99	473465	24,61	171654	25,10	45923	22,18			26764	10,07	1983	9,11	1069868	22,32
2000	97027	15,83	303466	28,39	591313	30,74	194293	28,42	48117	23,24			21614	8,13	1071	4,92	1256901	26,22
TOTAL	612838	100,00	1068909	100,00	1923727	100,00	683755	100,00	207042	100,00	9621	100,00	265824	100,00	21765	100,00	4793482	100,00

**PAREJAS PROTEGIDAS POR MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN MINISTERIO DE SALUD, 1996-2000**

AÑOS	MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR																	
	DIU		PILDORA		INYECTABLES		CONDON		TABLETAS VAGINALES		IMPLANTE		LIGADURA		VASECTOMIA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1996	133256	27,05	136365	13,82	235534	12,73	77183	14,01	31397	19,10			67263	31,25	4726	28,56	685723	16,00
1997	105175	21,35	153721	15,58	272165	14,71	77228	14,02	26377	16,04	9621	100,00	88518	41,13	8441	51,01	741080	17,29
1998	88253	17,91	182165	18,47	314895	17,02	91658	16,64	31757	19,32			21384	9,94	1490	9,00	731602	17,07
1999	86806	17,62	229179	23,23	455106	24,59	139333	25,29	35672	21,70			21422	9,95	1089	6,58	968607	22,60
2000	79203	16,08	284948	28,89	572806	30,95	165571	30,05	39211	23,85			16640	7,73	801	4,84	1159181	27,04
TOTAL	492693	100,00	986378	100,00	1850506	100,00	550973	100,00	164414	100,00	9621	100,00	215227	100,00	16547	100,00	4286193	100,00

TABLA N° 3

(PORCENTAJE POR AÑO)

**PAREJAS PROTEGIDAS POR METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN SECTOR PUBLICO MINSA, IPSS, FF.AA., 1996-2000**

AÑOS	METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR																	
	DIU		PILDORA		INYECTABLES		CONDON		TABLETAS VAGINALES		IMPLANTE		LIGADURA		VASECTOMIA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1996	170487	21,17%	151128	18,77%	250344	31,09%	106188	13,19%	38931	4,84%		0,00%	81762	10,15%	6313	0,78%	805153	100,0%
1997	135879	15,76%	172924	20,05%	286274	33,19%	101385	11,76%	36249	4,20%	9621	1,12%	109689	12,72%	10397	1,21%	862418	100,0%
1998	105142	13,16%	195616	24,48%	322331	40,33%	110235	13,79%	37822	4,73%		0,00%	25995	3,25%	2001	0,25%	799142	100,0%
1999	104303	9,75%	245775	22,97%	473465	44,25%	171654	16,04%	45923	4,29%		0,00%	26764	2,50%	1983	0,19%	1069868	100,0%
2000	97027	7,72%	303466	24,14%	591313	47,05%	194293	15,46%	48117	3,83%		0,00%	21614	1,72%	1071	0,09%	1256901	100,0%
TOTAL	612838	12,78%	1E+06	22,30%	2E+06	40,13%	683755	14,26%	207042	4,32%	9621	0,20%	265824	5,55%	21765	0,45%	4793482	100,0%

**PAREJAS PROTEGIDAS POR METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN MINISTERIO DE SALUD, 1996-2000**

AÑOS	METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR																	
	DIU		PILDORA		INYECTABLES		CONDON		TABLETAS VAGINALES		IMPLANTE		LIGADURA		VASECTOMIA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1996	133256	19,43%	136365	19,89%	235534	34,35%	77183	11,26%	31397	4,58%		0,00%	67263	9,81%	4726	0,69%	685723	100,0%
1997	105175	14,19%	153721	20,74%	272165	36,73%	77228	10,42%	26377	3,56%	9621	1,30%	88518	11,94%	8441	1,14%	741080	100,0%
1998	88253	12,06%	182165	24,90%	314895	43,04%	91658	12,53%	31757	4,34%		0,00%	21384	2,92%	1490	0,20%	731602	100,0%
1999	86806	8,96%	229179	23,66%	455106	46,99%	139333	14,38%	35672	3,68%		0,00%	21422	2,21%	1089	0,11%	968607	100,0%
2000	79203	6,83%	284948	24,58%	572806	49,41%	165571	14,28%	39211	3,38%		0,00%	16640	1,44%	801	0,07%	1159181	100,0%
TOTAL	492693	11,49%	986378	23,01%	2E+06	43,17%	550973	12,85%	164414	3,84%	9621	0,22%	215227	5,02%	16547	0,39%	4286193	100,0%

3.1 TESTIMONIOS

3.1.1 De personas esterilizadas: Cusco y Piura

Los testimonios recogidos por la Comisión en este informe se realizaron en el departamento de Cusco, en 6 provincias (N=231) (Ver cuadro No. 1), y en Piura (N=62) en la provincia de Huancabamba. Todas las personas son del sexo femenino.

Cuadro No. 1
Provincias del Cusco donde residen las mujeres intervenidas

Provincias	Número de casos
Paucartambo	39
Espinar	63
Canchis	12
Anta	70
Urubamba	16
Chumbivilcas	31
Total	231

En los casos de la provincia de Huancabamba la mayoría de los testimonios refieren esterilizaciones (N=30) realizados durante el año 1996, mientras que en el Cusco durante el año de 1997 (N=119) (Ver cuadro No.2)

Cuadro No. 2
Número de intervenciones por año

Años	Frecuencias	
	Cusco	Piura
1995	8	8
1996	48	30
1997	119	16
1998	27	5
1999	22	2
2000	7	1
Total	231	62

A. Características de las mujeres

- **Edad:**

Las mujeres entrevistadas en el Cusco y Piura se encontraban entre los 25 y 34 años de edad cuando fueron intervenidas 62.3% y 63%, respectivamente. (Ver cuadro 3)

En el Cusco se registraron los casos de 6 mujeres menores de 24 años esterilizadas quirúrgicamente. Estas mujeres tenían 1 o 2 hijos, con excepción de la señora I.L.F. que todavía no había tenido hijos a la fecha de la esterilización.

Cuadro No. 3
Intervalo de Edad al momento de la intervención – Cusco

Grupos de edad	Cusco		Piura	
	No.	%	No.	%
< ó = 19	4	1.73	0	0.00
20-24	23	9.96	7	11.29
25-29	72	31.17	24	38.71
30-34	72	31.17	15	24.20
35-39	50	21.65	8	12.90
40 a +	2	0.86	8	12.90
Sin dato	8	3.46	0	0.00
Total	231	100.00	62	100.00

• **Promedio de hijos**

Tanto en el Cusco como en Piura, el promedio de hijos por mujer entre los 25 a 34 años es de 4 a 5 hijos. (Ver cuadros 4 y 5)

Cuadro No. 4
Hijos por grupos de edad - Piura

Número de hijos	Intervalos de Edades					Total
	20 – 24	25 – 29	30 - 34	35 –39	40 a +	
2 – 3	5	9	4		1	19
4 – 5	2	13	7	3	1	26
6 – 7		2	4	1	4	11
8 o mas				4	2	6
Total	7	24	15	8	8	62

Cuadro No. 5
Hijos por grupos de edad - Cusco

Número de Hijos	Intervalos de Edades						Total
	< ó = 24	25-29	30-34	35-39	40 a +	Sin dato	
0 -1		2 **	1	2			5
2 – 3	5	15	27	8	4	2	61
4 – 5	1	9	38	34	8	3	93
6 -7		1	10	20	15	2	48
8 o más				6	13	1	20
Sin dato			3		1		4
Total	6	27	79	70	41	8	231

** Se intervino a una mujer que no tenía ningún hijo.

- **Estado civil**

El porcentaje de mujeres casadas es de 69.69% y 67.74 % en Cusco y Piura respectivamente. En el departamento del Cusco el porcentaje de mujeres que conviven con parejas en unión, ascendería a 86.5% al considerar a las parejas convivientes (16.8%).

Cuadro No. 6
Estado civil

Estado Civil	Cusco		Piura	
	No.	%	No.	%
Soltera	1	0.43	1	1.61
Conviviente	39	16.89	1	1.61
Casada	161	69.69	42	67.74
Viuda	5	2.16	1	1.61
Divorciada	1	0.43	2	3.23
Abandonada	1	0.43	0	0.00
Sin dato	23	9.97	15	24.20
Total	231	100.00	62	100.00

- **Educación**

Las mujeres entrevistadas declaran un 27 % y 16% de analfabetismo en Cusco y Piura respectivamente. Sin embargo, este porcentaje se elevaría a 66 % en el Cusco y 85.5 % en Piura, considerando un nivel de cuasi analfabetismo a mujeres con primaria incompleta. En esta declaración está también implicado un nivel de vergüenza ante el hecho de ser consideradas analfabetas.

Cuadro No. 6
Nivel educativo

Grado de instrucción	Cusco		Piura	
	No.	%	No.	%
Analfabeta	63	27.27	10	16.13
Primaria incompleta	90	38.97	43	69.36
Primaria completa	32	13.85	1	1.61
Secundaria incompleta	15	6.49	1	1.61
Secundaria completa	9	3.90	1	1.61
Sin dato	22	9.52	6	9.68
Total	231	100.00	62	100.00

B. Donde se realizaron las intervenciones

El 82 % de las intervenciones quirúrgicas de Huancabamba fueron realizadas en el Hospital de la provincia. (Cuadro No. 7). En el Cusco, mas del 77 % de las intervenciones realizadas tuvieron lugar en centros de salud de las distintas provincias. Se reportaron dos esterilizaciones realizadas, una en Puerto Maldonado y otra en Arequipa. (Cuadro No. 8).

Cuadro No. 7
Lugares donde se realizaron las intervenciones
Provincia de Huancabamba, Piura

Lugares	No.	%
Hospital Huancabamba	51	82.27
Puesto de Salud Upamache	5	8.06
Puesto de Salud Sondorillo	2	3.23
Puesto de Salud Zafalache	1	1.61
Posta de Sondor	1	1.61
Policlínico de la Policía	1	1.61
Posta de Santa Rosa – San Martín	1	1.61
Total	62	100.00

Cuadro No. 8
Lugares donde se realizaron intervenciones quirúrgicas - Cusco

Lugares	No.	%
Centro Salud Espinar	45	19.48
Centro Salud Colquepata	28	12.12
Centro Salud Santo Tomás	26	11.26
Centro Salud Anta	25	10.82
Centro Salud Mollepata	21	9.09
Hospital Antonio Lorena	13	5.63
Hospital Sicuani	13	5.63
Centro Salud Limatambo	12	5.19
Seguro Social	7	3.03
Seguro Social Espinar	6	2.60
Centro Salud Urubamba	6	2.60
Sin Dato	5	2.16
Centro Salud Huancarani	4	1.73
Hospital Regional del Cusco	3	1.30
Centro Salud Paucartambo	2	0.87
Centro Salud Chinchero	2	0.87
Centro Salud Iscuchaca	2	0.87
Consultorio particular	1	0.43
Centro Salud Suycutambo	1	0.43
Hospital Honorio Delgado (Arequipa)	1	0.43
Centro Salud Cconchacalla	1	0.43

Puesto Salud Huarcondor	1	0.43
Centro Salud Masuco (Puerto Maldonado)	1	0.43
Centro Salud Pillcopata	1	0.43
Hospital Tintaya	1	0.43
Hospital Belén	1	0.43
Hospital General Pampilla	1	0.43
Pallpata	1	0.43
Total	231	100.00

C. Los festivales o campañas

Tanto en el Cusco (71%) como en Piura (91.9%) las esterilizaciones se realizaron en su mayoría durante campañas de planificación familiar. (Ver cuadro No. 9).

Cuadro No. 9
Operación se realizó durante una campaña de planificación familiar

Campaña	Cusco		Piura	
	No.	%	No.	%
No	62	26.84	5	8.06
Sí	164	71.00	57	91.94
Sin dato	5	2.16	0	0.00
Total	231	100.00	62	100.00

D. Los Servicios

En ambas muestras mas del 50 % de las mujeres entrevistadas no tuvieron ningún seguimiento después de ser dadas de alta. (Ver Cuadro No. 10)

Cuadro No. 10.
Seguimiento luego del alta

Departamento	No	Sí	Sin dato	Total
Cusco	58.40%	28.10%	13.50%	100.00
Piura	54.80%	21.00%	24.20%	100.00

E. Explicaciones de las causas que motivaron las intervenciones

El 91.4 % de las mujeres del Cusco entrevistadas manifiestan haber sido maltratadas y presionadas de alguna manera por el personal de salud para ser intervenidas

quirúrgicamente. Solo 20 de las 231 mujeres dice haberse sometido a la operación voluntariamente.

Las múltiples explicaciones dadas por las mujeres sobre cómo fueron convencidas han sido agrupadas y clasificadas en el cuadro No. 11. Las explicaciones literales de las mujeres entrevistadas se presentan en el Anexo No. 9 para los casos del Cusco y Anexo No. 10 para Piura.

Cuadro No. 11
Explicaciones sobre convencimiento para esterilizaciones
en Cusco y Piura

Tipo de explicaciones	Cusco	Piura
Presionadas por el personal de salud	61	12
Participación del esposo	26	4
Amenaza de impuesto o multa	17	
Las medicinas y operación serían gratis	14	10
No recibiría atención de salud	13	
Acepta, decide hacerse, firma	12	14
Después de dar a luz	11	
Al ir a revisarse al centro de salud	10	6
Por ser pobres, no podrían educar a hijos	9	
Cuando fueron a revisar a sus hijos	9	
Las comparaban con animales	8	
Por el certificado de nacimiento de los hijos	7	1
Les ofrecieron alimentos	6	5
Amenaza con policía y cárcel	6	
Que era obligatorio, era ley	4	
Para estar sana y no tener más hijos	3	
Por mandato de Fujimori	3	
Comadre la convence	1	
Sin dato	11	10
Total	231	62

En el caso del departamento del Cusco, por lo menos 61 mujeres manifiestan que aceptaron debido a las visitas constantes y presiones diversas del personal de salud *“El médico la convenció diciéndole que no podría educar a más hijos, le dio miedo y quiso irse, pero la anestesiaron.” (Cusco)*

En el caso de Piura, N=14 mujeres aceptaron la intervención quirúrgica y N=12 son convencidas por el personal de salud por los medicamentos gratuitos ofrecidos, (N=10) señalan que les ofrecieron medicinas gratis.

F. Tipo de complicaciones

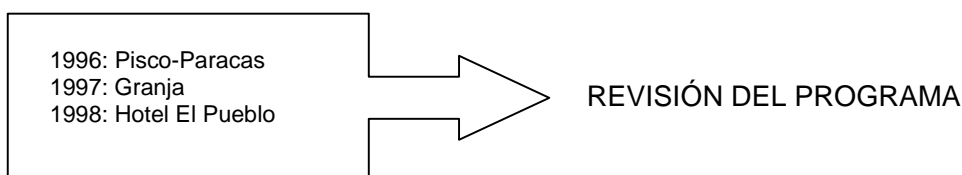
Según el Anexo No 11 las mujeres entrevistadas en el Cusco declaran una serie de complicaciones que indican una somatización de dolencias variada que tiene como recurrente dolores en la cabeza, en todo el cuerpo, infecciones, etc.

3.1.2 Del personal de salud: Ministros de Salud, Directores, Asesor Presidencial, Centros de Salud.

A. Decisión política

De la entrevista realizada a los siguientes Directores de DISAs: Dirección de Salud del Callao; Dirección de Salud II-Lima Sur y Gineco-obstetra Lima Sur; Dirección de Salud IV, Lima Este; Dirección de Salud Cajamarca; Dirección de Salud de Piura; Dirección de Salud de San Martín; Dirección de Salud de Tacna, se ha formulado el siguiente proceso:

1995:
Lanzamiento del Programa de Planificación Familiar, Reunión de Ancón. Presidente de la República, Alberto Fujimori; Ministro de Salud, Eduardo Yong Motta; Director General de Planificación Familiar, John Nagahata.



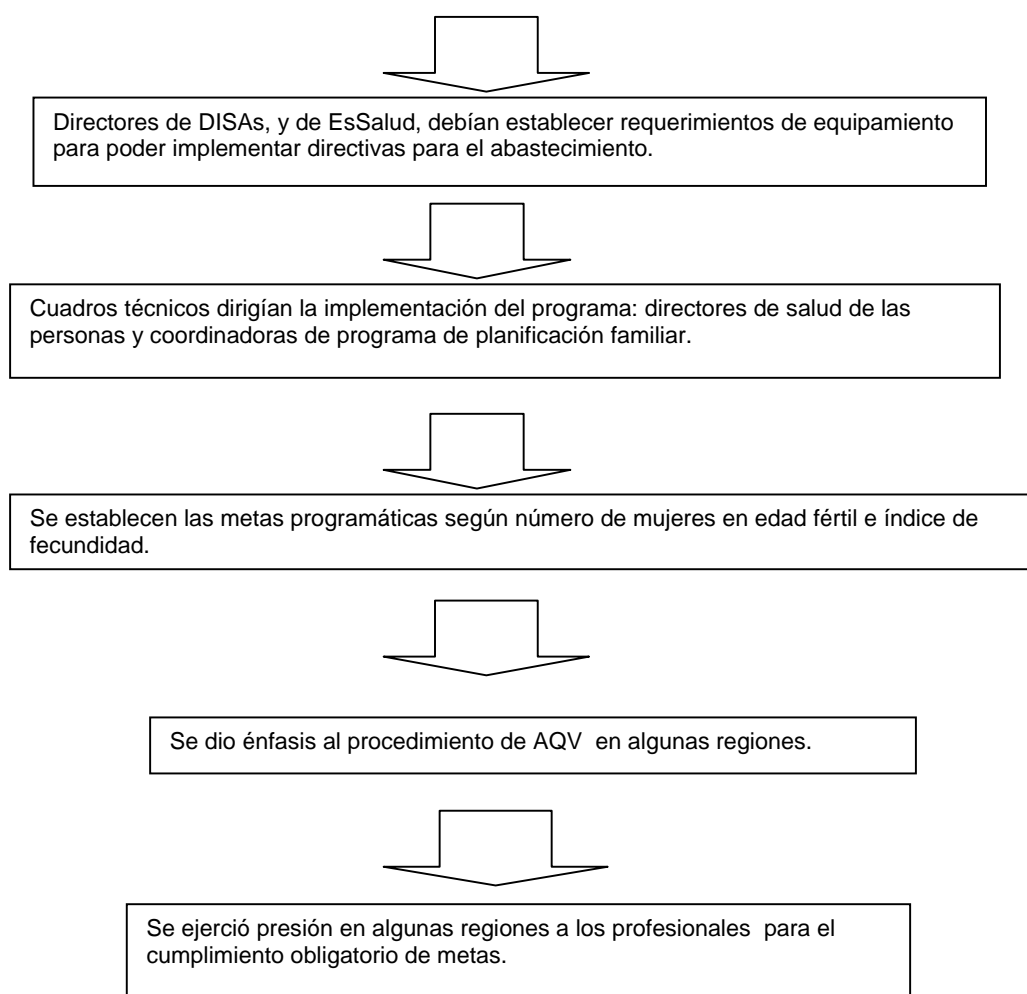
En el año 1995 se realiza una reunión en Ancón en el Club de la FAP con todos los Directores de DISAs del Perú y ESSALUD. Asistieron: El Presidente de la República, Ing. Alberto Fujimori, el Ministro de Salud Eduardo Yong-Motta, el Dr. John Nagahata, Director General de Planificación Familiar. En esta reunión el Presidente de la República “mencionó que era política de estado llevar un programa de salud reproductiva moderna”. “El Presidente iba a dar el máximo respaldo a este nuevo tema de Salud Reproductiva, AQV.”

El Ministro de salud indica que “ante la demanda de la población por la falta de inyectables, en algunos establecimientos de salud, los lineamientos de política eran dar mayor énfasis y publicitar el método de las AQV”

El Dr. Nagahata presenta un “plan de acuerdo a datos demográficos se dedujo el número de parejas protegidas y había indirectamente una sugerencia para aumentar anticoncepciones quirúrgicas voluntarias en hombres y mujeres”

En el año 1996, Pisco, Paracas, el Dr. Eduardo Zárate, Director de Salud de las Personas “quien nos explicó en ese momento la situación, desde el punto de vista de salud pública...se nos explicó sobre la situación de pobreza del país y desde ese contexto el énfasis que se le daba, él dijo que era una política de la OMS... en planificación familiar y en particular en AQV”. “Estaba el Dr. Nagahata y presenta los resultados (del programa) y algo que me llamó la atención fue el énfasis que le ponían a las BTB (bloqueo tubárico bilateral) a la ligadura tubárica en mujeres y me llamo la atención porque yo soy mujer y pensaba como epidemióloga realmente, yo decía, la ligadura tubárica es más complicada que en una vasectomía”.

B. Procedimientos



- **Requerimientos de equipamiento**

“Primero cada Director debía hacer un planeamiento para AQV, de acuerdo a las regiones y si se contaba con quirófano, sino, se veía la forma de implementarlo (instrumental, personal, etc.).”. La estrategia era de establecer en los establecimientos más importantes de las direcciones, los métodos, la aplicación del método de AQV, para ello, ellos iban a comprar equipos, materiales, insumo y establecer un plan de trabajo...”

- **Operativizaron estrategia**

“Llamaron a los cuadros técnicos, en este caso eran los directores de salud de las personas y los coordinadores de planificación familiar, quienes se iban a encargar de la parte más técnica de la implementación de esta nueva estrategia, ¡no!, ya se nos había informado para darle el apoyo”

“Las coordinadoras del área de mujer eran las que manejaban con los coordinadores de la dirección regional de salud

“Las estadísticas se elaboraban por el Programa de Salud Reproductiva de la DISA, por la coordinadora encargada. Se reportaba directamente al despacho del Vice Ministro y a la Dirección General de Planificación Familiar en el MINSA.”

- **Metas**

“Nosotros habíamos estratificado de acuerdo a la zona donde hubiese mayor concentración, la mayor cantidad de mujeres con más de 4 hijos, y ese fue el criterio que nosotros utilizamos para hacer énfasis. No había directiva escrita, sino verbal, todo el mundo decía que había que hacer énfasis en la ligadura porque es un método definitivo.”

“Se toma el número de mujeres en edad fértil y se saca un porcentaje, de ahí se hacía la programación por personas, luego se hacía por insumos”

“Se calcula que una pareja joven en edad fértil no pasa de 100 relaciones al año. Se tiene un porcentaje de métodos utilizados y se iba programando de acuerdo a eso. Los datos se envían al Ministerio.”

“Los directores no deciden las metas, lo deciden los programas con la gente, los coordinadores del equipo. En todo caso, si no se decide desde arriba y el resto ejecuta simplemente”

“En Tacna, los indicadores demográficos, que es muy interesante, está por departamentos nos habla de que la tasa global de fecundidad de Tacna es de 2, o sea por debajo del promedio, ni siquiera hay para reponer población, entonces qué necesidad teníamos de hacer una anticoncepción quirúrgica forzada ... se dio más difusión a un programa que verdaderamente no necesitaba mucha difusión”

“Mire las metas eran fijadas de acuerdo a los indicadores demográficos, si usted en un departamento tenía digamos 5 ó 4 hijos por pareja lógicamente que había que hacer un poquito más de presión, en cuanto lo que es el método de planificación familiar...”

- **Énfasis en AQV**

“Mire en el caso concreto de Cajabamba, para mí lo que más existió fue un encaminamiento hacia el acto quirúrgico de la esterilización tanto femenina, más femenina, porque masculina ha sido poquísima, mediante la orientación y la consejería, o sea simplemente sesgando todo, *“sabes que vas a cuidarte y para cuidarte vas a operarte”*, no se ofreció el abanico amplio de lo que son los métodos anticonceptivos.

“En el Hospital rural de Tocache se han realizado campañas de AQV, se llamaban, diseñadas, desde que venían bajo ordenanza, yo era médico asistencial, venían ordenadas por la dirección regional de salud...”

“Se hizo una revisión (reunión de Granja Azul, 1997) y se observó los métodos más usados y se creyó conveniente que a toda persona que lo solicitara, se le hablara de todo los métodos anticonceptivos, pero a aquellas mujeres que tenían un promedio de 3 a 4 hijos que se les explicara este nuevo método”

- **Presión a los profesionales**

“En una reunión en El Pueblo, hable sobre la cantidad de lo que se estaba haciendo, porque una cosa que yo sí escuchaba era que habían directores que presionaban, que exigían a su gente para hacer las BTB y que la gente por presión, por el temor. ... Mi lógica era de que si se presionaba al personal médico contratado para que captara,

por respetar su trabajo, sea capaz de cualquier cosa.... El programa decía se hace campaña y se hace campaña...”

“Si no se cumplían las metas, salía como deficit en la evaluación del personal”.

C. **Entrevistas a ex Ministros de Salud**

Se realizaron entrevistas a los siguientes ex Ministros de Salud: (1) Eduardo Yong-Motta, (2) Marino Costa Bauer y (3) Alejandro Aguinaga. A continuación damos una versión resumida de lo vertido por estas personas.

El Dr. Yong Motta, manifestó que el Presidente Fujimori, tomo la decisión política del lanzamiento del programa, pero que toda la planificación, la estrategia administrativa, la programación fue a nivel de la Dirección General de Planificación Familiar. Sobre las reuniones con los Directores de Salud en Ancón y Paracas señaló que eran reuniones de “camaradería.”

El Dr. Marino Costa Bauer, manifestó que existía una preocupación por normar, reconoce que se trabajó sin normas en el 95 y el 96. Señaló que los responsables de la supervisión del Programa son la Dirección General de Salud de las Personas y específicamente, la Dirección de Programas Sociales y Planificación Familiar. Confirmó la presencia del presidente en reuniones con los directores de salud y que de parte de algunos funcionarios y debido a el interés de éste por el Programa, debe haber habido un exceso de celo en el cumplimiento de las funciones, como una forma de congraciarse. Sobre los pedidos que realizaba a la Casa Militar eran porque ellos, por razones que desconoce, tenían en depósito gran cantidad de equipos y materiales de salud, eran parte del depósito del Ministerio de Salud.

El Dr. Aguinaga, considera que ha habido normatividad y que si ha habido errores es atribuible a una responsabilidad personal. Explicó que ante una demanda insatisfecha, el estado debe proveer los medios para que las personas alcancen su ideal reproductivo. Preguntado sobre las coordinaciones que se hacían con los jefes de las regiones militares, señaló que la sanidad de las fuerzas armadas es parte del sector salud. Sobre los pedidos a la Casa Militar, manifestó que esto era corriente, pues el presidente Fujimori, hacía muchos pedidos a través de su casa militar. Con respecto al Proyecto Nippon, se contradijo porque primero dijo que con esta donación

no se había hecho planificación familiar, para después señalar que en AQV, “estimaba” que se habían hecho solamente 12. Responsabiliza al que ejecuta las políticas y hace el acto médico como el responsable de lo que hace y resalta que es el director regional el que debe vigilar que esto sea así.

- (1) **Dr. Eduardo Yong Motta** Ministro de Salud en 1995 hasta el 03 de Abril de 1996.

El Viceministro era el doctor Aguinaga

El Coordinador General del Programa de Planificación Familiar era el Dr. John Nagahata.

El director general de salud de las personas, era el doctor Eduardo Zarate y después el doctor Toledo”

“(Participación) específicamente de AQV, bueno se acordaron que la ley se cambio en el Artículo. 6to en el año 95 la ley de población. (*Los lineamientos para AQV*), fue de acuerdo a cumplir la ley, porque la ley una vez que se publicó, se implementó el programa

Las actividades de AQV se iniciaron en el 95 y estuvieron a cargo de la Dirección de Planificación Familiar. (*En relación con AQV*) toda la planificación, la estrategia administrativa, la programación fue a nivel de la Dirección General de Planificación Familiar.”

“La información que yo tenía en ese entonces es que había una demanda insatisfecha, en la primera encuesta demográfica de salud reproductiva, allí había casi el 80% de demanda insatisfecha y esa es una de las preocupaciones de los especialistas, que había una demanda acumulada y no solo de administración quirúrgica.”

(*Había la intencionalidad política, el presidente había declarado la década de la planificación familiar*), “yo no diría intencionalidad, la decisión política.”

“En el gobierno del presidente Fujimori, él declara el año de la planificación familiar y en el siguiente discurso habla de la década de la planificación familiar, eso quiere, hay una decisión política que viene de mas allá y que se ha habido manejando en todas las sociedades del mundo. Ahora esa decisión política tiene que ser plasmada en proyectos y acompañada de presupuestos y de allí que haya la intencionalidad de hacer daño, yo no creo que dentro de un ministerio tan grande y dentro de ese ministerio una dirección de planificación familiar se hayan unido para hacer daño a la población, francamente no creo.”

“Yo desconozco que un sector del personal salud se haya reunido con las fuerzas armadas, o que haya habido como dice usted que hubo un plan verde.”

“Hubo 02 reuniones una en Ancón y la otra fue en Paracas. Allí estuvo el presidente de la República y el Ministro, pero fue una reunión de confraternidad.”

- (2) **Dr. Marino Costa Bauer** “Yo quisiera manifestar a ustedes es que cuando yo llegue al ministerio la planificación familiar ya era una política de estado, aprobada la norma de la ley general de población permitía la utilización de los métodos quirúrgicos como métodos de planificación familiar, había una serie de normas de carácter obligatorio que le daban a este programa una estructura administrativa y un marco conceptual determinado.. Y mi gestión lo que trato de hacer en todo momento es de que el programa se ejecutara de acuerdo y de la forma mas estricta con sus postulados legales y administrativos que parten de lo que significa la necesidad de respeto a las normas que obligaban a informar y a respetar la decisión de los usuarios tomaban de este programa.

Después quisiera hacer una breve referencia con respecto al tema de las metas es uno de los puntos que se ha hablado. Hay otras normas que en el caso concreto de este programa están referidas a las normas sobre formulación y disminución del presupuesto de la república hay una directiva del 25 mayo 96 que es la 00496 en donde se estableció concretamente la obligación para todas las instituciones del sector público de formular el presupuesto y en esta norma se establecen cuales son las características que deben estar, las metas.”

“Quiero manifestar de manera enfática que mi despacho nunca estableció ningún tipo de instrucción respecto a que se tuviese que ofrecer incentivos para lograr alcanzar las metas que se habían establecido y nunca se sancionó a nadie por no haber llegado a cumplir con ellas porque esa es la naturaleza de las metas de este programa.

“ Después quiero decir que a lo largo de la ejecución de este programa se empezaron a producir una serie de problemas que evidentemente llegaron a mi despacho lo que si quiero decir que yo las medidas que tomé fue que ordené, entre otras, que quisiera brevemente explicar : en primer lugar con respecto a todas las denuncias que llegaron a mi despacho y llegaron por distintas vías, por medios periodísticos, por medio del congreso, mi despacho ordenó la inmediata investigación de absolutamente todas las denuncias que llegaron, obviamente le estoy dejando

copia de todos los documentos en donde se ordena a la Inspectoría general de salud que es además una jurisdicción del sector público que no depende directamente de los ministros, sino que depende directamente de la contraloría general de la república, en todos los casos sin excepción, se ofició al inspector general para que tomará las medidas del caso, en fin, para que de acuerdo a sus normas regulatorias y reglamentarias tenían la responsabilidad del caso. Adicionalmente se adoptaron una serie de medidas que apuntaban a corregir la normatividad del programa cuando yo llegue al ministerio habían una serie de normas que parecían principios básicos generales, pero no existían normas regulatorias que se refiriesen a las normas de ejecución, no había ningún manual de procedimientos.”

“Bueno entonces estas medidas correctivas apuntaron a perfeccionar mejorar todos los temas regulatorios, se emitió un primer manual de normas y procedimientos para actividades de AQV, que es la directiva de atención general de las personas 097; después se emitieron las guías nacionales de salud reproductiva que son unas guías que tienen como objetivo capacitar a todo el personal sobre todo al grupo de planificación familiar, después se emitió el manual de normas de procedimiento de normas y consejería de planificación familiar porque era evidente que se estaban cometiendo errores, se estaban cometiendo atropellos en el sistema de consejería, y no estaba normado el procedimiento de consejería.”

“(Sin normas se había trabajado, el segundo semestre del 95 mas 96.) Así, así es.”

“Bueno yo creo que había una carencia de normatividad, eso es clarísimo, como la hay no solamente en relación a este programa sino en relación de infinidad de programas que ejecuta el ministerio, lo que ocurrió fue que como con este programa específico empezaron a haber problemas fue evidente la necesidad de ir a una estructura normativa que apuntara a regular mucho mas el detalle.”

“Una de las normas originales que dan origen a este programa establece que la responsabilidad que su control, de ejecución, supervisión etc, recae sobre la Dirección general de la salud de las personas y específicamente sobre la Dirección de Programas Sociales, esa es la resolución ministerial y ellos en la atención a la atribución que les confiere esa resolución ministerial emiten en enero del 97, este manual este primer manual que se supone tiene como objetivo comenzar a normar y regular”

(Rendición acerca del Programa a la Casa Militar) Mire por razones que yo desconozco la Casa Militar en su depósito tenía una gran cantidad de equipos y

materiales de salud ellos eran parte del depósito del Ministerio de Salud. Entonces cada vez que había y esto era diaria y cada vez que se producía un requerimiento de un puestos o centro de salud que necesito cualquier necesidad que tuvieran, equipo de computo papeles etc, una de las acciones que se tomaban en el ministerio y a nivel despacho era mandar el requerimiento al jefe de la casa militar preguntarle si tiene usted entre sus equipos en depósito, por favor póngalos a disposición , yo les estoy dejando acá para corroborar lo dicho mas de 70 carta que yo le dirigí a la casa militar , pidiéndole porque estaban en la casa militar yo no lo sé.”

“Yo lo que sabía era de que el depósito de la casa militar había equipamiento eso es algo que viene desde mucho antes de yo llegara al ministerio”.

“El presidente Fujimori tenía un gran interés por este programa y dentro del interés que él manifestó abiertamente a el público en una gran cantidad de oportunidades se produjeron una serie de reuniones también en donde participaron una serie de funcionarios del sector en fin, muchas veces el estuvo presente. (*Reuniones de Ancón y Paracas*) Ancón y Paracas, y muchas otras también, pero mi conclusión es que debido al interés que el Presidente, y en esto debe haber habido un exceso de celo al cumplimiento de las funciones de determinados funcionarios del Ministerio que consideraron que la mejor forma de congraciarse con el Presidente, era proceder de esta forma.”

- (3) **Alejandro Aguinaga Recuenco** Viceministro de salud hasta el 15 abril del año 99, donde asume la cartera de ministro de salud hasta que fenece el régimen el 22 de noviembre del año 2,000.

“La base del programa es llegar con la información a las usuarias, ó sea no hay una captación compulsiva sino llegar con la información y usted lo encontrará en nuestros dos textos que rigen la normatividad, llegar con la información las personas libre y voluntariamente determinan el uso de algún método, si es que ha habido errores y que se concluye eso compete solamente a actividad personal.”

“Había una demanda contenida y yo me explico que es por ello que en el primer año o en los primeros años hubo una enorme demanda, si ustedes ven los estudios de demanda estimo que para el primer año dentro del grupo de mujeres que querían ya limitar y usar un método definitivo, la demanda insatisfecha era de 340 mil.”

“En un programa de salud reproductiva... existe la tasa de fecundidad real y la tasa de fecundidad deseada. La tasa de fecundidad deseada en el país en promedio es 2,2

allí no hay diferenciación si es de las mujeres del medio rural o urbano, que si la mujer es letrada o iletrada. El estado tiene que proveer los medios para que estas personas logren su ideal reproductivo ese es el marco conceptual del programa entonces hay que proveer los medios para que esta gente logre su ideal reproductivo que ustedes saben es cuantos hijos quiero tener y cuando los quiero tener.”

(Coordinaciones con las Fuerzas Armadas) “Le puedo decir que el sector salud tiene 04 subsectores son : ministerio de salud, la seguridad social, los pilares lucrativos y no lucrativos y la sanidad de fuerzas armadas y policiales, entonces pueden haber coordinaciones y no solamente en ese tema en todos los temas.” “En el sistema del presidente Fujimori, muchos pedidos los hace a través de su casa militar.”

(El proyecto Nippon Foundation) “Efectivamente el problema de la Nippon se trataba directamente con los ministros no, había una donación con un señor Sasakagua que es un millonario japonés, bueno la Nippon creo que tiene mas de 300 millones de dólares al año en los países del mundo, si bien es cierto que en un primer momento se trató de poner, estimo porque ya había contacto directo hacia otros despachos, cuando he llegado como ministro se ha reformulado, el proyecto de Nippon Foundation no ha intervenido en planificación familiar.”

“Cuando se habla de los gastos administrativos era elevadisimo que un proyecto pueda tener 25% de su fondo como gasto administrativo, los proyectos para que sean aprobados no deben llegar mas allá del 20%, entonces cuando se pide esa rebaja y cuando se reformula el proyecto para las comunidades amazónicas en salud integral y ahí es donde pido que revisen si se han hecho AQV, estimo que se han hecho solamente 12”.

“Estoy diciendo que este proyecto no tiene nada que ver con la AQV y que cosa es lo que se ha hecho porque justamente las poblaciones amazónicas son las que menor accesos a la salud han tenido, si bien el ministerio las hemos manejado con brigadas itinerantes para poder llegar con salud y campañas de vacunación, ahora a través de este proyecto se han puesto establecimientos se les han dado facilidades de acceso a la salud están equipados los establecimientos”.

“Tengo referencias de las personas que han dirigido el proyecto y dicen que solamente se realizaron 12 AQV y que fue informado en otros establecimientos, el proyecto de salud integral y que si reconoce pagos si, porque tiene sus gastos administrativos, pero si tiene muy buen equipamiento y ha favorecido mucho el acceso de las poblaciones amazónicas dispersas a la salud “.

“El ministro de salud es el jefe de la política, el que ejecuta las políticas, muchos de ello, obedece al acto médico y entonces cada quien dentro de su acto médico es responsable de cómo lleva, con que indicadores de calidad hace el acto médico, eso escapa al control de cualquier ministro.”

D. Personal de Salud

Presentamos a continuación, versiones resumidas de la entrevistas.

PUNO

o Entrevista con la Coordinadora de Planificación Familiar de la DISA-Puno

Lic. Luz Valdivia.

Consejería

“Nosotros como Región de Salud usted sabe hace muchos años atrás y seguimos actualmente siendo una Región de Salud con muy alta tasa de mortalidad materna. En este entender nosotros hemos comenzado mucho antes de que comenzara el 97 haciendo bastante sobre lo que es Consejería, a nivel de profesionales, no profesionales, técnicos, enfermeras, obstetricas. Se ha trabajado en cómo es la consejería a los usuarios... particularmente para uno trabajar en esto debe estar convencida de lo que hace, le guste y ayude a la población. Usted sabe que la población de Puno es pobre, que tiene muchos niños, inclusive en ese entonces la tasa de fecundidad era de 5 hijos y ahora se ha disminuido a nivel nacional. Pero básicamente era capacitar a los proveedores, en este caso como le indico, en ningún momento el programa ha intentado trabajar, lo voy a hacer, lo voy a forzar, las decisiones de los usuarios que se han hecho el AQV ha sido voluntariamente. Por voluntad propia, inclusive yo le voy a contar, en una oportunidad venían parejas muy jóvenes a hacerse intervención quirúrgica y nosotros los hemos rechazado. Es voluntad propia, pero les hemos explicado mira que tú eres joven, que te puedes casar otra vez, que tu niño se puede morir, y mira no piénsalo un tiempo más y las hemos rechazado. Es por eso que nosotros no hemos tenido grandes problemas acá en Puno.”

“... bueno yo sé que en otras regiones ha habido muertas maternas por la AQV. En el caso nuestro no ha habido en el trabajo realizado ninguna muerte por AQV. No sé si

usted tiene ese reporte. Hemos tenido todo ese cuidado debido y como le digo muchas veces, hemos rechazado pacientes que no se le han hecho porque eran muy jóvenes. Hemos analizado que podrían conseguirse otra pareja y buscar que los desliguen, pero ellos han firmado el consentimiento.”

“Nosotros hemos trabajado con los proveedores de todos los hospitales, puestos y centros de salud. La mayoría (son bilingües) y si no, tienen siempre su traductor. Siempre hay alguien que habla el idioma.”

Metas

“Nosotros hacemos de acuerdo a un año diagnóstico, cuando trabajamos decimos, bueno este año hemos trabajado tanto y vamos a probablemente a incrementar esto. Pues no podemos trabajar a la deriva.hemos tenido todo el apoyo logístico, hemos tenido el apoyo presupuestal, ustedes saben perfectamente eso no, que hemos podido tener gasolina para movernos de un sitio a otro sitio, o hacer la difusión.

Aquí en la Región no ha pasado eso. No se ha evaluado al personal de salud básica porque me traes un AQV o porque no me traes una AQV, no sé si eso habrá pasado en otras regiones, pero aquí no ha pasado,

AVSC

“Nosotros hemos trabajado con AVSC en el año 95 y 96 en lo que es Consejería, por eso le digo que nosotros hemos empezado mucho antes con lo que es Consejería, por eso no hemos tenido problemas graves dentro de Puno.” “... con el rotafolio, lo que se ayudan hecho, en lo que consta la AQV y vasectomía, ellos nos dieron los rotafolios. A estas alturas ya han desaparecido, cuánto tiempo de uso, ahora tenemos otros rotafolios que también contemplan esa parte.”

Complicaciones leves que no han llegado a muerte materna, porque todo se ha solucionado.

○ **Dr. Félix Ho, Director del Hospital de Chucuito.**

Considera que lo sucedido con las AQV es más una política. Era una política del nivel central y de la DISA, era con los Directores. El se capacitó siendo traumatólogo en el Hospital San Bartolomé y en el Hospital Cayetano Heredia en 1995 y 1996.

Era un método prioritario a los demás métodos para mujeres en riesgo materno. Definitivamente es muy difícil que en un día las mujeres acepten que se les realice la

operación de esterilización, señala que ha habido un trabajo de por medio, con estrategias para alcanzar las metas.

Reconoce que ha habido errores, se encargaba a estudiantes de salud o técnicos poco preparados, pero por otro lado también las familias han mentido, había mujeres que decían tener 23 años y tenían 17 años.

- **Dr. John Silva Zúñiga, médico ginecólogo**, nombrado hace 1 año y ocho años trabajando en el Hospital.

Capacitación

Las Ongs que han capacitado han sido a través de PRISMA, Pathfinder y AVSC. AVSC se ha encargado de todo lo que es la parte clínica, incluso hemos tenido seminarios-taller para tener un tratamiento uniforme en lo que es técnicas quirúrgicas y obviamente la calidad de atención en ese entonces estaba de moda.

“... había un interés de parte de las instituciones de salud en informar a la paciente sobre estos métodos, porque hasta ese momento había mucho confusión sobre métodos, sobre todo en lo que son métodos naturales. Ellos se cuidaban cuando no tenían relaciones, cuando estaban en época que no podían concebir. Cuando estaban en peligro allí tenían relaciones, sabe por qué, por falta de información.”

Consejería

En Consejería que se tiene que informar al paciente de todos los métodos anticonceptivos, se utiliza el método ACCEDA que es un método que permite llegar adecuadamente al paciente y que nos permite evaluar si es que ha entendido lo que se le ha dicho y que nos permite concertar una siguiente cita.una vez después de la semana, con esa carta firmada por el esposo y la esposa y fedateada por un notario se le concede hacerle el AQV, mientras tanto....

Metas

Desde la DISA-Puno no dijeron nos han venido estas metas desde Lima para ser cumplidas. Lo que decía Lima era que tal porcentaje debería estar programado, se debía calcular la cantidad de pacientes por la población de cada provincia. Era una meta para calcular los insumos que vas a necesitar, sino cómo se atenerse...

Lo que sí hubo en nosotros con el apoyo de ONGs y Ministerio se promocionó más algunos métodos, sobre todo los métodos inyectables y las AQVs. Ahora si nosotros

analizamos nuestra información de hace 10 años, realmente nuestras AQVs no son las que tienen el pico, es bueno que eso ustedes vean. El pico lo tienen lo tienen los métodos hormonales, los inyectables.

Se utilizaban varios sistemas de llegada al usuario... se utilizó una estrategia de mercadeo social. En donde se ofrecía el método con un sistema diferente, por decir, venía un grupo de mimo y escenificaba la vida diaria de una familia con dos hijos y una familia con 7 hijos, lo común en algunos hogares y se les demostraba que la realidad de pobreza en uno que tiene 7 niños era diferente a una que tenía dos niños, donde su salud su educación y vivienda era totalmente diferente, nadie lo podía negar, entonces al ver eso el campesino, veía algunas de las ventajas de los métodos y dentro de todos los métodos artificiales, también se vendía la idea de los métodos definitivos, que más se adaptaba a la realidad de los campesinos con más de 4 hijos. Que obviamente se les decía, tú tienes 4, ¿quieres tener más hijos? Obviamente todos decían no queremos tener más hijos. Puedes utilizar los métodos hormonales, pero si suspendes tus métodos, entonces puedes tener hijos, pero versus hay otro método definitivo, es un método quirúrgico es una incisión bastante pequeña a través de una minilaparatomía... Obviamente que nos han hablado de todas las tecnologías habidas y por haber para poderle explicar al paciente en el idioma más comprensible para su caso y hasta en idioma Aymará, porque usted comprenderá que tiene que llegarse en ese idioma.”

En llave habían dos ONGS, INNPARES y TRANSFAM y trabajaban en forma coordinada para ayudar a capacitar a los promotores, tenían clubes de madres, del vaso de leche, dirigentes comunales, capacitaban y al mismo tiempo nosotros les dábamos una sobre capacitación, de tal manera que acá, los usuarios, tenían plenamente conocimiento de todo. Acá no hemos tenido problemas. “

o **Centro de Salud, CLAS Pilcuyo-Puno**

Entrevista al técnico del C.S. y al médico jefe.

“Hemos sufrido bastante, porque la señorita obstetrix en esas fechas tenía sus metas, le exigían de la UBASS (Unidad Básica de Servicios de Salud), ya desde más tenían metas ya, digamos una meta, digamos de operaciones de la cirugía, AQV, anual creo que pedían siete AQVs en el Centro , eso a la obstetrix le pedían, tenía que cumplir esa meta.

Si no cumplía la obstetrix estaba observada, ese es el problema...

(En el año 1997 la meta fue) algo de cuatro o cinco por ahí, al mes creo señorita, los datos deben estar allí. La obstetriz tenía que sacrificarse y los compañeros tenían que delegarlos para que convenzamos a las mujeres. Como ya tenían bastante hijos, nosotros íbamos y explicábamos cómo era el AQV. O sea que era cirugía, que podían hacerse una ligadura de trompas, definitivamente que ya no va a tener más hijos, decían, la obstetriz decía que no va a pasar nada. Va a ser normal. El primer día va a ser doloroso, después al día siguiente, normal, ya puede ya caminar. Normal puede ir a su chacra, normal va a poder trabajar. Explicábamos eso al esposo, a la señora o a su familia. Y hay señoras que rechazaban y a veces también pues, como primera vez, segunda vez se operaban y entre ellas se avisan, también pues no, que estoy normal, así. Autorizaba el esposo. En el Hospital firmaban un compromiso de ambas parejas.

○ **Enfermera del Centro de Salud De Pomata**

Metas

“Ya mire, yo entré a trabajar al Ministerio, en realidad a partir del 93 hasta la fecha, o sea que yo ya tengo años trabajando aquí. En esa época ¿qué paso? Cuando nos dijeron esto de planificación familiar, nos han puesto metas. Entonces usted sabe te dicen, por decir, este año tienes que vacunar 10 niños, yo tengo que vacunarlos, hago mis estrategias, hago difusión, convenceré, haré visitas domiciliarias, y es más las empezaron a amenazar, que si no traían tantas mamás para las ligaduras, o sea corrían pues el peligro de ser despedidas, entonces, prácticamente les han obligado a las chicas. Eso sí ha sido previa educación, en qué consistía las ligaduras, por supuesto que las personas que lo hacían eran médicos ya preparados, porque tampoco lo hacía así un médico general.” (Hay) “Bastante presión, y hasta ahora, o sea a nosotros nos miden por metas programadas.”

Captación

“Entonces ha sido mediante, uno por difusión y dos por que como ya las personas que trabajaban en los diferentes puestos de salud conocían más o menos ya qué mamás, ellas también han visto la cantidad de hijos que tenían, porque hay familias muy numerosas, hay mamás de 23 y 24 años que están con cuatro o cinco hijos. Y es más hay mamás que están en pobreza extrema. Como había ese método y era gratuito, como quien dice, el personal de salud quería aprovechar eso. Entonces han captado, las han convencido mediante visitas domiciliarias tengo entendido. Les han explicado el

procedimiento como usted dice mediante unos formatos, IEC (investigación, educación, comunicación) que nos llegan, les han explicado en qué va a consistir más o menos la intervención quirúrgica, y hasta que se llegaron a convencer. “

Incentivos

Bueno al personal de que seguían trabajando, se hacía ver que la persona que captaba más era mejor trabajador y es más esa vez, si no recuerdo mal, parece que les dieron una resolución a nivel de la subregión de Salud, no tengo conocimiento, pero esa vez nos prometieron sí, pero nunca nos llegó. Fue por el 96 y 97, porque por esa época estaba a todo dar, como le digo.

Número de operaciones en un día

Hubo un tiempo en que acá nosotros, como le comentaba anteriormente, hemos llegado a hacer más de 50 mujeres se han hecho AQV... en un día, nos hemos organizado de tal manera que los puestos ese día, o sea la ambulancia que tenemos empezó a recoger a todas las señoras acá en este establecimiento, han venido médicos de allá de Puno y lo han hecho bien, de las cuales me parece que dos se volvieron a embarazar, hubo falla en un puesto lejano que se llama Colline. Han sido ginecólogos de Puno.

Opinión sobre los procedimientos de AQV

“ Bueno yo como ser humano, yo he visto como que de repente, hasta cierto punto, muy atrevida voy a ser, han hecho un operativo, como quien dice no, como conejillos de indias, eso es lo que han hecho y eso es lo que no me gustó, no. Entonces yo para adelante, pienso que esas cosas se hagan a otro nivel en un hospital, con todo, para mí es bueno de repente esto de la ligadura, hay parejas que están agradecidas hasta ahora, y de repente algunas que han tenido sus complicaciones, que también han tenido malas experiencias. Pasó ciertas anécdotas ese día no, las señoras que aparentemente vinieron tan convencidas, vieron una fila de camas, las señoras echadas, tiradas, otras reaccionando de la anestesia, se fugaron. Yo creo que cualquiera hubiese reaccionado así, no le parece.”

CUSCO

○ **Washington Ortiz, gerente de CLAS-Anta, Cusco**

Llega a trabajar a Anta como asistente el 10 de enero 97, antes trabajaba en Sicuani.

Campañas

“Hemos hecho campañas de esterilización, todo basado en la normatividad había un manual de normas de salud reproductiva entonces primero se tenía que hacer primero consejería a los pacientes.

La captación la hacían los trabajadores, en este caso específicamente las obstétricas. En Anta tengo 02 obstétricas, y en los establecimientos a nivel de la provincia tenemos 07 .

En las campañas podían haber 05 o 10 esterilizaciones, en aquel tiempo teníamos 10 camas, ahora tenemos 30. En cuanto a las metas, la coordinación, no nos dieron en realidad metas, sino nos dieron el porcentaje era 2.5% . No nos dieron números, entonces claro que se gastó en forma muy agresiva .

Lo que nosotros simplemente hacíamos era cumplir, si había una campaña de vacunación de sarampión y usted sabe la normatividad que se tiene que vacunar a 130 niños menores de 5 años , pero usted también sabe que en un porcentaje hay fallas e incluso puede haber muertes, en el caso de nosotros hemos sido entes ejecutores . Nos decían de que igual a las campañas de vacunación integral, va a haber una campaña para AQV. Entonces se ponía de acuerdo con los cirujanos y este caso con los ginecólogos para hacer una campaña. Hubo presión, de repente, hay que hacer una campaña en donde tengamos que priorizar un poco lo que es AQV. Presión para las campañas eso si hubo.

Las mujeres venían con la obstetrix. Había una campaña de reflexión de unas 02 horas, por ejemplo eran captadas en un centro de salud entonces esa señora firmaba su consentimiento con su marido. Ellas podían venir cualquier día y nosotros las podíamos ligar incluso si no había campaña. No se hacía riesgo quirúrgico. Se hacían exámenes de laboratorio, por lo menos de orina y sangre Se hacía entonces a las pacientes si eran de aquí, si se les conocía pero no a todas porque venían de otros distritos.”

Orden de responsabilidad

En cuanto a planificación familiar, dependemos directamente de la gerencia de la red Cusco norte. La señora Maritza Castro es la coordinadora de la DISA.

Nosotros reportamos primero, antes era UTES, ahora se llama red de servicios periféricos Cusco norte, entonces allí nosotros informamos todas las actividades que realizamos, en este caso a las diferentes coordinadoras.

En Anta, nuestra participación directa en las AQV ha sido organizar la sala, la infraestructura física la infraestructura humana la daba la DISA. En esa época no había aparato de anestesia. El ginecólogo venía del hospital regional o sino de EsSalud. Se aplicaba la ketamina, endovenosa. Un médico, capacitado en Abancay para dar anestesia, era un médico general. A nosotros también nos capacitaron, a mi también me capacitaron acá en el Cusco para hacer la AQV.

○ **William Velasco Coordinador de Planificación Familiar durante 1997, Licenciado en Obstetricia**

Reunión en abril 1997, señalamiento de método y metas.

“Como coordinador me hice cargo el día 14 de marzo del año 97 , tuve una capacitación que recibí en Lima de un curso nacional de salud reproductiva y el doctor Nagahata tomo a bien en llevar a Maritza Castro a Lima para que integre su equipo y ella confió en mi persona para que la pueda suceder, en ningún momento yo como coordinador recibí alguna amenaza o algo que diga tienes que hacer tal cosa, me encargaron una reunión, el 04 de abril, una reunión marco regional donde estuvo invitado el seguro social, los coordinadores del ministerio de salud de planificación familiar y los directores de salud de atención a las personas de los departamentos del sur del Perú. Allí el doctor Nagahata manifestó la nueva política del gobierno que era una política de acceder los servicios de anticoncepción quirúrgica voluntaria a la población, lo tomamos por ese lado, pero después hubo otra reunión un poco privada donde nos dijeron que en realidad las metas son estas, dijeron que habían metas .

Fue por cada departamento, habían unas metas a las que tenemos que llegar y debemos de cumplir.

Nos dijeron la política del gobierno es esto y bueno que habían las metas y los directores viajaban cada cierto tiempo a rendir cuales eran sus metas incluso hay un

vídeo del año 97 en donde el director le dijo al ministro de salud el doctor Marino Costa el día de hoy hemos logrado el 100% de la meta .

Implementación de la estrategia

“Me dijo William en tus manos esta ahora la conducción de esta nueva política de gobierno y tendrás que conducirla con el apoyo de Carlos Ibañez , entonces nosotros hemos implementado una serie de estrategias para poder lograr.

Implementamos 02 equipos itinerantes de médicos, primero fueron capacitados, calificados por un equipo de expertos había 02 expertos aquí en ese tiempo, la doctora Liliana Ojeda y el doctor Luis Chavez, ellos calificaron a los médicos dieron un examen practico y un examen teórico y los calificaron e integraron este equipo.

También hubieron dos equipos uno de médicos del hospital y otro de médicos itinerantes a este equipo de médicos itinerantes muchas de las veces se integraba un anestesiólogo y también se integraba uno de los ginecólogos del hospital. Fue tal la demanda en los establecimientos de salud que se tuvo que viajar, los equipos tuvieron que desplazarse de un lado a otro por diversos problemas de flexibilidad que tenemos acá.

La otra estrategia era que teníamos que sensibilizar a la población era decir que el AQV ahora era gratuito y por eso tuvo gran acogida, lo otro era que se difundía a través de campaña o salud reproductiva. Reconozco que en algunos sitios lo tomaban como campañas de AQV, hemos tenido infinidad de reuniones para decirles que no eran campañas de AQV son campañas de salud integral donde se puede ofrecer también el AQV.

Presiones posiblemente las haya recibido el director regional, inicialmente se llevo incluso un software del año 1996 semanal que se enviaba , y que luego se implementó pero creo que duro un mes y ya no se volvió a utilizar, solo semanalmente teníamos que reportar, se reportaban solo las AQV de la semana. El sistema HIS era mensual pero el otro se implementó, era como un consolidado y eso se informaba al despacho ministerial. Duró todo el año 97, y parte del 98, incluso le podemos enseñar acá un registro donde semanalmente informábamos. Si no reportábamos, nos llamaban para

reportar, solamente nos llamaban para decirnos cual es el informe dictame cuantas AQV han hecho en la semana que no ha llegado.

Consejería

Una ONG que apoyó en consejería Population Concern, ellos apoyaron hemos capacitado en consejería: A mediados y fines del 97 se hizo un curso entonces ellos capacitaron básicamente a las obstetras en consejería.

Me parece que hubo la gran falla que hubo al inicio fue que la información no fue completa. La información no fue muy completa. Nosotros después hemos tenido que retomar todo lo que es consejería, pero no nos daba tiempo tal era la cantidad que se venía, y lo otro es que como se mejoró la accesibilidad de los servicios a la comunidad porque llegaban los equipos itinerantes a lugares muy lejanos. Al inicio no fue una información completa. Fue uno de los principales errores que se asume.

Ante la pregunta si trabajaron en el 95 y 96 como es que en el 97 se presentaron problemas en las consejerías, el entrevistado respondió "es que hemos trabajado lo que es derechos sexuales y reproductivos, no consejería."

"La gente no estaba preparada en consejería especializada en salud reproductiva menos en lo que es métodos anticonceptivos, ya le he manifestado que ese ha sido el principal por eso que nos preocupamos nosotros para que la gente se comience a capacitar."

Derechos reproductivos

"Yo me he preocupado siempre de que la mujer haga prevalecer sus derechos desde el año 94 venimos trabajando con una agrupación que se llama Amauta es una ONG y ellos promocionan aquí los derechos sexuales y reproductivos. Hemos hecho muchos talleres hasta tenemos la declaración de los derechos universales y acá incluso salieron la declaración de los derechos de la región Inca de la mujer que lo hemos trabajado nosotros en el 95 y 96, entonces por eso es que nosotros nos preocupamos porque haya cursos de consejería."

nosotros como en la mañana le manifestamos solo respondíamos a órdenes o disposiciones, pero también sabemos de reuniones de los directores que cosa habrán dicho allí, porque en algún momento nos han manifestado que cuando el presidente

decía porque se dijo así estas son las metas para Cuzco, Arequipa, Tacna etc. dice que ningún director dijo no.

- **Maritza Castro, Coordinadora de Planificación Familiar,**
Fue coordinadora en 1996 y 1998 en adelante.

Metas

“Nosotros solo respondíamos a órdenes o disposiciones, pero también sabemos de reuniones de los directores que cosa habrán dicho allí, porque en algún momento nos han manifestado que cuando el presidente decía, porque se dijo así, estas son las metas para Cuzco, Arequipa, Tacna etc. dice que ningún director dijo no.”

El doctor Carlos tenía reuniones directas con los directores, hubieron también cenas de trabajo en un buen restaurante se reunían los médicos con los directores, y allí les recordaban que tenían que cumplir las metas.”

Incentivos

“A nosotros aquí nos enviaban presupuesto para hacer por ejemplo polos y que se yo para distribuir al personal de salud, generalmente esos han sido los incentivos polos, maletines, buzos. Para nosotros salió una resolución que a los coordinadores se nos daba un plus por las horas fuera del horario de trabajo y que también trajo problemas.”

Estrategias utilizadas

“Son tantos proveedores de salud que no hay manera de ver como ellos han utilizado algunas estrategias para convencer que se use el método.”

AREQUIPA

- **Coordinadora de Planificación Familiar: Aydeé Vargas**

En resumen la Coordinadora señala que no hubo ningún problema que se observó el marco legal y que se daba consejería. Se realizaron esterilizaciones hasta el 2000 en el C.S. Mariano Melgar, C.S. Ampliación Paucarpata, C.S. Maritza Campos de Zamácola, C.S. Hunter y en el Hospital Goyeneche y Honorio Delgado.

○ **Entrevista con el Dr. Hugo Rojas.**

Médico internista, labora en el Hospital Honorio Delgado y fue representante del Colegio Médico del 2000-2001. Manifiesta que captadores sí tenían premio de veinte soles y se realizaban campañas conjuntas entre el MINSA y las Fuerzas Armadas con Essalud. Señala que la prioridad eran las zonas altas de Chivay o Cotahuasi.

○ **Dr. Linares Huaco, jefe de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado.**

Señala que ellos han realizado bloqueos tubáricos mucho antes de que se diera como política prioritaria de planificación familiar para casos de riesgo obstétrico y con la solicitud de la pareja y su firma. Esta alternativa se desprestigió por haberse hecho daño a las mujeres y haberse fijado cuotas y dado estipendios y beneficios, permitiéndose que lo hiciera cualquiera sin preparación, lo cual causo perjuicio a este servicio. Señala que el Gral. Abraham Cano Angulo jefe de la III Región Militar convocaba a campañas de salud integral donde se practicaban estas esterilizaciones. Hubo un acuerdo del cuerpo médico de no aceptar individualmente estipendio alguno y que este fuera entregado para que la Institución lo dispusiera.

○ **Dra. Neves, ex Directora de la Dirección de Salud de las Personas durante el período 95-2000.**

Señala que no hubo ningún problema y que todo se realizó dentro de las normas y que toda la coordinación con Lima y el Programa de Planificación Familiar era autorizado por su despacho. Se declaró una defensora de los derechos de las mujeres y por lo tanto no hubo ninguna violación al derecho a decidir de éstas.

○ **Entrevista al C.S. Mariano Melgar, con la coordinadora de Planificación Familiar y Dr. Guillermo Calderón.**

También señalan que siguieron las normas y que hubo una difusión agresiva por radio y televisión señalando la gratuidad del servicio de planificación familiar.

○ **Dra. Jenny Perez Pino Jefe del C.S. Zamácola , desde 1987**

Metas

“...había una meta a nivel nacional para las regiones, y las regiones son las que determinaban las metas para punto de entrega de servicios, de acuerdo al % de mujeres en edad fértil de la región de Arequipa,” “... mire a nosotros nos daban un número en la región supongo que manejaban en función de las mujeres en edad fértil

en la región Arequipa, pero por ejemplo a nosotros nos daban un número porque la gente podía ir a cualquier punto de servicio a cualquier sitio, por eso es que nosotros, no era mi meta en función de mujeres en edad fértil de distrito si no era de la región Arequipa”

- o **Visita y entrevista al C. S. Hunter. Se entrevistó a la Directora del C.S. y al ginecobstetra que estuvo presente.**
- o Visita y entrevista al C.S. Ampliación Paucarpata. Se entrevistó a la Directora del C.S. y a la Coordinadora de Planificación Familiar.
- o El **Dr. Linares Huaco** en el Hospital Honorio Delgado, nos hizo entrega de un documento acerca de la convocatoria de la III Región Militar para apoyar en Jornadas de Acciones Cívicas en el C.S. de Zamacola y la designación de ginecobstetras del Hospital Honorio Delgado.

TACNA

- o **Entrevista a la Dra. Lucina Sanga Vildos y a la obstetrix Nori Alvarado Centro de Salud San Francisco (TACNA)**

Dra. Lucina: Encargada recién hace una semana

- Captaban casa por casa
- Daban Certificados de felicitación
- Bastante apoyo al Programa
- No víveres....dinero nos daban no mas de 30-40 soles, no era cantidad grande
- Se gastó mucha plata en esterilización en lugar de atender TBC
- Se reconoce que se privilegio la AQV pero ellos actuaron conforme a ley y que la opinión fue que la Campaña contra la Tuberculosis debió ser favorecida, por lo que se le excluyo.

Obst. Nori Soledad Alvarado:

- Reconoce que escaseo Deporprovera y Norplan
- Los proporcionaba

- Se ve la realidad social madre con 4-5 hijos

o Entrevista a **Carlos Urbano Sánchez** Director General de DISA

Esta desde 14 de diciembre del 2,001, nos refiere al Dr. Saturay

Refiere de quejas de que no alcanzó la Anestesia y la llevaron a otro lugar .

o Entrevista al **Dr. Pedro Sakuray Director Regional Tacna del 95-2,001**

No había necesidad de hacerlas en Tacna, ya que tenían un promedio de 2 hijos TASA DE FECUNDIDAD, es de 02 MENOS en PROMEDIO en comparación de otras regiones donde las parejas tenían mas 4-5, lo que no sucede en Tacna.

– Si hubo metas pero bajas de acuerdo a los indicadores demográficos.

– Se privilegio el método

– Estuvo en la reunión de Ancón

– No se opero ni en el suelo, ni en la carpa pero tuvo información que se hizo en Postas o que ha muerto gente.

– Las AQV se hacían en el Hospital y centros grandes como TARATA.

– No se utilizó Residentes, había Ginecólogo

– En Tacna NO pero por periódicos se informó que daban alimentos YO SE QUE PASO – PERO NO EN TACNA.

o Entrevista a la Obst. **Gloria Emperatriz Monroy Cárdenas** Coordinadora 10 años estuvo desde 1996-2,000

– La captación la hace el mismo profesional

– A nadie se obligaba

– No había incentivos

A continuación damos a conocer los hallazgos Periodísticos, Psicosociales y Médicos producto de la investigación del grupo técnico.

3.2 PERIODÍSTICOS

Desempeño del trabajador de salud e incentivos

Para implementar el Programa de Planificación Familiar, consolidaron grupos de trabajo locales: MINSA –IPSS – Fuerzas Armadas. Para mantener a estos grupos se les propuso incentivos, considerando entre ellos, un plus económico. A los trabajadores de salud- según el testimonio de un Director de DISA (registrado en video adjunto) en sus sueldos se les aumentaba la cantidad de cincuenta nuevos soles (S/. 50.00) por campaña. Además, crearon un sistema mediante el cual LOS VIÁTICOS conformaban una forma de pago²³ llamándoles de esta manera INCENTIVOS.

Entre la población, se dio a conocer el programa de Planificación Familiar, vinculándolo a los alcaldes, a las organizaciones de mujeres, a los clubes de madres, a los comedores populares, etc. ofreciéndoles incentivos con alimentos de 15 kilos en diversos productos, por capacitación de usuarias a los servicios de la campaña, -según testimonio de mujeres de comedores populares-.

Asimismo, en zonas muy alejadas, se les prometía que a mayor cantidad de pacientes, para la realización de las ligaduras de trompas en su centro médico, éste iba a ser modernizado y mejor atendido por las autoridades centrales.

Para poder mantener en funcionamiento y en orden estos estratégicos planes se realizaban mensualmente, ya sea en Lima o en la provincia que corresponda -mayormente Tarapoto-, JORNADAS con los directores de las DISAs, con los coordinadores del Programa de Planificación Familiar y con los Representantes de las Fuerzas Armadas – según testimonio de coordinadores del Programa de Planificación familiar-.

LOS FESTIVALES DE SALUD

Son definidos por el personal como un conjunto de actividades de diversa índole, desde deportivas hasta intervenciones quirúrgicas, siendo el objetivo la realización en masa de las AQV.

²³ Ver Evidencia N° 024, Oficio N°023-99-COORD-PPF-CRS-PL y Evidencia N° 14, Oficio N° 042-CPPF-UTS-JAUJA-97.

En un día de campaña se podía y debía llegar a esterilizar hasta cerca de 90 personas - según testimonio del chofer de la DISA Puno-, el objetivo era realizar el plan de trabajo para la campaña presentado a las UTES.

El personal médico (médicos, enfermeras, obstétricas) que ha sido parte de estas esterilizaciones muestra hoy en día un temor evidente de admitirlo y trata de justificar su conducta, dando a conocer que fueron amenazados, ya que de no cumplir con su trabajo serían sancionados y hasta retirados del mismo. Así también, nos dan a conocer que no pudieron denunciar estas amenazas, aunque reconocen haber querido hacerlo, ya que el sistema policial - militar se encontraba inmerso en la realización del plan.

En estos festivales se entregaba incentivos tanto a los pacientes como a los trabajadores de salud²⁴, consistentes en buzos polos, batas entre otros.

MAL TRATO DEL MINSA AL TRABAJADOR DE SALUD

Según el archivo que hemos podido recuperar, se constató que la presión para ejecutar de estas campañas fue basada en un abuso de autoridad ya que estas cartas y/o memoranda, que adjuntamos en las Evidencias, permiten apreciar la situación en la que se encontraba el trabajador de salud, ya que de no cumplir las metas impuestas, eran removidos de sus puestos. Si se negaban a cumplir las mismas, podían ser expulsados de su trabajo dejando una vacante. Así lo señala la Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM cuyo texto dice, *“...debemos impartir las directivas necesarias a nivel de todas las regiones de Salud para que en todos los establecimientos de Salud en los cuales se aplica el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, se apliquen en forma obligatoria e imperativa las disposiciones contenidas en las Normas de Planificación Familiar, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM haciendo recordar a los funcionarios, profesionales y trabajadores en general que su no cumplimiento importa responsabilidad administrativa el algunos casos y en otras implicancias de carácter judicial penal”*. *“...asimismo, hago recordar a usted la obligación que tiene de cautelar el debido cumplimiento de estas normas y su seguimiento adecuado, disponiendo las sanciones que correspondan en caso de su violación ...”*. Firmado por el Dr. Alejandro Mesarina, en su calidad de Vice Ministro.

²⁴ Evidencia N° 22, Informe 036-COORD-PP.FF.-UTES-TM-97

Coordinadoras de Planificación Familiar

Acreditan que existía un formato, que se les daba en Lima o en la provincia de turno para las Jornadas, se reportaban mensualmente²⁵, cuantas ligaduras o vasectomías eran realizadas, cuantos errores habían sido reportados y si es que existieron muertes. Estas hojas eran llenadas desde un médico hasta por un técnico en enfermería. Luego de ello era faxeado o enviado en sobre cerrado y con el rotulo que decía confidencial, directamente a la Coordinadora del Programa de Planificación Familiar por DISA, la misma que tenía que faxear inmediatamente los resultados al Dr. John Nagahata con copia al director de su dirección.

N°	REGIONES DE SALUD	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO
1	Ancash	Rodríguez Soto, Sonia	Obstetriz
2	Apurímac	Santos Vargas, Hugo	Obstetriz
3	Arequipa	Vargas López, Aydee	Obstetriz
4	Ayacucho	Mendoza Bellido, Graciela	Obstetriz
5	Bagua	Pacheco Carrión, Mavel	Obstetriz
6	Cajamarca I	Zavaleta Díaz, Enedina	Obstetriz
7	Cusco	Velasco Cornejo, Wilian	Obstetriz
8	Cutervo	Paredes Saldaña Berta	Obstetriz
9	Chachapoyas	Cruz Villaromero , Norma	Obstetriz
10	Chanka	Reynoso Aybar, Meria Isabel	Obstetriz
11	Chota	Sanchez Morales, Maria	Obstetriz
12	Huancavelica	Paredes Gutierrez, Cristina	Obstetriz
13	Huanuco	Miraval Tarazona, Zoila Elvira	Obstetriz
14	Ica	Rios Alor, Lilian Noemi	Obstetriz
15	Jaen	Flor Soto, Marisela	Obstetriz
16	Junín	Pamo Caytano, Luisa	Obstetriz
17	La Libertad	Tejada Salas Juana Luz	Obstetriz
18	Lambayeque	Rios Morante, Luis	Medico
19	Loreto	Cristobal Flores, Maribel	Obstetriz
20	Luciano Castillo	Espejo Ortega, Cramen	Obstetriz
21	Madre De Dios	Centeno Velasquez, Irma	Obstetriz
22	Moquegua	Guevara Gomez Hilda	Obstetriz
23	Pasco	Figueroa Ponce, Luz	Obstetriz
24	Piura	Campos Fanola, Marisol	Obstetriz
25	Puno	Valdivia Calla, Luz	Obstetriz
26	San Martín	Huivin Grandez, Militza	Obstetriz
27	Tacna	Monroy Cardenas, Gloria	Obstetriz
28	Tumbes	Ho Valdivieso, Ana	Obstetriz

²⁵ Memorando 0204 – 97: Cumplimiento de reporte semanal.

29	Ucayali	Riva Reategui, Norma Soledad	Medico
30	Callao	Peña Peña, Nelly	Obstetrix
31	Lima Ciudad	Inca Osorio, Julia	Obstetrix
32	Lima Este	Llanos Saldaña, Marcos	Medico
33	Lima Norte	Neyra Canales, Carolina	Obstetrix
34	Lima Sur	Tulio Ramírez, Magno	Medico
35	Sanidad Del Ejerc	Figueroa Calderon, Elio	Medico
36	Sanidad Fap	Echegaray Leon, Ana	Enfermera
37	Sanidad Marina	Cabellos Vargas, Cosme Yofre	Medico
38	Sanidad Policial	Del Aguila Diaz, Luis	Medico
39	Essalud	Espinoza Loayza, Veronica	Obstetrix

MAL TRATO DEL TRABAJADOR DE SALUD A LOS PACIENTES

El grueso de la población a quienes se dirigía el programa era analfabeta y su lengua nativa no era el castellano, recién en 1998, se lleva a la práctica la firma del consentimiento para anticoncepción quirúrgica voluntaria, hoja en castellano por medio de la cual, la o el paciente debía leer detenidamente y luego firmar.

Una mujer del distrito de Collquepata Cuzco, llamada Seferina Castro, no quería realizarse la intervención del AQV y se escondía de los trabajadores de salud, hasta que un día fue encontrada por ellos en la plaza de armas de su poblado, siendo arrastrada por dos trabajadores hasta el centro medico, ahí fue insultada, maniatada y obligada a realizarse la ligadura *"...yo me quería ir corriendo pero de pronto me pincharon y me morí – morí, refiriéndose a que fue anestesiada- entonces cuando me desperté me dijeron que ya no iba a ser mas un chancho y que ya no iba a traer mas hijos como si fuera un cuy..."*.

En el caso de Venancio Gayoso, de Azaroma, distrito de Puno, el cual fue amedrentado por el personal de salud, luego de que su hijo muriera se le impidió sacar el certificado de defunción alegando que este no iba a ser entregado hasta que no se realizara la vasectomía y su esposa la ligadura de trompas, al negarse el medico del centro de salud lo amenazo diciéndole que de denunciarlos ellos tomarían represalias, no brindándoles los servicios médicos ni medicinas a su comunidad. Originado así un problema comunal el cual pudo desterrar a este humilde hombre con su familia. Y conducir a que la Iglesia Católica tome cartas en el asunto. El documental que acompaña este informe nos permite escuchar y analizar testimonios que reflejan esta situación.

El testimonio de la Obstetriz NN nos permite analizar la magnitud del problema *“...nosotros en un día de campaña en este centro de salud llegamos a atender a cerca de 70 mujeres y 4 varones, mira este local ya te imaginas como nos encontrábamos ese día -el local tiene 6 cuartos de los cuales 4 son consultorios, 1 el cuarto de mujeres gestantes y 1 el cuarto de reposo- no se podía ni caminar y a las mujeres las traían en el camión de reclutamiento del ejército, ósea por montones, muchas no sabían de que se trataba y acá los médicos les decían lo que le iban a hacer pero tampoco entendían, son de allá arriba –refiriéndose a las alturas-, era muy horrible, hasta mujeres de Bolivia llegaron, no se como no nos metimos en problemas,...nosotros lo hacíamos porque los directores de las DISAs enviaban a sus chóferes a que vean como trabajábamos y nos enviaban con ellos memos de lima que si no cumplíamos nos iniciaban un juicio... “*

Existieron denuncias formales, pero en su mayoría fueron archivadas por la fiscalía, al parecer por la presión que el gobierno central ejercía (oficio N° 4394-01.CTAR/HCO-DRS-DASP-PSEA).

EL ENGAÑO DEL TRABAJADOR DE SALUD

En zonas estudiadas encontramos que realizó intervenciones quirúrgicas para la esterilización, encontramos que en las charlas se les comunicaba que estos amarres solo duraban 10 años, los testimonios son patéticos al respecto. encontramos a mujeres que piden que se les desamarre para no tener mas dolores y poder tener hijos.

Los afiches, trípticos y dípticos utilizados para las campañas masivas, lo que dicen textualmente es que esta, es una intervención definitiva, mas no explican lo que el concepto significa, ni lo mas importante para estas poblaciones, que perderán su fecundidad.

Debemos considerar que casi en su totalidad los pueblos intervenidos son analfabetos, y su lengua no es el castellano, sino el quechua, aymara, nomatsiguengue, entre otros. En los recorridos al interior del país solo halle un video de 25 minutos en quechua, en donde se les narra de manera técnica cual será la intervención a la que se les someterá, ¿ cuantos de estos varones o mujeres tienen televisor en sus casa?, un comunicador sabe que el mensaje

no va a llegar al receptor, porque el canal no es el adecuado. Estos videos fueron realizados por comunicadores del MINSA.

Al cuestionar a los trabajadores de salud al respecto ello se amparan en que, eran presionados para llegar a las metas y que no tenían mayores opciones.

¿ QUE ES EL COORDIPLAN?

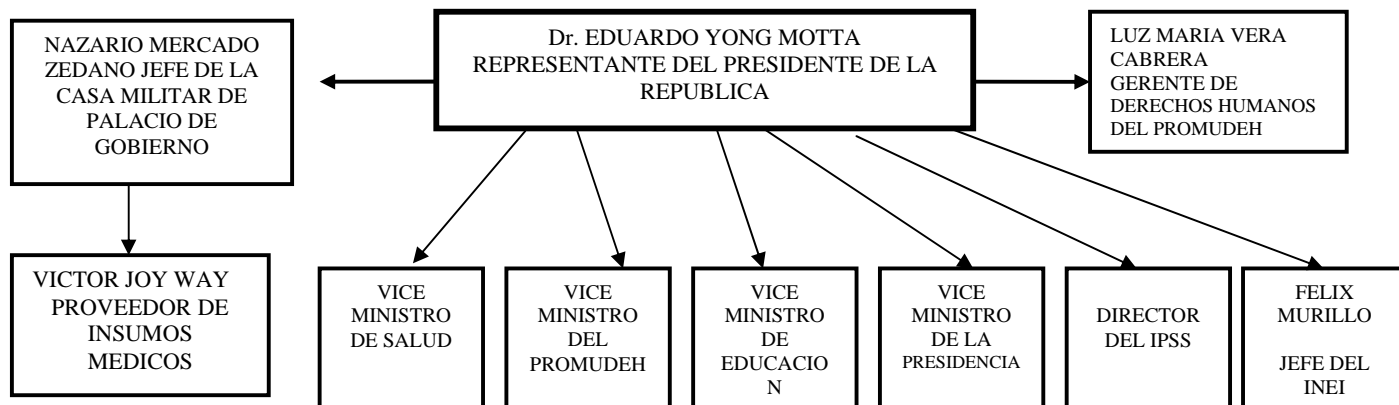
En 1994 una comisión especial encargada de organizar la aplicación de las políticas de planificación familiar, fue creada por orden de palacio de gobierno; paralelamente a ello se llevaba a cabo una exhaustiva capacitación a un grupo de militares asimilados que eran preparados para hacerse cargo del mismo Plan de Contingencia y Emergencia, como le denominaron. Esto se mantuvo en reserva, “por razones de estado” y recién en 1997 fue dado a conocer bajo Decreto Supremo N° 055-97-PCM²⁶, el cual anunciaba la creación de La Comisión Nacional De Coordinación De Políticas De Planificación Familiar Y Salud Reproductiva (COORDIPLAN).

El COORDIPLAN se encontraba conformado, según el decreto supremo, por el viceministro de promoción de la mujer y del desarrollo humano, quien la presidía, el viceministro de salud, el viceministro de gestión pedagógica del ministerio de educación y el presidente del consejo directivo del instituto peruano de seguridad social, pero la realidad de los hechos fueron otros, el COORDIPLAN era manejado por, un representante del entonces presidente de la republica, el viceministro del Promudeh, el viceministro de salud, el viceministro de educación, el viceministro de la presidencia en el área desarrollo regional, el presidente del consejo directivo del instituto peruano de seguridad social y el jefe del instituto nacional de estadística e informática. Los reglamentos que regían a esta entidad eran formulados por ellos mismos y aprobados por el presidente del consejo de ministros.

Tenía potestad sobre los organismos encargados de la ejecución y acción de los programas de planificación familiar. Podían solicitar el apoyo y asesoría de organismos internacionales y agencias de gobierno extranjeras, como de organizaciones no gubernamentales.

²⁶ Ver Copia de Decreto Supremo

EL ORGANIGRAMA



La potestad del COORDIPLAN, también consistía en crear proyectos para llevar a cabo el programa apoyados en entidades internacionales, así fue que entablaron relación con la USAID, AID y la NIPPON FOUNDATION entre otros.

LA USAID²⁷

La agencia de desarrollo de Estados Unidos, financió²⁸ organizaciones no gubernamentales, tal es el caso :

APROPO

ONG encargada de apoyar los programas de población a nivel nacional, la cual recibió US\$ 5 millones, según listado sobre financiamiento de programas de salud reproductiva y planificación familiar en el Perú.

²⁷ Ver Informe USAID and Involuntary Sterilization in Perú, 1998.

²⁸ Ver Anexo 12

APROPO cuenta con una red de servicios de conserjería altamente extendida, gana experiencia en repartir tabletas vaginales, píldoras y condones. Pero lo más interesante es que participó en la preparación técnica del personal que ejecutó las campañas de esterilización.

REPROSALUD

ONG, que nace de un convenio entre el Movimiento Manuela Ramos, Alternativa y la USAID, según ellos, en su intento de mejorar la salud reproductiva de las mujeres de las zonas pobres del campo y de la ciudad, en los años de las esterilizaciones masivas solo les daban conserjería para optar por los métodos que el gobierno incentivaba. Para ello recibieron de la USAID US\$ 5 millones anuales, según listado sobre financiamiento de programas de salud reproductiva y planificación familiar en el Perú.

Al solicitar a la USAID un informe sobre su participación en las políticas de esterilización en el Perú ellos nos respondieron que, Population Council tenía un monitoreo sobre este tema el cual se realizó en 1999, el mismo que reportó que ellos no tenían implicancias de mayor envergadura.

PRISMA

Entre 1989 y 1995 obtuvo US\$ 17 millones, según listado sobre financiamiento de programas de salud reproductiva y planificación familiar en el Perú, el objetivo de estas donaciones estaba en apoyar a ONG que realicen planificación familiar. Es así como se define a PRISMA: una agencia de operaciones, cuyos objetivos se basan en recibir grandes cantidades de dinero de donantes internacionales para repartirlas a ONG's y proyectos nacionales más pequeños.

Según testimonios esta ONG trabajó directamente con el COORDIPLAN controlando la adjudicación de los anticonceptivos donados²⁹ por AID, así como la entrega de alimentos en las zonas en que se llevaron a cabo los festivales de esterilización. A Regiones, Subregiones, UTES, ZONADIS, SBS, UBAS, Hospitales.

²⁹ Ver evidencia N° 2, DGSP-DPS-PF-CIRC.N°064-97

Al querer entrevistar a sus representantes, ellos de manera gentil nos refirieron que no habían participado en las políticas de planificación familiar impartidas en el gobierno de Fujimori.

CARE

Quien recibió de AID US\$ 18 millones, según listado sobre financiamiento de programas de salud reproductiva y planificación familiar en el Perú para estos mismos programas. Ellos básicamente funcionaban como mediadores entre el Minsa, y Pathfinder, aportando, equipamiento para las campañas de esterilización, así mismo coordinando con pequeñas ONG's, manejaban una distribución de fondos, formación y especialización del personal de apoyo (como técnicos, obstetrices) y también acompañaban diversos proyectos que tengan que ver con el tema.

NIPPON FOUNDATION

A principios de 1997 el COORDIPLAN presento a la Sra. Ayako Sono representante de la Nipón Foundation un proyecto para financiar las esterilizaciones por medio de las intervenciones quirúrgicas de ocho sub regiones seleccionadas del Perú de las cuales seis básicamente eran de la selva. Así lo demuestra el oficio DGSP _ DSP – PF N° 1657 - 1998

Así es como la Nipón Foundation en su calidad de Fundación, financia y evalúa el proyecto de Planificación Familiar y Reproductiva. El encargado en el Ministerio de Salud de coordinar y enviar las evaluaciones a esta institución, fue el Dr. Jorge Parra Vergara, y de manejar el financiamiento el Dr. Augusto Meloni.

El llevar a cabo este proyecto de Emergencia y Contingencia AQV con la Nipón Foundation, tuvo mayor implicancia luego de que se firmara el convenio, ya que fue el mismo presidente de la republica, quien a través del Ing. Jose Kamilla Teruya, secretario general de palacio, manifestase por medio de oficio N° 129 –97-SGPR, *“...es exigencia del Presidente de la Republica, Alberto Fujimori Fujimori, la realización de este nuevo proyecto directamente con las sugerencias enviadas a través de un fax - adjunto- del Sr. Aritomi. Ello se llevara a cabo con la asesoría del Dr. Eduardo Yong Motta...”*.

Al querer tener una comunicación directa con esta institución nos pidieron canalizarla por medio del Ministerio de Salud del Perú, sin contestar ninguna de nuestras interrogantes.

Una fuente japonesa proporcionó el proyecto presentado a fines de 1996 enviado desde Perú, el cual se titulaba Estrategia Focalizada De La Lucha Contra La Pobreza 1996 – 2000. Cuyo objetivo principal era, atención a la demanda de salud integral y salud reproductiva en zonas priorizadas de la selva peruana. Fueron 419 distritos elegidos por el Ministerio de la Presidencia Peruano³⁰, de Amazonas, Bagua, Junín, Ucayali, Loreto, Huanuco Madre de Dios.

El presupuesto, anual inicial fue de \$ 2 062,800 millones de dólares³¹ y el énfasis estuvo en el equipamiento cuya programación fue de US\$ 1'263,188 e infraestructura con un monto programado de US\$ 192,429, año a año los gastos se dieron de manera ascendente.

Para efectos de esta investigación es interesante conocer que en propaganda engañosa se invirtió 11,934.00 nuevos soles anuales, donados solo por esta institución.

SOBRE EL PLAN VERDE³²

La Comisión considera importante dar a conocer estas investigaciones porque posee valor ilustrativo, para profundizarlas si es estimado conveniente y además porque el denominado PLAN VERDE -sobre el cual la Comisión no se pronuncia- es significativo para un futuro estudio acerca de su validez.

LAS FUERZAS ARMADAS Y EL AQV

Según los testimonios recogidos, desde 1994 un grupo de 25 militares asimilados pertenecientes al ejército, la marina, la fuerza aérea y la policía nacional, fueron reclutados y

³⁰ Evidencia N° 1 Relación de centros modelos y módulos propuestos, dentro del proyecto enviado.

³¹ Evidencia N° 1 Marco Presupuestal para Perú en 1999 enviado de la Nippon Foundation

³² *“Ha quedado demostrado la necesidad de frenar lo más pronto posible el crecimiento demográfico y urge, adicionalmente un tratamiento para los excedentes existentes utilización generalizada de esterilización en los grupos culturalmente atrasados y económicamente pauperizados. Sin estas cargas innecesarias, se facilitaría el acceso de grupos familiares débiles a cierto niveles de bienestar... Los métodos compulsivos deben tener sólo carácter experimental, pero debe ser norma en todos los centros de salud la ligadura de trompas” (Revista Oiga, 12-7-1993, Primicia Excepcional “Historia de una Traición, Muchos misterios quedarán revelados al conocerse el Plan Militar que se consolidó el 5-4-92)*

destacados a laborar en un Proyecto de Estado; este proyecto fue denominado Plan de Contingencia y Emergencia AQP.

Estos militares, en su mayoría médicos, tenían como misión estudiar, analizar y crear un proyecto que frene las altas tasas de natalidad a nivel nacional. Para optimizar esta labor la delegación de militares, realizó cursos en Japón y Estados Unidos, llegando a determinar que, las intervenciones quirúrgicas para la esterilización forzada debían ponerse en marcha *“...aplicar un plan que pretenda la eliminación del excedente poblacional y los sectores nocivos de la población. Consideramos a los subversivos y a sus familiares directos, a los agitadores profesionales, a los elementos delincuenciales y a los traficantes de pasta básica de cocaína como excedente poblacional nocivo...para estos sectores dado su carácter de incorregibles y la carencia de recursos...solo queda su exterminio total”* este sustento se encuentra desde 1989, en lo que hoy se conocemos como Plan Verde; Esto mismo, sirvió de base a los militares destacados a elaborar el Plan de Contingencia y Emergencia AQP (P.C.E.).

Entre otros puntos el P.C.E extrae del Plan Verde, *“...ha quedado demostrada la necesidad de frenar lo mas pronto posible el crecimiento demográfico y urge, adicionalmente, un tratamiento para los excedentes existentes, elevando la, utilización generalizada de esterilización en los grupos culturalmente atrasados y económicamente pauperizados. Sin estas cargas innecesarias, se facilitaría el acceso de grupos familiares débiles a ciertos niveles de bienestar...”*.

La fusión entre las labores de Planificación Familiar del MINSA y el grupo de militares, se llevó a cabo a través de la Casa Militar de Palacio de Gobierno.

Esta estuvo a cargo, entre 1995 y a diciembre de 1998, del General Ejército Peruano, Nazario Mercado Zedano, quien al respecto del Programa de Planificación Familiar y Reproductiva, dice hoy no tener conocimiento, pero los hechos lo desmienten, ya que estos mismos hacen figurar a esta entidad como la encargada de comprar el material quirúrgico necesario para efectuar las campañas de Esterilización Masiva, así mismo, como el ente que gestiona el envío de técnicos expertos que se encargaran de la supervisión y evaluación del control de

calidad del programa³³, como consta en el oficio SA-DM-N° 0284 98. Todo cabe indicar que estos equipos humanos se encontraban integrados por el cuerpo militar preparado para la misión.

De otro lado el entonces ministro Marino Costa Bauer alcanza al presidente Fujimori, bajo oficio SA – DM – N° 0722-97, los cuadros estadísticos del programa de planificación familiar del periodo junio – diciembre, ahí el contundentemente informa “...se muestra un incremento a partir de junio debido a la producción y respaldo de las fuerzas armadas y policiales, tanto en lo relativo a ligadura de trompas como a vasectomía, esto como consecuencia de la permanente coordinación con estas instituciones...”. Con ello justifican la presión de las fuerzas armadas a la población civil, la misma que estaba siendo denunciada por la iglesia, organizaciones de derechos humanos y por algunos medios de comunicación.

Las jornadas con los directores de las DISAs y los encargados del Programa De Planificación Familiar, según los testimonios de estos últimos, eran integradas por representantes de las fuerzas armadas, los mismos que les dictaban charlas de las estrategias a aplicar para el desarrollo de estas campañas, “...desde un inicio nuestras reuniones se dieron con personal militar, esos médicos nos dictaban las charlas...” Obstetriz NN. En estas mismas Jornadas recibían ordenes personales y expresas del Ex Presidente Alberto Fujimori³⁴.

TESTIMONIOS DE CORONEL NN

También incluimos el contenido de la conversación sostenida con un Coronel NN y que por obvias razones se mantiene la reserva de su nombre.

El Coronel afirma que el libro del Plan Verde ha sido “manipulado, lo que ahora circula no es el libro completopero si existió”. Relata que en una reunión de trabajo, el Presidente Fujimori, a un Director al decir que las metas en su zona era casi imposible cumplirlas, enfáticamente le dice o lo cumple o se va.

Que por la fuerza completaban metas que eran reportadas directamente a Fujimori.

³³ SA-DM-N°0284-98

³⁴ Informe N°001-CPPF-UTS-JAUJA

Que personalmente el Coronel conversó en el MINSA con los señores Gustavo Araujo y Meloni con respecto a este tema “ellos manejaban dinero, planeamientos, estrategias, órdenes y demás”.

Que Meloni tenía vínculo con el SIN sin precisar que se impartió la orden.....todo hablado nada escrito en el SIN.

Que los militares fueron (25 de ellos) preparados para ejecutar el Programa de Contención en Salud Reproductiva, desde junio del 94 con cursos en Japón-USA.

En una de las preguntas responde:

“Mira, directamente Joy Way tuvo que ver con esto....,él, de la mano con el COORDIPLAN a cargo de Yong Motta y Nagahata...”.

Que el general Mercado tenía potestades de Ministro, durante el auge de la campaña.

Que sí es cierto que se les dió medicamentos que habían expirado.

“Todos estos cargos eran manejados por metas, si cumplías las metas eras un buen promocional y si no cumplías te ibas, Fujimori lo decía en las reuniones a las que asistíamos”.

VIOLACION EN EL MUNDO ASHANINKA Y NOMATSIGUENGA

Para tener un acercamiento con el mundo Ashaninka y Nomatsiguenga, llegamos hasta el cruce del Río N con el Río Tambo, en la localidad de Puerto Ocopa en el departamento de Junín. Y así, en un breve y cauteloso acercamiento con sus pobladores quienes eran representantes 9 organizaciones que cuenta con mas de 60 comunidades nos congregaron y esta es su historia.

En cada una de estas organizaciones se encuentran alrededor de 3000 mujeres las cuales no han accedido a una educación, ellas fueron el blanco de promotores de salud, quienes después de haber ganado su confianza y la de sus maridos, les comunicaron, pidiéndoles de esa manera el permiso pertinente, que llegarían hasta sus zonas las Brigadas De Salud– las mismas que hasta ahora intentan entrar en las comunidades- las cuales tenían como objetivo realizarles un chequeo de salud básico, así es como estas mujeres partieron desde comunidades, muy alejadas, muchas de ellas a tres días de camino y deslizador, llegando a estas Ferias De Salud y permitiendo que los médicos las revisen.

Immensa fue su sorpresa cuando en las charlas que se impartían se les explicaba lo que se les iba a realizar, As 1“...nos dijeron que nos iban a amarrar y que después de 10 años

podríamos tener hijos de nuevo, le pregunte si iba a doler, dijo que no, pero hasta ahora me duele...”, As 2 “... yo le pregunte al doctor que, que tenia si nosotros íbamos para que nos revise, no para que nos castre....entonces a mis compañeras las convencieron...también a los jefes de las comunidades porque se nos prometió hacernos un hospital...” As 1 “...pero como le dijimos a nuestra compañera, solamente es por 10 años...”

Una vez mas el engaño tomó a este grupo de mujeres y de varones que sin conocimiento de lo que realmente se les realizaría, se sometieron bajo promesas que como ya es común nunca fueron cumplidas.

Alrededor de 25 mujeres y 6 varones fueron intervenidos ese día. Se conoce que en esa y en otras zonas se repitió el episodio, pero no se tiene una estadística clara al respecto.

La explotación, la utilización, de la ignorancia y de la ingenuidad que nuestra gente fue mas allá.

Periodista : ¿ En que consistieron estas promesas?

SANTIAGO CORTORICON :- ALCALDE DEL VALLE DEL TAMBO – Vino un representante de la Nippon Foundation junto con un representante del ministerio de salud y me dijeron que si dejaba ingresar a las brigadas de salud entonces ellos me instalarían un hospital moderno para la atención de mi gente.

Periodista: Te dijeron quien daría el dinero para hacer este hospital.

CORTORICON :A nosotros no, a los del ministerio el proyecto japonés quedo en dar el dinero y hacer el hospital, pero no hizo nada y ya vez tenemos aparatos que no funcionan.

Periodista : Y porque llegaron esos instrumentos médicos acá

CORTORICON :Porque con mis regidores les dije que vayan trayendo algo para poderles creer y ya vez me trajeron estas máquinas que no sirven, ellos nos mintieron.

Periodista: Y cuando te diste cuenta que les estaban mintiendo dejaste de prestarles la ayuda para que no ingresen al valle

CORTORICON :No, fue cuando nos dijeron que estas eran castraciones... pero ya muchos se la habían hecho, la mayoría autoridades pensando que era de verdad que nos harían, los japoneses, el hospital y además pensando que es cierto que después de 10 años nos desamarraban, Antúnez un regidor le pregunto a uno de los médicos que nos daba la charla si era cierto y el medico nos dijo a todos que si, que voy a saber yo que el medico nos esta mintiendo.

Periodista: Como te enteraste que las castraciones, como tu las llamas, no serian por 10 años

CORTORICON :Así se corrió la voz

La verdad es que la voz no se corrió, lo que sucedió es que sendero peinó la zona diciéndole a las comunidades lo que realmente se les estaba haciendo, y fue el mismo sendero que amenazo a las brigadas en octubre de 1998 para que no regresen por estas zonas. al llegar esta noticia a la DISA Junín esta solicito ayuda a las fuerzas armadas entonces las brigadas partieron con protección militar hacia la zona del Ene, pero la población no respondió a sus promotores de salud y la presión fue rebatida en un enfrentamiento entre sendero y las brigadas medico – militares, no se reportaron victimas, pero si se tomaron represalias.

Luego de ello la ayuda médica por medio de la DISA y alimentaría por medio de PRONAA, a estas poblaciones, se restringió.

Como en todos los pueblos visitados, los Ashaninkas y Nomatsiguengas, nos cuentan cuales son sus temores y los cambios que a raíz de esto se ha generado en su sociedad. Por un lado se encuentran atemorizados ya que consideran que estas intervenciones son las que les ha generado el cáncer, como lo narra Judith Jumanga Jacinto, dirigente de las mujeres Ashaninka y Nomatsiguengas, *“... antes nosotras no nos enfermábamos, de ahí,- refriéndose a la vagina-, después de esas operaciones empezamos , nos dio infección y ahora una de las que se opero, profesora ella, tiene cáncer de trompas, nunca antes, porque ahora...”*, *“...a todas las que estamos acá nos duele la cintura, la cabeza, porque pues...., tu doctor-refriéndose al medico de la comisión- nos dice que no tiene que ser así, dice que estas ligaduras no nos deben doler, explíquenos porque pues...”*. Mas adelante nos refiere, *“...y en nuestras comunidades muchas se han puesto mas calientes y ahora están como liberales,*

como locas y sus esposos se molestan pues...” As 3 “...además muchas fuimos a ver no mas y nos exigieron hacernos el amarre y no le preguntamos al esposo y por eso les han dejado...” . Los varones han abandonado a sus esposas, por lo ya narrado, generando ello problemas en las comunidades pues son estas las que deben asumir la sobrevivencia de las familias.

Así mismo, recepcionamos las quejas de mujeres y varones que presentaban, iguales patologías a las encontradas en el mundo andino, dolores de cabeza y de cintura, además de, adelgazamiento sin premeditación, los mismos que generan el temor en la población ya que para su entender esto puede terminar en un cáncer, ya que son atendidos por diversos médicos, los cuales no encuentran, ni respuesta ni solución, a esas dolencias. Se encuentran resentidos con el sistema de salud del país ya que este no supo respetar sus métodos naturales para el cuidado en su reproducción.

Samuel Diques alcalde de la comunidad de Yarina, en el distrito de Palcasu departamento de Pasco, denunció que en su zona se realizaron diversas campañas. Que los promotores debían llevar a 12 pacientes por mes y que en flor de un día los comuneros fueron obligados *“...de puerto Victoria partió un deslizador, con una brigada de salud, a los dos días ya nos enteramos que habían obligado a los compañeros de Flor de un Día...ellos no querían pero los asustaron, sin alimentos se van a quedar les dijeron...ahora tristes andan no mas sin hijos pues”* Resultado de eso Yenigno Tomas, quien había sido promotor de Salud de esa zona por 14 años fue expulsado con su familia de la zona del Río Palcasu.

A través de un comunicado, ARPI, que es la Asociación Regional de Pueblos Indígenas de la Selva Central, dio a conocer a nivel internacional mediante un congreso en las Naciones Unidas lo siguiente, *“... las comunidades nativas del Valle de Pangoa, pertenecientes a los pueblos indígenas Ashaninkas y Nomatsiguengas, sufrieron la atroz vulneración de sus derechos humanos fundamentales así como el avasallamiento de su derecho como pueblo, a vivir y a fecundar en el pleno ejercicio de sus derechos humanos e indígenas. Por ello es de suma importancia la búsqueda de formas de reparación y de la anhelada paz para este pueblo, pase por la atención de estos derechos.”*

El convenio 169 de las Naciones Unidas y la OIT que establecieron, que al aplicar medidas, los gobiernos deberán consultar a los pueblos interesados, mediante procedimiento.

3.2.1 PROPAGANDA ENGAÑOSA

El grueso del público objetivo es analfabeto y en un 90% quechua, aymara, ashaninka, nomatsiguenga, y de otras 65 etnias las cuales manejan sus propias lenguas, alrededor de 13 familias lingüísticas, siendo el castellano solo entendido -y no en todos los casos- por los dirigentes de las comunidades, por lo que, la propaganda que el ministerio emitió era, y consta en las pruebas, en castellano salvo un solo video que fue en quechua, pero que como ampliarse más adelante también es considerado como engañoso por su desarrollo.

Pero si esto no sustenta, según el material recopilado, existió una, violación a la fe pública al no brindar a los conceptos usados las características que podían ser comprendidas y entendidas por el público objetivo. partiendo del concepto básico, ligar trompas, ligar significa, amarrar, atar, anudar, para el campesino común lo que entendió es que se amarraría a sus esposas por un tiempo determinado y cuando ellos decidieran se desamarraban, como lo dicen los testimonios recogidos. la palabra definitivo no es usada ni en el mundo andino, ni en el indígena, ni en el afro peruano, por lo que el concepto no fue comprendido. al realizar las averiguaciones del caso, encontré que, el reducido público que comprende y lee el castellano, ni siquiera habían tomado en cuenta esta palabra. se pudo haber utilizado estéril - infecundo, ya que estos conceptos tiene relación con la tierra, la misma que es generadora de su vida.

Usaron vocablos sugestivos como gratis³⁵, sin preocupaciones, sencillo, entre otros, los mismos que se emplean para vender diversos productos del mercado comercial, olvidando la esencia de un programa salud. la publicidad, cuyo concepto es diferente al de propaganda, nos invita a usar los vocablos sugestivos ya que se busca crear una necesidad en el producto que se oferta, ¿y que mejor para ello, si gratis uno puede probar o degustar el artículo?. si analizamos una publicidad, al usar, que utilice la palabra gratis veremos que este producto ingresa al mercado masivo. en resumen, al desvirtuar el concepto esencial de la propaganda veremos que este público objetivo estuvo inmerso en una propaganda engañosa.

³⁵ Como lo especifica la Resolución Ministerial N°572-95-SA/Dm

LOS CANALES USADOS

❖ VIDEO

Contamos con un video de Ligadura de trompas en versión quechua, el mismo que explica e manera sesgada lo que esta intervención significa para las mujeres andinas.

Expresa en formas técnicas lo que se les realizara dejando a un lado el aspecto social, el cual es determinante para que esta población tenga un concepto global de lo que va a significar el realizarse un Corte de Trompas o una Vasectomía, un concepto que enfoque, que no tener hijos implica según sus costumbres y tradiciones, no ser fértil, no tener mayor cantidad de manos que laboren la tierra, que cuando sus hijos se marchen ya no podrán concebir, entre otros.

Debemos considerar que el canal usado no es el adecuado ya que los receptores no cuentan en sus casas con un televisor y no forman parte de sus costumbres, por lo tanto no se comprenderá el mensaje en la amplitud que debería.

Además aunque en los diversos centros de salud se nos dijo que este video se había propalado durante toda la época de las campañas, lo cierto es que este fue elaborado en julio del 2000.

El publico objetivo, no tiene al castellano como lengua materna, los funcionarios del MINSA encargados de realizar la propaganda para el programa de planificación familiar, sabía que este publico también es analfabeto³⁶ o en el mejor de los casos han cursado la primaria incompleta. En términos estadísticos según INEI un 42%, de esta población, carece de instrucción, el 49% tiene un nivel primario, el 16% secundario y el 2.5 superior.

❖ FOLLETOS

Los pocos que hemos podido recoger, de aquella época, mencionan de manera casi irrelevante que este método es definitivo sin ahondar en el concepto, el cual ya hemos desarrollado anteriormente, además magnifican el concepto de gratuito. Así también se menciona, “...luego de la ligadura o vasectomía encontraras la felicidad...”, manipulando

³⁶ Adjunto oficio N° 0474-01 CTAR por medio del cual se detalla el grado de instrucción de las personas intervenidas.

la decisión. Un folleto sobre vasectomía fue asistida técnicamente por la Universidad Johns Hopkins/Servicios de Comunicación en población, USAID, MINSA.

❖ AFICHES y POSTERS³⁷

Los afiches aluden a que la Ligadura de trompas es un método permanente sin explicar ni ahondar en el concepto de permanencia. Además cita a que una familia es pobre por tener muchos hijos, y que los padres que tienen muchos hijos son culpables de su pobreza. Y que aquellos que planifican su familia son responsables, y los que no, son irresponsables.

❖ SPOTS RADIALES

Los mismos que a pie de letra nos dicen “...*gratis, gratis ven a tu centro de salud y amárrate para no tener mas hijos y ser un trome*”, nada mas nos dice el spot. El análisis en este caso salta a la evidencia.

Bajo estas pruebas se determina que se utilizó una propaganda engañosa , esta manipulación y engaño son producto de un delito de violación a la fe publica en términos legales un delito contra la fe pública.

La publicidad engañosa como tal guarda concordancia con las normas legales establecidas en la ley de defensa del consumidor, ya que en este acto se ocultaron sus verdaderos efectos para ofreciéndolos como alternativa comercial.

Los hechos, materia de este informe se circunscriben en lo referente al “abuso de autoridad” relacionado con los funcionarios que tuvieron a su cargo las propagandas, que en muchos casos excedieron sus funciones, engañando a las personas frente a los hechos reales.

la propaganda engañosa es legislada por las leyes peruanas, la constitución de 1993 contempla que Indecopi es el mecanismo y la institución que vela porque no se cometa este delito, a continuación un extracto de esta ley, que como podemos analizar recae en las instituciones que invirtieron en este tipo de propaganda, nos referimos a, Nippon Foundation

³⁷ Ver Fotografías en Anexos

quien invirtió anualmente desde 1997 11,934.00 nuevos soles³⁸, MINSA, USAID, CARE PERU, POPULATION COUNCIL, FRONTIERS, PRISMA y APROPO³⁹.

“ ... La finalidad de la legislación sobre competencia desleal no es incentivar la permanencia en el mercado de empresas ineficientes que no responden a los retos que implica interactuar en un mercado competitivo y, finalmente, pueden terminar siendo eliminadas del mercado...”

“...El Artículo 7 de la ley señala que son actos de competencia desleal los destinados a crear confusión, reproducir, imitar, engañar, inducir a error, denigrar, desacreditar la actividad, productos, prestaciones o establecimientos ajenos, efectuar comparaciones inapropiadas, violar secretos de producción o de comercio, aprovechar indebidamente la reputación ajena y, en general, cualquier acto que por su naturaleza o finalidad pueda considerarse análogo a los tipificados en la referida norma...”

“...Por lo expuesto, al momento de interpretarse las normas contenidas en el Decreto Ley N° 26122, Ley sobre Represión de la Competencia Desleal, así como en el Decreto Legislativo N° 691, Normas de la Publicidad en Defensa del Consumidor, y en su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 20-94-ITINCI10, INDECOPI tendrá en cuenta los principios y criterios generales a los cuales se ha hecho referencia en los párrafos precedentes, con el fin de evitar la desnaturalización de las normas legales vigentes...”

LAS ENCUESTAS⁴⁰

Este es un instrumento que se incluyó en la investigación para saber que medio de comunicación era el preferido por el MINSA para dirigir las propagandas, la respuesta es contundente la radio, pero lo alarmante es que para trabajar con ellas y poderlas presionar se utilizó el canje tributario según los testimonios de trabajadores, dueños.

Así mismo podemos destacar que existen casos en donde las ordenes para emitir estas propagandas venían de los municipios. Que en la mayoría de los periodistas se mantuvieron

³⁸ Adjunto propuesta de proyecto de 1999.

³⁹ Adjunto a Anexos folletos que se repartían.

⁴⁰ Adjunto un número pequeño de las mismas.

al margen sin realizar ni investigaciones, ni denuncias al respecto debido a la estrategia usada por el gobierno central, de canje tributario.

3.3 PSICOSOCIALES

Este informe contiene la confirmación de algunos hallazgos ya conocidos por otras investigaciones elaboradas, contiene también los principales factores causales y propuestas de reparación de los problemas detectados en la investigación elaborada por las suscritas quienes integran el equipo de Apoyo de la Comisión AQV del Perú.

La información recogida procede de 07 departamentos del Perú: Cuzco - Puno - Huánuco – Junín –Piura- San Martín- Ancash. Hasta el 10 de Mayo se alcanzó un total de 178 registros, casos que han sido evaluados tanto en el área Psicológica como Social.

Muchos de éstos casos han sido sustentados adicionalmente por testimonios de los afectados y/o de familiares u otros testigos.

RESULTADOS

ESCALA DE DEPRESIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR LA ANTICONCEPCIÓN
QUIRÚRGICA VOLUNTARIA
CUZCO-PERÚ 2002

ESCALA DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Hay Depresión (somatizaciones)	48	57.83%
Depresión Leve o Moderada	23	27.70%
Depresión Mayor	11	13.25%
Depresión Mayor muy Severa	1	1.20%
TOTAL	83	100%

Indudablemente, este cuadro permite apreciar mayores diferencias entre los grupos investigados, los porcentajes mas altos obtenidos se ubican en la escala de “No Hay Depresión (somatizaciones)” 57.83% mientras que 27.7% se ubica en depresión leve o moderada (menos que mayor).

Sin embargo un 13.25% corresponde a la escala de depresión mayor y 4.2% de la muestra evidencia cuadro de depresión mayor muy severa.

Si merece destacar que una de la mujeres se ve afectada con una depresión mayor muy severa.

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR LA ANTICONCEPCIÓN
QUIRÚRGICA VOLUNTARIA O AFECTADAS POR LA APLICACIÓN DE LA T DE
COBRE SIN CONSENTIMIENTO
PUNO-PERÚ 2002**

ESCALA DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Hay Depresión (somatizaciones)	6	75.0%
Depresión Leve o Moderada	--	--
Depresión Mayor	--	--
Depresión Mayor muy Severa	2	25.0%
TOTAL	8	100%

De la gráfica expuesta debe considerarse que de los 8 casos evaluándolos 2 de ellos si fueron intervenidos quirúrgicamente (Esterilización Tubárica). Mientras que a 6 les colocaron "T" de cobre sin consentimiento. Dichos datos merecen ser destacados por considerarse violaciones de derechos humanos.

Si bien el 75% no muestra depresión alguna, el 25% presenta Depresión Mayor muy severa.

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR ANTICONCEPCIÓN
QUIRÚRGICA VOLUNTARIA HUANUCO-PERÚ
2002**

ESCALA DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Hay Depresión (somatizaciones)	7	25.0%
Depresión Leve o Moderada	16	57.14%
Depresión Mayor	5	17.86%
Depresión Mayor muy Severa	--	0%
TOTAL	28	100%

Al análisis de los resultados vemos que el 57.14% presenta depresión leve moderada, el 17.8% depresión mayor y en menor proporción el 25% no presenta depresión alguna.

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE MUJERES AFECTAS POR LA ANTICONCEPCIÓN
QUIRÚRGICA VOLUNTARIA
JUNÍN-PERÚ
2002**

ESCALA DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Hay Depresión (somatizaciones)	2	10%
Depresión Leve o Moderada	9	45%
Depresión Mayor	9	45%
Depresión Mayor muy Severa	0	0%
TOTAL	20	100%

De los casos evaluados 45% presenta depresión leve o moderada, 45% presenta depresión mayor y solo el 10% no presenta depresión alguna.

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA DE
CUZCO – PUNO – HUANUCO – Junín**

2002

DEPARTAMENTO	NO HAY DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE O MODERADA	DEPRESIÓN MAYOR	DEPRESIÓN MAYOR MUY SEVERA	TOTAL
CUZCO	48	23	11	1	83
PUNO	6	0	0	2	8
HUANUCO	7	16	5	0	28
JUNÍN	2	9	9	0	20
TOTAL (N)	63	48	25	3	139
TOTAL (%)	45.32%	34.53%	17.99%	2.16%	100

HUARAZ - PERÚ

2002

ESCALA DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No hay Depresión (somatizaciones)	7	78%
Depresión Leve o Moderada	0	0%
Depresión Mayor	1	11%
Depresión Mayor muy Severa	1	11%
TOTAL	9	100%

El cuadro presenta que el 78% de los evaluados no presentan signos depresivos comparables a una depresión. Sin embargo hay un 11% que corresponde a un cuadro de Depresión Mayor Depresión Mayor Severa respectivamente.

SAN MARTIN -PERU

2002

ESCALA DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No hay Depresión (somatizaciones)	2	20%
Depresión Leve o Moderada	5	50%
Depresión Mayor	2	20%
Depresión Mayor muy Severa	1	10%
TOTAL	10	100%

El 50% de los evaluados presentan rasgos comparables a una Depresión Leve Moderada y un 10% corresponde a una Depresión Mayor muy Severa.

PIURA - PERÚ

2002

ESCALA DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No hay Depresión (somatizaciones)	5	33%
Depresión Leve o Moderada	7	47%
Depresión Mayor	3	20%
Depresión Mayor muy Severa	0	0%
TOTAL	15	100%

El 47% presenta rasgos correspondientes a una Depresión Leve Moderada y un 20% presenta rasgos comparables a una Depresión Mayor.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE MUJERES AFECTADAS POR
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA DE
HUARAZ- SAN MARTÍN - PIURA

2002

DEPARTAMENTO	NO HAY DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE O MODERADA	DEPRESIÓN MAYOR	DEPRESIÓN MAYOR MUY SEVERA	TOTAL
HUARAZ	7	0	1	1	9
SAN MARTÍN	2	4	4	1	11
PIURA	4	7	3	0	14
TOTAL (N)	13	11	8	2	34
TOTAL (%)	38%	32%	24%	6%	100%

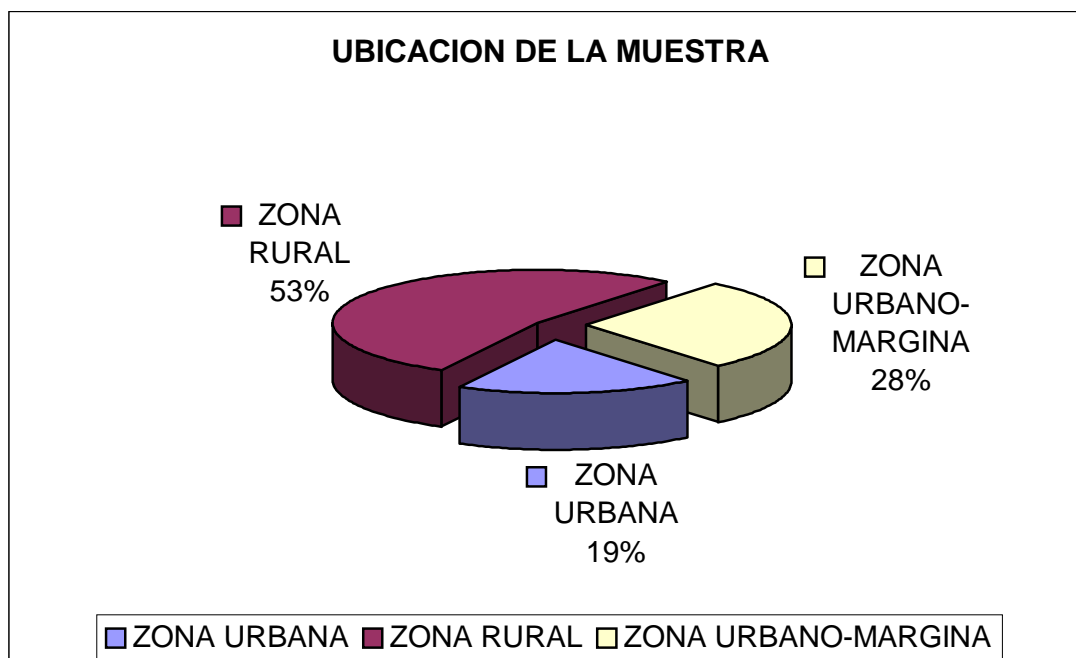
El 38% de los evaluados no presentan rasgos de Depresión. En cambio el 32% tiene signos comparables con una depresión leve moderada, un 24% corresponde a una depresión mayor y 6% a una depresión mayor muy severa.

Características Socio Familiares

LUGARES DE UBICACIÓN DE LA MUESTRA

DEPARTAMENTO	ZONA URBANA	ZONA RURAL	ZONA URBANO MARGINAL	TOTALES
CUSCO	9	67	7	83
PUNO	7	1	0	8
ANCASH	5	3	12	20
SAN MARTIN	0	3	4	7
JUNIN	4	12	4	20
HUANUCO	8	9	12	29
PIURA	0	0	11	11
TOTAL	33	95	50	178
PORCENTAJE %	19	53	28	100

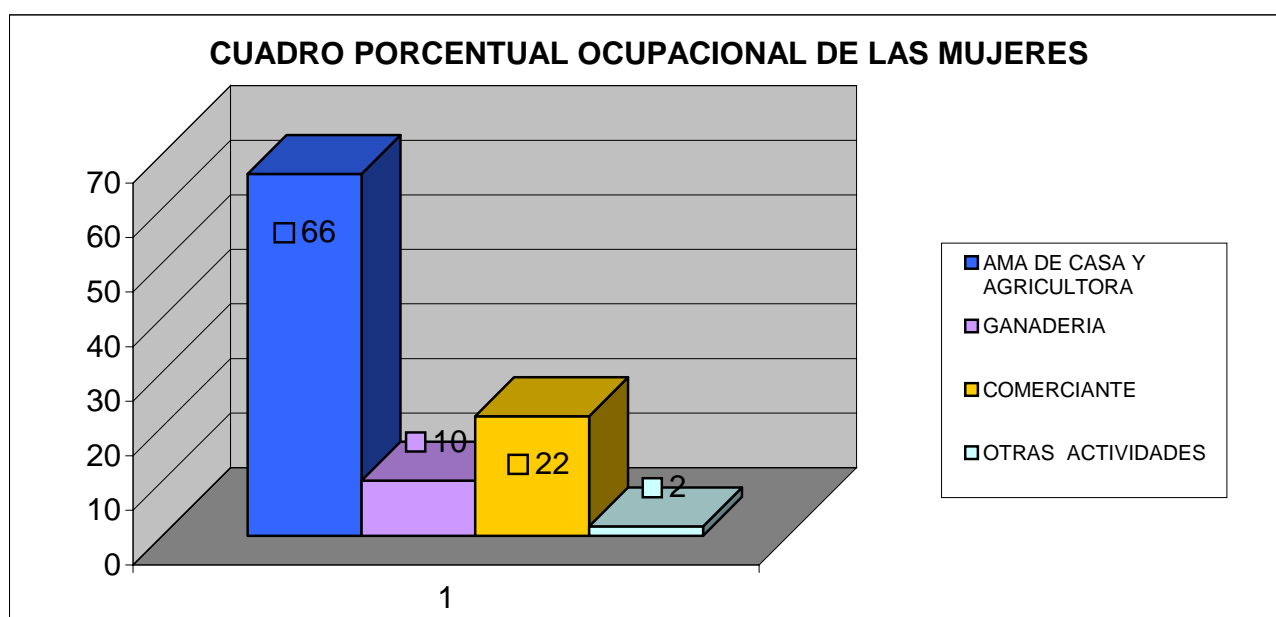
El 53% de las mujeres que se sometieron al AQV pertenecen a la zona rural, lo cual nos indica que el área rural siguen siendo un sector deprimido y olvidado, seguido con un 28% por la zona urbano marginal



CUADRO OCUPACIONAL DE LAS MUJERES SOMETIDAS AL AQV

DEPARTAMENTO	AGRICULTURA	GANADERIA	COMERCIANTE	OTRAS ACTIVIDADES	TOTAL
Cusco	84	18	14	0	116
PUNO	2	0	4	0	6
ANCASH	12	0	8	1	21
SAN MARTIN	1	0	1	0	2
Junín	2	0	4	1	7
HUANUCO	17	0	7	1	25
PIURA	0	0	1	0	1
TOTAL	118	18	39	3	178
PORCENTAJE	66	10	22	2	100
	%	%	%	%	%

El cuadro demuestra que el 66% se desempeña en la agricultura, el 22% se dedica al pequeño comercio involucrándose con la ocupación principal de ser ama de casa.



MOTIVOS DE ACEPTACION DE LOS AQV. SEGÚN DEPARTAMENTOS

MOTIVOS	CUZCO	HUANUCO	ANCASH	JUNIN	PIURA	SAN MARTIN	PUNO	TOTALES
Para no tener hijos	30	16	15	16	8	5	1	91
Por carecer de medios económicos	15	7	5	2	3	2	1	35
Para recibir atención medica	11	0	0	0	0	0	0	11
Para recibir alimentos	8	3	0	0	0	0	0	11
Para ser sana	4	3	0	2	0	0	0	9
Para que no me lleve la policía	5	0	0	0	0	0	0	5
Porque era ley del gobierno	5	0	0	0	0	0	0	5
Para no pagar impuestos	3	0	0	0	0	0	0	3
Inscripción de hijos	2	0	0	0	0	0	0	2
No respondieron								6
Total encuestas	83	29	20	20	11	7	2	178

NUMERO DE HIJOS POR MUJER

DEPARTAMENTO	De 1 a 2	De 3 a 5	De 6 a 8	De 9 a más	TOTALES
CUSCO	10	54	17	2	83
PUNO	0	6	2	0	8
ANCASH	6	11	3	0	20
SAN MARTIN	2	4	1	0	7
JUNIN	6	11	3	0	20
HUANUCO	3	20	6	0	29
PIURA	0	10	1	0	11
TOTALES	27	116	33	2	178
PORCENTAJE	15%	65%	19%	1%	100%

El 65% refleja que el mayor porcentaje de número de hijos son entre 3 y 5; el 19% tiene entre 6 a 8 hijos.

EDAD DE MUJERES CUANDO FUERON INTERVENIDAS

DEPARTAMENTO	De 15 a 19	De 20 a 24	De 25 a 29	De 30 a 34	De 35 a 39	De 40 a 44	De 45 a 50	TOTAL
CUSCO	0	3	19	22	30	9	0	83
PUNO	0	0	0	1	0	1	0	2
ANCASH	0	1	7	2	6	4	0	20
SAN MARTIN	0	0	2	2	2	1	0	7
JUNIN	0	4	11	3	2	0	0	20
HUANUCO	0	0	2	9	9	9	0	29
PIURA	0	1	4	3	2	1	0	11
TOTALES	0	9	45	42	51	25	0	172
PORCENTAJE	0	5.2	26.1	24.4	29.6	14.5	0	100

En la mayoría de los centros poblados donde se realizó el estudio pertenece a provincias con tasas globales de fecundidad.

El Cuadro refleja que el 29.6% corresponde a mujeres en edad de 35 a 39 años y el 26.1% de 25 a 29 años y el 24.4% a mujeres de 30 a 34 años, la cual nos indica que el 55.7 % de mujeres son menores de 35 años.

MUJERES QUE USARON MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ANTES DEL AQV

DEPARTAMENTO	MÉTODO DE HORMONOTERAPIA		MÉTODO INTRAUTERINO	OTROS	NADA	TOTAL ES
	INYECCION	PILDORAS	T. DE COBRE Y DIU			
CUSCO	7	4	11	19	42	83
PUNO	0	0	6	0	2	8
ANCASH	2	5	2	2	8	19
SAN MARTIN	0	2	3	0	2	7
JUNIN	0	0	4	5	11	20
HUANUCO	7	1	8	10	3	29
PIURA	2	5	4	0	1	12
TOTALES	18	17	38	36	69	178
PORCENTAJE	10	10	21	20	39	100
	%	%	%	%	%	%

El 39% del total no usó ningún método anticonceptivo, los mismos que al parecer fueron captadas para ser sometidos al AQV. El 20% de las mujeres usaban métodos tradicionales fundamentalmente el **ritmo calendario** y en menor medida hierbas o una combinación de ambas.

El 41% usaba algún método de los llamados “modernos” siendo la T de cobre el más usado.

CONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE AQV

DEPARTAMENTO	CONYUGE CON CONOCIMIENTO DEL AQV			MUJERES CON SINTOMAS Y CONDUCTAS POST AQV								
	SI	NO	NO CONTESTA	TOTAL	NERVIOSA	TRISTE	ABURRIDA	LLANTO	CONFLICTOS	CONFLICTOS	NO REFIEREN NINGUNA	TOTAL
									C/ESPOSO	C/HIJOS		
CUSCO	62	21	0	83	13	5	19	2	6	10	28	83
PUNO	1	7	0	8	0	0	0	0	0	0	8	8
ANCASH	14	6	0	20	3	2	3	1	3	1	7	20
SAN MARTIN	5	2	0	7	2	0	2	0	1	0	2	7
JUNIN	19	1	0	20	11	2	1	0	0	0	6	20
HUANUCO	26	2	1	29	3	2	2	0	3	0	19	29
PIURA	7	3	1	11	2	1	0	0	0	0	8	11
TOTALES	134	42	2	178	34	12	27	3	13	11	78	178
PORCENTAJE	75	24	1	100	19	7	15	2	7	6	44	100
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

El cuadro refleja que si hubo conocimiento y autorización de la pareja en un 75% y el 24% no tenía conocimiento previo.

En cuanto a las actitudes de estas mujeres el 19% manifiestan estar nerviosas y un 15% aburridas, llama la atención que en un 44% no manifiesta ninguna actitud.

3.4 MÉDICOS

AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS

Se realizó el análisis de 2030 Historias clínicas, elegidas al azar en los diferentes establecimientos donde se realizaron actividades de AQV, de los departamentos de Lima, Ancash, Huanuco, Junín,, Cusco y San Martín.

Los resultados son los siguientes:

1. Tipo de AQV.

No se registró esta información en el 44,7% de las Historias clínicas revisadas, el 27,% fueron BTB de Intervalo, 12,5% BTB puerperal, 3,4% BTB transcesárea y 11,7% vasectomías. Porcentajes considerando a los 936 casos donde no se registró esta información.

Si exceptuamos en el análisis a los casos donde no se registró esta información , entonces tenemos un 50% de BTB de intervalo, 22,5% con BTB puerperal, 6,2% de BTB transcesárea y un 21,2% de vasectomías.

2. Consentimiento Informado.

No se encontró el consentimiento informado en el 25,1% de las 2096 Historias clínicas evaluadas, estuvieron incompletos en el 34,2% y sólo estuvieron completas en el 40,7%. Se consideraron incompletos cuando no cumplían con lo establecido en los manuales vigentes al momento de la intervención.

Analizando por departamentos se encontró lo siguiente : En el departamento de Ancash no se encontraron los consentimientos informados ó estuvieron incompletas en el 89,4% de las historias clínicas auditadas. En Huanuco pasó lo mismo con el 66,2% de Historias clínicas auditadas, en Junín fue el 77,2% , en San Martín el 51,2% y en Lima el 53,6%.

Se encontró también que a menor nivel del establecimiento, fue mayor la ausencia ó falla en los consentimientos informados, reflejando la menor supervisión en estos establecimientos.

Se encontró que en los establecimientos de nivel 1 fue donde no se encontró el consentimiento informado en un mayor porcentaje(40,6%) , frente al 4,2% a 28,7% en los establecimientos de mayor nivel. Sin embargo el porcentaje de consentimientos incompletos fue alto en todos los niveles de atención (20,3 al 46,9%).

Con respecto a los intervalos entre la firma del consentimiento informado y la fecha de la intervención quirúrgica, se consideró adecuado el intervalo mínimo de 72 horas vigente como *período de reflexión* desde la publicación de la Segunda Edición del Manual de Normas y Procedimientos , en Octubre de 1998; ó la presencia del formulario de exoneración al período de reflexión vigente hasta septiembre de 1999, en que entra en vigencia el último manual, el cual no considera la renuncia a dicho período.

En 1998 el intervalo fue válido en el 43,5% de las historias estudiadas, en el 1999, lo fue en el 43,5% , para el 2000 fue en el 44,5%.

El 51.19% de San Martín no cumplía con las normas del Manual de Normas para actividades de AQV.

3. Evaluación Pre-operatoria.

Se encontró que la evaluación pre-operatoria, normada en los distintos manuales, fue **ignorada ó incompleta en el 47,2%** de las 2096 historias clínicas auditadas. Este porcentaje

fue mayor en el departamento de San Martín, donde alcanzó el 60,3%. En Ancash se encontró lo mismo en el 51,7%, en Huanuco en el 51,1% , en Junín en el 30,4% y en Lima el incumplimiento fue del 46,2%.

4. Reporte Operatorio.

Se encontró que no hubo reporte operatorio en el 31,9% del total de historias clínicas revisadas (2096) , estuvieron incompletos en el 35,3% y sólo estuvieron completos en el 32,8%. **Considerándose entonces una falla ó ausencia en el reporte operatorio del 67,2%.**

5. Tipo de Anestesia empleado.

De las 2093 historias clínicas revisadas, no se registró esta información en el 22,1% de las mismas, se empleó anestesia local en el 33,2%, anestesia regional en el 36,6% y general en el 8,1%. Si consideramos sólo las historias clínicas que registraron esta información, entonces tenemos que se empleó anestesia local en el 43,1% de casos, anestesia regional en el 43,3% de casos, y anestesia general en el 10,3% de casos.

En establecimientos de nivel 1 se llegó a emplear anestesia regional ó general en el 40,1% de los casos (248 casos) y simplemente no se registró esta información en el 36,6% de casos. En éstos establecimientos las actividades de AQV se realizaron a través de campañas.

6. Evaluación Médica Post-operatoria.

Desde que se normaron las actividades de AQV se estableció la evaluación médica post operatoria, la cual es tarea del cirujano. Se encontró que se cumplió adecuadamente con esta norma sólo en el 48,8% de las historias clínicas revisadas, siendo en Lima donde se registró esta actividad en mayor porcentaje : 57,7%, mucho menor en los otros departamentos : desde 44% (San Martín) hasta 16,1%(Ancash).

7. Seguimiento.

Según los manuales de normas y procedimientos , debían realizarse por lo menos un control de seguimiento entre el tercero y sétimo días postoperatorios. De las 2096 historias clínicas revisadas , se registró el seguimiento sólo en el 20,9% de casos. Analizando los datos por departamentos, se encontró consignado el seguimiento en el 27,8% de historias estudiadas en Ancash, en el 35,4% en Huanuco , en el 12,8% en Junín , el 48,4% en San Martín y el 14,6% en Lima.

Los responsables de los programas explicaron esta situación por el hecho de que la mayoría de pacientes procedían captadas de la jurisdicción de otros centros periféricos de menor nivel, donde al final se encargaban del seguimiento, no estando consignada esta información en los establecimientos donde se realizaron los AQV.

AUDITORIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Para realizar la auditoría de los establecimientos se utilizó una ficha de trabajo elaborada por la comisión AQV , registrando la información mínima que debían cumplir los establecimientos (PES) según los manuales vigentes en el momento de la realización de los procedimientos. La metodología empleada fue la visita y observación directa de los establecimientos seleccionados, registrando la información en las fichas mencionadas.

Se realizó la supervisión de los siguientes establecimientos :

1. En Lima :

- Instituto Materno Perinatal.(IMP). Nivel 4
- Hospital “ María Auxiliadora” (HAMA) Nivel 3
- Hospital Nacional “Hipólito Unanue” (HU). Nivel 3
- Hospital “Daniel Alcides Carrión” Nivel 3

2. En Ancash :

- Hospital Apoyo de Huaraz. Nivel 2
- Hospital Apoyo de Caraz. Nivel 2
- Hospital de Apoyo de Recuay. Nivel 1
- Centro de Salud de Anta. Nivel 1
- Centro de Salud de Cajacay. Nivel 1

- Centro de Salud de Chiquián. Nivel 1
- Centro de Salud de Chavín. Nivel 1
- Centro de Salud de San Marcos. Nivel 1

3. En Huánuco :

- Hospital de Tingo María. Nivel 2
- Centro de Salud de Ambo. Nivel 1
- Centro de Salud de Baños. Nivel 1
- Centro de Salud de Jesús. Nivel 1
- Centro de Salud de Pomares. Nivel 1

4. En Junín :

- Hospital de Jauja. Nivel 2
- Hospital de Satipo. Nivel 2

5. En San Martín :

- Centro Materno Infantil de Tarapoto. Nivel 1
- Hospital Nuevo Cajamarca. Nivel 2
- Hospital de Picota. Nivel 2
- Hospital San José de Sisa. Nivel 2

De los 22 establecimientos inspeccionados: uno es nivel 4, tres son nivel 3, ocho son de nivel 2,0 y once de nivel 1.

Sólo 12 de los establecimientos (54,5%) inspeccionados, donde se realizaron actividades de AQV, cumplían con los requisitos para ser considerados Punto de Entrega de Servicios de AQV, todos ellos correspondieron a establecimientos de nivel 2,3,y 4.

Ninguno de los establecimientos de nivel 1 (11 en total) cumplieron con los requerimientos mínimos necesarios para la realización de procedimientos de AQV. En el proceso de calificación de establecimientos como PES realizado entre 1998 y 1999 , ninguno de estos establecimientos calificó para el mismo.

Es importante señalar, que a pesar que desde la publicación de la primera edición del Manual de Normas y Procedimientos de AQV , se estableció la necesidad de calificar a los diferentes establecimientos donde se realizaban procedimientos de AQV, este proceso se inició en los

departamentos inspeccionados recién en 1999. Habiéndose llevado a cabo hasta entonces la gran mayoría de las intervenciones de AQV realizadas hasta la actualidad.

Del total de historias revisadas, 29,6% correspondieron a establecimientos de nivel 1, 38,1% a nivel 2, 26,6% a nivel 3 y 5,7% a nivel 4.

A pesar de no haber calificado ninguno de los establecimientos de nivel 1 como punto de entrega de servicios de AQV, ni cumplir con los criterios mínimos para la realización de intervenciones quirúrgicas, se puede observar que continuaron realizándose dichas intervenciones hasta el 2001, si bien la casi totalidad de intervenciones en éstos establecimientos se realizaron durante los años 1996 y 1997, como parte integrante de las “campañas de Salud Integral”.

EVALUACIÓN DE DAÑOS

En las 2030 historias clínicas estudiadas se reportaron 2,35% de complicaciones (49 casos).

Las cuales corresponden a :

- Infección de herida operatoria : 23 casos.
- Panmetritis – Histerectomía Abdominal total : 1 caso.
- Endometritis : 12 casos.
- Adherencias : 10 casos
- Hemorragia : 6 casos.
- Quiste anexial : 5 casos.
- Perforación de vejiga : 1 casos
- Perforación uterina : 2 casos
- Anestesia : 4 casos.
- EPI : 7 casos.
- Fiebre : 2 casos
- Hematuria : 3 casos.
- Sd. Depresivo : 2 casos.
- Falla de método : 10 casos.
- BTB fallido : 3 casos.

Es importante señalar que en uno de los establecimientos investigados : el Centro de Salud de Cajacay, se produjo una muerte : el de la señora Alejandrina Taype, quien falleció al quinto día de la ligadura de trompas, luego de ser reintervenida (Histerectomía abdominal total) por un cuadro de Pelviperitonitis al cuarto día de que fuera intervenida durante una “campaña de AQV” realizada el 24 de Septiembre de 1996, dicho caso fue investigado por la Defensoría del Pueblo, quienes en su Segundo Informe señalan que hubo relación causal entre el procedimiento de anticoncepción quirúrgica y la muerte de la paciente.

Sin embargo la Historia Clínica del procedimiento de AQV no se encontró en el establecimiento, y los responsables del programa de planificación familiar del departamento señalaron que la Historia Clínica desapareció poco después del fallecimiento, sin esclarecerse hasta hoy dichos acontecimientos. El caso permanece aún en el Primer Juzgado Penal de Ancash.

3.5 BASE DE DATOS. Se presenta en formato electrónico (Anexo 13)

3.6 EVIDENCIAS E INDICIOS⁴¹

LIMA

No. 1

Proyecto Nippon

a) Oficio No. 129-97-SGPR, 25/02/97 al Dr. Marino Costa Bauer del Secretario General de la Presidencia de la República, Ing. José Kamiya Teruya, sello Confidencial y anotación del jefe de Estado (*Nipón Foundation, Bajar costos Ad + pago a médicos, Programa en Selva*). El secretario manifiesta que “*por encargo del Señor Presidente de la República, en atención a la Propuesta de Proyecto de Atención de la Demanda de Planificación Familiar en Zonas Prioritarias, elaborada por el Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio a su cargo. Al respecto, mucho agradeceré se sirva considerar la anotación efectuada por el Jefe de Estado en el documento adjunto*”

b) Oficio SA-DM-No 0805/97 del 30 de Julio de 1997, dirigido al Presidente Alberto Fujimori por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer, “*...de acuerdo a lo solicitado por usted me*

⁴¹ Ver Anexo de Evidencias e Indicios 14

permite adjuntar la versión revisada de la propuesta del Proyecto para Planificación Familiar que podría ser financiado por la Nippon Foundation. ...Asimismo se han considerado los índices de pobreza y la tasa general de fecundidad. Cabe destacar que de las 8 Sub Regiones seleccionadas, 6 son mayoritariamente zonas de Selva. De la misma forma el documento adjunto detalla con mayor precisión el tipo de equipamiento requerido así como los costos del mismo y las demás partidas de gasto que se requiere satisfacer para poder ejecutar exitosamente el proyecto”.

c) Informe sobre uso de presupuesto de proyecto Nippon Foundation, Proyecto de Atención a la Demanda de Salud Integral y Salud Reproductiva en Zonas Priorizadas de la Selva Peruana: Comunidades Nativas, se inició con un presupuesto de US\$ 2,062,800. Se detalla la relación de comunidades intervenidas en 1) San Martín, 2)Ucayali, 3)Madre de Dios, 4)Loreto, 5)Junín (Río Tambo, Río Ene), 6)Huanuco (Pto. Inca), 7)Bagua, 8)Amazonas.

d) Alcalde Del Valle Del Tambo

“Vino un representante de la Nippon Foundation junto con un representante del Ministerio de salud y me dijeron que si dejaba ingresar a las brigadas de salud, entonces ellos me instalarían un hospital moderno para la atención de mi gente... el proyecto japonés quedo en dar el dinero y hacer el hospital, pero no hizo nada y ya vez tenemos aparatos que no funcionan.” “Porque con mis regidores les dije que vayan trayendo algo para poderles creer y ya vez me trajeron estas máquinas que no sirven, ellos nos mintieron.” “...cuando nos dijeron que estas eran castraciones... pero ya muchos se la habían hecho, la mayoría autoridades pensando que era de verdad que nos harían, los japoneses, el hospital y además pensando que es cierto que después de 10 años nos desamarraban, Antunez un regidor le pregunto a uno de los médicos que nos daba la charla si era cierto y el médico nos dijo a todos que si, que voy a saber yo que el medico nos esta mintiendo.”

e) Alcalde de la comunidad de Yarina, Valle de Palcasú.

Denunció que los promotores debían llevar a 12 pacientes por mes y que en “Flor de un día” los comuneros fueron obligados *“...de puerto Victoria partió un deslizador, con una brigada de salud, a los dos días ya nos enteramos que habían obligado a los compañeros de Flor de un Día...ellos no querían pero los asustaron, sin alimentos se van a quedar les dijeron...ahora tristes andan no mas sin hijos pues”* Resultado de eso a un promotor de Salud de esa zona por más de 14 años, lo expulsaron con su familia de la zona del Río Palcasu.

No. 2

Oficio DGSP-DPS-PF-CIRC. No. 064-97, del 22 de Mayo de 1997, del Director John Nagahata Susanibar, Director, Dirección de Programas Sociales y Programa nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud. En el punto 5. señala *Requerimos con carácter de urgencia información relativa a: ... c. La producción semanal de AQV para elaborar los reportes del nivel nacional y el cronograma de Campañas de Salud Integral correspondientes a los meses de mayo, Junio y Julio*".

No. 3

Oficio SA-DM-No. 0544/97, 06 de Junio de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Presidente de la República Alberto Fujimori Fujimori en que manifiesta: *"Como se puede apreciar de las cifras al mes de Mayo se muestra una tendencia creciente en la producción de servicio de AQV habiéndose alcanzado al cierre de dicho mes la cifra de 38, 624 AQV, lo cual significa un incremento de 36% con respecto a 1996 y de 40% con respecto al cierre de Abril de 1997"*

No. 4

Oficio SA-DM-No. 0722/97, 10 de Julio de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Presidente de la República Alberto Fujimori Fujimori en que manifiesta: *"Como podrá usted apreciar Señor Presidente se ha mantenido el incremento en la producción de servicios de AQV de acuerdo con lo previsto, ritmo que debe por lo menos sostenerse en los meses de Julio a Noviembre. En este sentido, considerando que Diciembre es un mes de baja producción debido a las Fiestas de Fin de Año debemos estar cerrando el año 1997 con un producción total bastante cercana a la meta prevista"*..

No. 5

Oficio SA-DM-No. 0818/97, 6 de Agosto de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Presidente de la República Alberto Fujimori Fujimori en que manifiesta que le hace llegar las cifras correspondientes al Programa de Planificación Familiar al cierre del mes de Julio y sólo reporta cifras de AQV. *"Como podrá*

usted apreciar, por los primeros siete meses del año se ha alcanzado un acumulado total de 64, 831 AQV, lo cual no sitúa en el 43% de la meta fijada en 150,000 para el año 1997”.

No. 6

Oficio SA-DM-No. 0020-97, 08 de enero de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Señor General de Brigada EP Nazario Mercado Zedano, Jefe de la Casa Militar del Presidente de la República en que manifiesta: *“...poner en vuestro conocimiento que la Región de Salud de Chavín y la Sub Región de Lambayeque han presentado la solicitud de apoyo con materiales médicos para apoyar el desarrollo del Programa de Planificación Familiar de los Establecimientos de Salud de sus respectivas jurisdicciones, según los anexos Nos. 01 y 02 que se acompañan al presente. El Ministerio de Salud dispone actualmene con un stock que permitiría atender a esta solicitud, por cuyo motivo, agradeceré a usted Sr. General gestionar la aprobación respectiva.”*

No. 7

Oficio SA-DM-No. 0042-97, 15 de enero de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Señor General de Brigada EP Nazario Mercado Zedano, Jefe de la Casa Militar del Presidente de la República en que manifiesta: *“...poner en vuestro conocimiento que las Sub Regiones de Salud de Pasco, Cutervo, Tacna y Lima han presentado la solicitud de apoyo con materiales médicos para apoyar el desarrollo del Programa de Planificación Familiar de los Establecimientos de Salud de sus respectivas jurisdicciones, según los anexos adjuntos. El Ministerio de Salud dispone actualmene con un stock que permitiría atender a esta solicitud; por cuyo motivo, agradeceré a usted Sr. General gestionar la aprobación respectiva.”*

No. 8

Oficio SA-DM-No. 0061-97, 20 de enero de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Señor General de Brigada EP Nazario Mercado Zedano, Jefe de la Casa Militar del Presidente de la República en que manifiesta: *“...poner en vuestro conocimiento que las Sub Regiones de Salud de Tumbes, Sullana y Piura han presentado la solicitud de apoyo con materiales médicos para apoyar el desarrollo del Programa de Planificación Familiar de los Establecimientos de Salud de sus respectivas jurisdicciones, según los anexos Nos. 01 y 03 que adjunto al presente. El*

Ministerio de Salud dispone actualmente con un stock que permitiría atender a esta solicitud, por cuyo motivo, agradeceré a usted Sr. General gestionar la aprobación respectiva.”

No. 9

Oficio SA-DM-No. 0152-97, 06 de febrero de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Señor General de Brigada EP Nazario Mercado Zedano, Jefe de la Casa Militar del Presidente de la República en que manifiesta: *“...poner en vuestro conocimiento que las Sub Regiones de Salud de Jaén, la Libertad y Lima Ciudad han presentado la solicitud de apoyo con materiales médicos para apoyar el desarrollo del Programa de Planificación Familiar de los Establecimientos de Salud de sus respectivas jurisdicciones, según los anexos adjuntos. El Ministerio de Salud dispone actualmente con un stock que permitiría atender a esta solicitud, por cuyo motivo, agradeceré a usted Sr. General gestionar la aprobación respectiva.”*

No.10

Oficio SA-DM-No. 0253-97, 13 de marzo de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Señor General de Brigada EP Nazario Mercado Zedano, Jefe de la Casa Militar del Presidente de la República en que manifiesta: *“...poner en vuestro conocimiento que las Sub Regiones de Salud de Cusco y Moquegua han presentado la solicitud de apoyo con materiales médicos para apoyar el desarrollo del Programa de Planificación Familiar de los Establecimientos de Salud de sus respectivas jurisdicciones, según los anexos Nos. 01 y 02 que adjunto al presente. El Ministerio de Salud dispone actualmente con un stock que permitiría atender a esta solicitud, por cuyo motivo, agradeceré a usted Sr. General gestionar la aprobación respectiva.”*

No. 11

Oficio SA-DM-No. 1492-97, 24 de diciembre de 1997

Dirigido por el ex Ministro de Salud Marino Costa Bauer al Señor General de Brigada EP Nazario Mercado Zedano, Jefe de la Casa Militar del Presidente de la República en que manifiesta: *“...en atención al Oficio de la referencia relacionado con la atención de equipo médico para el Centro de Salud de Mollepata, Distrito de Limatambo, Provincia de Anta, Departamento Cuzco. Sobre el particular, hago de su conocimiento que los equipos solicitados han sido atendidos directamente por el Programa de Planificación Familiar de conformidad con los Pedidos Comprobantes de Salida, cuya copia adjunto al presente.”*

No. 12

Oficio No. 955-97/CM/DGAS-D, Lima 13 de Octubre de 1997

Dirigido por General de Brigada EP Nazario Mercado Zedano, Jefe de la Casa Militar del Presidente de la República al ex Ministro de Salud Dr. Marino Costa Bauer, Asunto: Donación dispuesta por el Señor Presidente de la República, en que manifiesta: *“...el Señor Presidente de la República ha dispuesto, se entregue en calidad de donación lo siguiente: Equipo AQV Femenino, 1.00 C_Salu Mollepata, Cusco, Anta, Limatambo; Equipo AQV Masculino, 1.00 C_Salu Mollepata, Cusco, Anta, Limatambo, *Nota: Dichos artículos podrían ser transportados por esta Casa Militar”*

No. 13

Oficio AS-DM No. 0387-97/BCS, Lima 21 de Octubre de 1997

Dirigido por Berta Cevallos Losa, Asesora Despacho Ministerial A: Dr. John Nagahata, Jefe Programa de Planificación Familiar, Asunto: Solicitud de Camas Ginecológicas en que manifiesta: *“...Tengo el agrado de dirigirme a usted para solicitarle se sirva disponer la entrega de equipos a los siguientes establecimientos de Salud: 1 Camas Ginecológica al P.,S. Umachiri, Dpto Puno, Prov. de Melgar, 1 Equipo de AQV Femenino 1 Equipo de AQV Masculino C.S. Mollepata, Dpto. Cusco, Prov. Anta”*

JUNIN**No. 14**

Oficio No. 042-CPPF-UTS-Jauja-97, Jauja, 27 de Agosto de 1997.

A: Director de la Unidad Territorial No. 2-Jauja, DE: Coordinadora del Programa de Planificación Familiar. Solicita pago por movilidad local a las personas que elaboraron en la Campaña de Planificación Familiar realizado en el C.S. de Ricrán. “El pedido se hace en base a la remesa recibida 5.3.II.20 viáticos y asignaciones S/. 1000.00”

No. 15

Oficio No. 001-CPPF-UTS-Jauja, 10 de Enero de 1997

A: Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, DE: Coordinadora del Programa de Planificación Familiar, Da a conocer un Informe de Evaluación Anual de Actividades realizada en la ciudad de Junín los días 18, 19 y 20 de Diciembre-96. Señala “que el objetivo principal de esta evaluación fue lo de AQV, para obtener cifras concretas que eran necesarias para la Sub-Región, nuestra meta fue de 300 AQV al 15 de Diciembre donde contamos como UTS-JAUJA con los siguientes resultados:

- *Al 30 de Noviembre 157 ligaduras de Trompas*
- *Al 15 de Diciembre 45 “ “ “ + vasesc*
- *C.S. Oroya + IPSS 62 ligaduras de T.*

TOTAL 264 AQV”

Así mismo señala que “las proyecciones para 1997 de acuerdo a nuestra población en riesgo nos corresponde en AQV: 192, que de acuerdo a la reunión en Ancón con el Presidente de la república se reprogramará esta cifra y para no esperar el último momento se estará trabajando en base a los datos propuestos.”

No. 16

Oficio No. 048-CPPF-UTS-JAUJA-97, Jauja 03 de Octubre de 1997.

A: Coordinador Regional de Salud Básica para Todos, DE: Coordinadora del Programa de Planificación Familiar. Da a conocer Plan Operativo de la III Campaña de Planificación Familiar, para lo cual se cuenta con el apoyo económico del Programa de Planificación Familiar de la Sub-Región de Salud-Junín. El objetivo específico era “Apoyar a los usuarios de escasos recursos económicos. Coadyuvar a la prevención del embarazo de alto riesgo, embarazo no deseado y abortos, con el libre acceso a los métodos definitivos (vasectomía y ligadura de trompas). En el punto VI. META, se señala a la letra “para esta campaña que quisiéramos captar el mayor número posible se a programado: 30 ligaduras de trompas, 30 vasectomías”

No. 17

Inf. No. 041-CPPF-UTS-Jauja-97, Jauja 23 de Diciembre de 1997

De la Coordinadora de Planificación Familiar

Informa que *“de acuerdo a los objetivos planteados se desarrolló la presente evaluación donde con mucho regocijo la UTS-Jauja- a nivel Sub-Regional ocupamos el segundo puesto, a pesar que en AQV, no se cumplió con la expectativas esperadas, teniendo en cuenta que la labor de gerencia que desempeñamos en nuestra zona fue excelente”. En la programación de actividades para 1998 se señala que “Sigue la prioridad para la Anticoncepción quirúrgica voluntaria”.*

HUANUCO

No. 18

Oficio No. 2181-96-DSRS-HCO-DSP-PPF, 23 Julio 1996

Asunto: Movimiento logístico de insumos para AQV y No. de intervenciones realizadas al Semestre 96, A: Director UTES Tingo María, De: Director General Sub Región de Salud Huanuco. *“Me dirijo a Usted para solicitarle la información del movimiento logístico de insumos de Set para A.Q.V. así como el No. de Intervenciones realizadas (Ligaduras de Trompas y Vasectomía) al I Semestre del presente año 1996 en el formato adjunto...estas actividades deben ser totalmente gratuitas por lo que la captación de pacientes deberá ser de prioridad”*

No. 19

Memorandum No. 0209-97-DRS-HCO-DASP-PPF, Huanuco 22 de Julio 1997.

Asunto: Cumplimiento en el Reporte Semanal de AQV, A: Director de la UTES Tingo María, De: Director General de la SRS Huanuco. Le comunica *“que no se viene cumpliendo con el reporte semanal de las AQVs que son todos los días Lunes a primera hora, por ser informes solicitados por la alta Dirección del MINSA. En tal sentido les agradeceré tomar las medidas correctivas y coordinar con los responsables bajo responsabilidad”*

No. 20

Informe No. 02-COORD. PROG. P.F.-CSA-97, 14 de Agosto de 1997

A: Director Ejecutivo UTES T.M., DE: Coord. Prog. Planif. Fam. CSA

Informa sobre campaña de AQV que se inició el día 07 de Agosto y culminó el 10 de Agosto y que según el *“Plan de Trabajo para la Campaña presentado a la UTES. T.M. la Meta programada fue de 70 AQV: Durante la Campaña se realizó 50 AQV; 49 Ligaduras de Trompas y 01 Vasectomía; llegando al 71% de la Meta programada”.*

No. 21

Oficio No. JCSB 141-97, Baño 06 de Setiembre de 1997.

A: Director de UTES, DE: Jefe del Centro de Salud de Baños

Señala que *“Estamos a la espera de la iniciación de la implementación de la sala, así como la ambientación de la sala de recuperación para realizar los AQVs”* y que *“las captaciones de pacientes para AQVs se están llevando a cabo en forma permanente, por todo el personal del Centro”*.

No. 22

Informe No. 036 – Coord..PP.FF.- UTES – TM-97, 20 de Setiembre de 1997

A: Director Ejecutivo de la UTES Tingo María; DE: Coordinador del programa de Planificación Familiar.

Señala que la campaña de salud integral se *“cumplió en el C.S. de PTO. INCA del 12 al 22 de los corrientes”*. Además de otras atenciones de consulta en Medicina, pediatría, papanicolau, odontología y partos se hicieron *“103 Ligadura de Trompas, 01 Vasectomía y se presentaron 3 complicaciones: - Perforación Uterina 01, - Hematoma de Pared 01, -Perforación de Intestino 01”*

Así mismo indica en el punto *“4. Los P.S. que no captaron pacientes para AQV son: P.S. Sira, Shebonya, Nva. Jerusalén, Cleyton y Semuya. 5. Adjunto relación de personal que captó pacientes por cada establecimiento de salud. 6. Se distribuyó polos, buzos, bata para todas las pacientes y personal que apoyó en la campaña”*

No. 23

Oficio No. 151-JCSB-97

A: Director de UTES, DE: Jefe Médico de Centro de Salud de Baños, Asunto: Informe Programa de Planificación Familiar: Post Operatorio de BTB en Centro de Salud de Baños. Informa que *“2. El Post Operatorio de los pacientes tiene un resultado desfavorable ya que presentan en su mayoría complicaciones como: 2.1 Infecciones de Herida Operatoria, pese a curaciones realizadas.... 2.2 Producción de seroma del TCSC, que se debería a una reacción de cuerpo extraño...2.3 Mal afrontamiento de sutura de piel (TCBC con piel).”*

No. 24

Informe No. 023-99-COORD.-PPF.CRS-PL, Puerto Inca, 08 de Noviembre de 1999

A: Director General de la DISA Huanuco, DE: coord.. Prog. Planif. Familiar Red Puerto Inca. Asunto: Informe de movimiento de combustible en jornada de salud reproductiva en Puerto Inca. La finalidad es *“informarle acerca del manejo de combustible durante la jornada de salud reproductiva AQV realizado en el centro de salud de Puerto Inca, del 06 al 08 de noviembre 99, ...el importe total por todo el movimiento de la jornada de AQV ha sido la cantidad de 2,460.00 nuevos soles”*

En el informe del C.S. Acora sobre el Método: Ligadura de Trompas se presenta un gráfico No. 6 en que se distingue el año 1997 con un número que llega a 27 ligaduras, en comparación con otros 1995, 1996 1998 y 1999. La interpretación que se presenta es: *“El año 1997, el Programa de Planificación Familiar, exigió campañas de AQV, por lo que hubo un repunte en el 2º Semestre”.*

PUNO

No. 25

Denuncia el 31 de Agosto de 1996, ante el despacho del Juez de Paz del Centro poblado menor de Quicho Azaroma por realización de vasectomía, que *“presenta don Venancio Mamani Gayoso con L.E. No. 01695446, mayor de edad, natural y vecino de la Comunidad de Palka... contra los funcionarios públicos de la Post de Salud de Quicho-Azaroma”*, manifiesta lo siguiente: *“Habiendo fallecido mi hijo Clemente de 11 meses de edad en Palca y habiéndome acercado a la Posta para que me otorgara la partida de defunción correspondiente. Los señores mencionados me dijeron que no me darían dicha partida si no firmaba un documento-compromiso para ir a Macusani al hospital el 4 de septiembre de 1996, que ya tenía 4 hijos y no debía tener otros más, que si no aceptaba iba a informar a su superior para colgarme, que es una orden del presidente, que para esa operación vendrían médicos importantes de Lima, que ese documento compromiso debería firmarlo también mi esposa. Señor Juez hago notar que: a) Recién después de firmar ese compromiso me entregó la partida de defunción, b) Me cobró solamente por concepto de “consulta” cinco nuevos soles, c) Aprovechándose de mi dolor, por mi hijo muerto, de mi ignorancia y de mi pobreza, me extorsionó, d) Con engaños me hizo firmar un compromiso cuyo contenido desconozco por ser analfabeto e ignorante, e) Con autoridad de funcionario abusó de mi conciencia y me privó de decidir en libertad.”*

AREQUIPA

No. 26.

a) III Región Militar organiza Jornada de Acciones Cívicas,, Oficio No. 54-98CTAR-PE-ST-DIRSA-ZONADIS-A.DMC-MJCS-MCD-Z, del Médico Jefe del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola al Director del Hospital Honorio Delgado, 25 de Febrero de 1998. Pone en “conocimiento que la Tercera Región Militar, está organizando una Jornada de Acciones Cívicas para el día Sábado 28 de Febrero de 1998, en el Horario de 9:00 a.m. a 3:00 p.m., por lo cual solicitamos el Apoyo de Especialistas para brindar Atención en dicha Jornada:

1. Optalmólogos (2)
2. Traumatólogos (2)
3. Ginecólogo (1)
4. Cardiólogo (1)

b) Oficio No. 028-98/HRD-DGO, 1998 Febrero 27

“Jefe del Departamento de Ginecología Obstetricia, señala que ha designado al Dr. David Aguilar Cano, Médico Residente del 1er. Año para apoyar en la Jornada de Atención realizada por el Centro de Salud de Zamácola”

ANCASH

Nº 27

- OFICIO No ...97-CS.CH/ 04 Junio 1997 Programación de Captación de candidatas para campaña AQV.

SAN MARTÍN

No 28

- OFICIO No 43 A-MUJER-RHP-99 29 marzo 1999, Picota. Indica que no hay paciente para campaña programada..

Nº 29

- OFICIO MULT. No 015 99-DESP-ASMA-99 17 febrero 1999, Tarapoto. Da a conocer acuerdos sobre actividades de Salud Reproductiva.

Nº 30

- OFICIO No 003-D-A-MUJER-RHP-99 19 Enero 1999, Picota. Solicita insumos para campaña de AQV.

Nº 31

- MEMORANDUM No 015 D-A-MUJER-RHP-99. 10 agosto 1999, Picota. Se le asigna un paciente AQV.

Nº 32

- MENSAJE TRANSMITIDO No 659-99 al Director Red Hospi. Picota. 16 Setiembre 1999. Comunica el envío de alimentos para usuarias.

Nº 33

- DENUNCIA al Fiscal de San Martín.

PIURA**Nº 34**

- MEMORANDUM MULT. No 036-97-CTAR-RG-DRS-H-D. 11 Octubre 1997, Huancabamba. Obligatoriedad de captar 2 pacientes para AQV. Documento firmado por Igor Flores Guevara, Director Zonadis Huancabamba.

Nº 35

- OFICIO CIRCULAR No 1531-97-CTAR-RG-DRSP-DSP-PF 18 junio 1997 Piura. Realización de campañas AQV.

Nº 36

- OFICIO No 1341 -97-CTAR-RG-DRS-DG 18 junio 1997. Felicitación por campañas de AQV realizadas.

Nº 37

- OFICIO CIRCULAR No 1720-97-CTAR-RG-DRSP-DSP-PF. 02 julio 1997. Captación mínima de 20 pacientes para campaña de AQV.

No 38

- OFICIO 1707-97-CTAR-RG-DRSP-DSP-PF 01 julio 1997. Comunica fecha de Campaña de atención integral, cuya meta es de 250 AQV.

No 39

- OFICIO MÚLTIPLE No 96.97.CTAR.DG.DRSP.UBAS.HACH. Chulucanas, Julio 1997. Invitación a Campaña AQV.

No 40

- OFICIO CIRCULAR No 1731-97-CTAR-RG-DRSP-DSP-PF 04 julio 1997. Captación de 2 pacientes para campaña de vasectomía.

No 41

- OFICIO CIRCULAR No 2965-97-CTAR-RG-DRSP-DSP-PF 6 octubre 1997, Piura. Meta de 200 pacientes para gran campaña AQV.

No 42

- OFICIO CIRCULAR No 0053-98-CTAR-RG-DRSP-DSP-PF enero 1998, Piura. Solicita información de Panificación Familiar AQV.

No 43

- OFICIO CIRCULAR No 53-99-CTAR-PIURA-DRSP-GRSSMCH-CPM 5 marzo 1999, Chulucanas. Cronograma AQV.

No 44

- OFICIO No 2856-2001-CTAR-PIURA-DRSP-DSP-ESM 26 julio 2001, Piura. Relación de Oficios de Fallas AQV.

No 45

- Informe de fallas sobre AQV. Piura 17 Agosto 2001. Paciente intervenida 17/08/2000

No 46

- OFICIO No 141-2001-CTAR-DSRP-RED HUAMARCA 16 de Mayo 2001, Huarmaca. Informe de falla AQV.

No 47

- Informe de Falla de AQV. Paciente intervenida el 1º de diciembre 2000. Huarmaca.

No 48

- Informe de Falla de AQV . Paciente intervenida el 1º diciembre 2000, Chuchupampa.

Nº 49

- OFICIO Nº-006-97-SRGS PIURA-CESAMICA-CUERPO MEDICO. Piura, 06 agosto 1997. Realizar gestiones ante hechos ocurridos en institución.

OTROS

Nº 50

Coronel NN

“Solamente fuimos 25 los preparados para ejecutar el programa de contención de salud reproductiva, los cuales fuimos preparados desde junio del 1994 con cursos en Japón, Estados Unidos, fuimos divididos, y exhaustivamente evaluados”

Nº 51

- OFICIO Nº 042-2002/P.G./SEC.PRENSA. 5 abril 2002, Lima. Archivo de Planificación familiar fue desmantelado al caer el régimen Fujimori.

De la relación de Hallazgos presentados, se desprende que :

1. Que en el curso de las esterilizaciones se violaron los derechos humanos de hombres y mujeres establecidos por nuestra constitución y de la Convención Americana:
 - A decidir libremente el número de hijos en el intervalo entre ellos y escoger el método de Planificación Familiar sin estímulos o recompensas materiales Ley 26530.
 - A la dignidad (Art.1º de la Constitución)
 - A actuar de conformidad de los dictados de la propia conciencia y de la religión (Art.2 de la Constitución º)
 - A la integridad personal (Art.2º de la Constitución)
 - A la salud (Art. 7º de la Constitución)
 - A la vida (Art.2º de la Constitución)
 - Al bienestar (Art.2º de la Constitución)
 - Al libre desarrollo (Art.2º de la Constitución)
 - Al derecho a las familias a decidir la maternidad responsable (Art.6º)
 - Libre acceso a las prestaciones de Salud (Art.7º)
 - A la intimidad (Art.2º)
 - A la igualdad (Convención Americana)
 - A la información adecuada D.L. 346 Art.1 Inc.2
 - Al libre ejercicio de la voluntad personal R. Directoral : COI-DGSP
 - De la mujer – discriminación contra ella (insultos, etc.)
 - Derecho a la libertad (coacción)
 - A la libre elección.
 - Acceso a todos los métodos de Planificación. Art. 6 de la Constitución.
2. Que se incumplió los artículos 4º 5º 7º 12º y 24º de la Convención Americana los derechos Humanos que reconoce los derechos humanos a la vida a la integridad etc.

y que los Estados parte reconocen respetan y garantizan plenamente a todos los ciudadanos.

Asimismo, se desobedece al artículo 2º incisos d, e , por el cual se estipula que las autoridades necesarias, tomen las medidas necesarias para impedir cualquier discriminación especialmente en las áreas rurales art. 4º literal b del inciso 2 y asegurar el derecho a servicios adecuados médicos, información y asesoramiento en Planificación Familiar.

3. A los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo (5-13 set 94). INF. 4ta conferencia sobre la Mujer (Beijing 1995).
4. En junio de 1997, la Defensoría del Pueblo recibe las 2 primeras quejas acerca de mujeres de TOCACHE, una muerte y otra con complicaciones no atendidas. En 1998 publica la Defensoría el 1er informe con 9 casos. En agosto de 1999 presenta 156 casos, incluyendo muertes, esterilizaciones sin consentimiento de las pacientes, otra en que falla el procedimiento.
5. Que los manuales de AQV se dan a conocer recién en enero de 1997, o sea que por 18 meses desde que se iniciaron las esterilizaciones se realizaron sin normas que regularan la actividad médica por un lado ni se dieron a conocer las condiciones que debían cumplir los establecimientos de salud donde se realizaron muchas esterilizaciones y desde 1997 se empiezan a modificar los manuales para responder a las críticas de la prensa nacional así como de organismos diversos.

6. FRASES ⁴²

- ¿Quién será el doctor de la muerte? (Recuay) Mediana edad, canoso, bajo.
- Vientre seco

⁴² Ver también Anexos N° 9 y 10

- Serán mujeres modernas (Cajacay, Sra, Alejandrina Tapia Cruz) “las mujeres campesinas de los andes son animales.
- Se atan, no se ligan
- Si te ligas te alimento
- Ofrecer movilidad entre su casa y los centros de salud
- Atención hospitalaria gratuita
- Me arrebataron a mi hija para obligarme a la menor hija
- “cortan a las mujeres como ganado y las dejan a su suerte “, Sra. Augusta Tejada, Secretaria Nacional colegiada del CCP.
- Tener hijos como cuyes son malogrados de por vida. La lucha contra la pobreza no consiste en eliminar a los pobres
- “Si quieres vives – si quieres te mueres”
- “Te lo haces abortar y en la noche ya estas caminando en tu casa y tu esposo no se va a dar cuenta”
- ... lo que manda el Presidente Fujimori T8
- ... vida muy cara y no deja tener hijos (T7)
- ...(no fue atendida)... medicamentos eran costosos (T3)
- ...(como se escapó)..si salía embarazada no la atenderían (T5).
- ... que solo le amarrarían las trompas (T9)
- ... era una ley obligatoria que venia de Lima (T10)
- ... nunca recibí atención medica de los médicos que me operaron (T3)
- ... me puse a llorar y le dije a la enfermera que no quería operarme... no le importó... pusieron inyección y quede dormida... (T3)
- ...no firmamos nada solo recuerdo al Dr. Washington Ortiz (T4)
- ... me dijo que no me cuide con pastillas ni inyecciones porque esos hacia daño (T6)
- ... ahí había colchones en el suelo... antes de la operación no me preguntaron... y no me sacaron análisis (T7)
- -Sin exámenes previos.
- -Encerrada en un cuarto (T1)
- -Amenaza con policía (T1)
- -Expulsada por su esposo- el no acepto la ligadura.
- Serás una mujer moderna.
- Solo amarran hasta los 30 para poder desamarrar después de los 30 cortan.

- “Las enfermeras me han dicho que esto no duele”
- “Que es solo un momento”
- “... mejor que gastar en anticonceptivos que son caros”
- “enfermeras se la llevaron casi a la fuerza”...
- “todos los días venían y hasta le rogaban”
- “contesto furiosa....¿Tu no sabes mandar en tu casa?”
- “Le decían que si se operaban le iban a dar alimentos, comida, trigo”
- “Le han hecho daño con la ligadura”
- “Una terrible enfermedad te vendrá si no te operas”
- Cortan a las mujeres como ganado y las dejan a su suerte... somos seres humanos tenemos dignidad
- ¿Barrido étnico? Ashanicas → quieres tener hijos como cuyes
- consigue candidatas para las ligaduras de trompas a través de los programas de niños desnutridos de papillas.
- Operada sin evaluación
- Al día siguiente estarás bien
- Las señoras son obligadas a decidir al instante.
- Buscan a las mas humildes de preferencia la que no sabían castellano.

IV. RELACIÓN DE FALLECIDOS (*)

	NOMBRE	EDAD	Departamento	Año
1.	Aguirre Auccapiña, Alejandra	38	Huancavelica	1997
2.	Aquino Amanzo, Pedro	41	Lima	1997
3.	Betalleluz, Reynalda	48	Ayacucho	1997
4.	Cachique Shupinhagua, Otilia	35	San Martín	1996
5.	Cairo Rubiños, Jorge	33	Lima(IPSS)	1998
6.	Carrillo Chavez, Gloria	40	Lima (IPSS)	1997
7.	Cordova Rodriguez, Cruz Alejandrina	41	Ica	1997
8.	Chavesta Chavesta, Isabel	38	Lambayeque	1998
9.	Espinola Otiniano, Maria		La Libertad	
10.	Flores Cobeñas, Martina	40	Piura	1998
11.	Guevara Manihuari, Herlinda		Loreto	1997
12.	Gutierrez Chero, Juana	25	Piura	1997
13.	Gutierrez Cruz Luisa	24	La Libertad	1996
14.	Mestanza Chavez, Mamerita		Cajamarca	1998
15.	Morales Canduelas, Magna	34	San Martín	1997
16.	Ochoa Chira, Juana Rosa	24	Huancavelica	1996
17.	Ramos Durand, Celia	35	Piura	1997
18.	Tapia Cruz, Alejandrina	35	Ancash	1997

(*) Informe Defensorial N° 27 y entrevistas a deudos en Piura.

ANCASH (01)

Alejandrina Tapia Cruz (35). Esterilizada en el centro de salud de cajacay, murió en el hospital de apoyo de barranca, una semana después como consecuencia de las complicaciones originadas por dicha operación.

Referencia: la republica, 7 dic. 97

Referencia: La República, 7 de diciembre de 1997

Huancavelica (02)

Juana Rosa Ochoa Chira. Sobrina del Alcalde de Huaytara falleció post AQV al cuarto día aproximadamente entre los meses de nov. o dic. 96

Alejandra Aguirre Aucapiña. Edad 38 años. Distrito de Yanacocha, prov. Acobamba, departamento de Huancavelica. Esterilizada en el Hospital de Apoyo de Huancavelica. Operada por complicaciones en el Hospital de Apoyo de Chosica. Fallecida el 18 de Marzo de

1997. Causa de la defunción: Septicemia, debida a fístula intestinal. Estado patológico: desnutrición aguda.

Referencia: Ficha Hospital de Salud de Chosica. Certificado de Defunción del Hospital Hipólito Unanue de Lima

LA LIBERTAD (02)

Luisa Gutiérrez Cruz (24). Procedente del caserío de San Luis De Julcan. Esterilizada el 18 may. 96 en el Hospital Materno Infantil Elpidio Benavides Pérez De Otuzco. Hizo reacción contraria a la anestesia. Falleció después de ocho meses.

Responsables anesthesiologos Miguel Gutiérrez. Director Unidad Territorial De Salud N° 8 Jerry Rebaza Campos.

Referencia: la industria 4 jun. 96

Maria Genoveva Espinosa Otiniano. El 14-10-95 se interna para dar a luz. Se le convence para hacerse una ligadura de trompas. Manifiesta dolores estomacales. Se le da de alta. Regresa, los médicos detectan perforación del colon. El 21-10-95 fallece en el IPSS. En junio la corte superior de justicia dictamino un año de prisión (suspendida) y el pago de 5,000 soles a los responsables Dr. Felipe Pinillos e internista Héctor Rodríguez Pinillos. Director Regional De Salud Cesar Jaramillo Vereu.

Referencia: La Industria De Trujillo 7 jun. 97

PIURA (03)

Celia Ramos Duran (35). Esterilizada el 3 jul. En el Puesto De Salud De Legua, Piura. Murió por reacción a la anestesia cuando era sometida a una ligadura de trompas. Responsable medico jefe del puesto de salud Dr. Leonardo Lachira Leon, medico cirujano Anibal Carrasco, anesthesiologo Dr. Pedro Magallanes, enfermera UDES Cecilia Riofrío, Obstetrix Martha Calderón. Denuncia ante la 3ra Fiscalía Provincial.

Referencia: la primicia 25 y 27 de jul. 97 el comercio 24 ene. 98

Juana Gutiérrez Chero (25). Esterilizada en el Centro Materno Infantil De Marcavelica, Sullana, Piura. Falleció el 20 de jun. 97

Responsables: Dr. Marcos Purisaca Fulong, Lucie Puell, Anestesista Fredy Pisconte, Instrumentista Claudia More. Director de la Sub Región De Salud De Sullana Dr. José Leyton Abad. Directora del programa de P.F. Obstetrix Carmen Espejo. La familia presento denuncia ante la fiscalía (2do juzgado penal)

Denuncia N° 231-97, sin que a la fecha se haya emitido el respectivo veredicto.

Referencia: denuncia Sr. Felipe Castillo Nole L.E. 03624361 Diario La Primicia, Sullana, Piura 17 jul.97 y Programa Panorama De Panamericana Televisión, domingo 11 ene. 98. El comercio 24 ene. 98

Martina Flores Cobeñas (40). Esterilizada en la Posta Medica De La Huaca Caserío De Jibito, Distrito De Sojo Por El Dr. Manzano en oct.97. Falleció el 13 feb. 98. El esposo Sr. Guadalupe Chero Medina no se atreve a denunciar el caso por temor a que los señores del sector salud lo enjuicien.

Referencia: informe verbal del Sr. Guadalupe Chero.

SAN MARTÍN (02)

Magna Morales Canduelas (34). Esterilizada el 20 de dic. 96 en el Hospital Rural De Tocache. Fallece el 1 ene. 97 en el mismo hospital. El caso fue denunciado anta la Fiscalía Superior De San Martín, quien paso el expediente a la Fiscalía Provincial Mixta De Tocache.

Referencia: certificado de defunción y el comercio 24 dic. 97

Cachique Shupingahua, Otilia, 34 años, Casada, 5to. de Primaria, 7 gestaciones y 7 hijos vivos, Operada en el Hospital Rural Bellavista, San Martín el 18-11-96. Fallece el 21-11-96. Complicaciones de hemorragia. Fallecida en 1996. Carta recibida en MINSA el 26 Enero de 1998 del esposo Nicolás Segundo Sangama Shapiama al Ministro de Salud solicitando indemnización por fallecimiento de esposa a causa de aplicación de Programa de Esterilización. No hay certificado de defunción

AYACUCHO (1)

Reynalda Betalleluz Aguilar, fallecida el 22 de Abril de 1997. Causa: Shock séptico debido a bloqueo tubárico bilateral que originó una peritonitis generalizada- perforación víscera hueca.

Referencia: hoja de historia clínica del hospital de apoyo de Ayacucho.

CAJAMARCA (1)

María Mamerita Mestanza Chávez 33 años, con 7 hijos, vivía con Jacinto Salazar Juárez en condiciones de pobreza en el caserío Sororón Alto, distrito La Encantada, provincia y departamento de Cajamarca. El 27 de marzo de 1998 la señora Mestanza aceptó operarse luego de firmar un documento que no leyó. Sin hacerle exámenes previos de riesgo quirúrgico fue sometida a un bloqueo de las Trompas de Falopio en el Hospital Regional de Cajamarca. Luego de haber sido dada de alta, María tuvo complicaciones pero no fue atendida porque los médicos alegaban que eran molestias naturales de la anestesia.

Ella falleció 18 días después, el 15 de mayo de 1998 . El certificado de defunción indicó que fue a causa de una infección que tenía como antecedente la operación, pero la necropsia no cumplió con determinar cuál era la causa exacta de la muerte.

ICA (1)

Alejandrina Córdova padecía de problemas de obesidad, pesaba 112 kilos, y el 22 de agosto pasado fue alentada por agentes sanitarios para someterse a una ligadura de trompas en Pisco, Ica, 150 kilómetros al sur de Lima. Siete días después falleció víctima de un coma diabético.

Las investigaciones revelaron que los funcionarios del Ministerio de Salud no tomaron las precauciones al operar a la mujer diabética y además su ligadura se infectó.

Tras la operación, la señora Córdova se quejaba de mucha sed y calor en la cabeza, pero los médicos no le prestaron mayor atención. Recién el 28 de agosto fue internada en el Hospital de Pisco en grave estado y sólo entonces descubrieron que la herida de la operación estaba infectada, falleciendo pocas horas después.

LORETO (1)

Herlinda Guevara Manihuari, una joven de Loreto, en la zona amazónica peruana, que fue esterilizada el 29 de setiembre de 1996. Pocos días después de la operación comenzó a sufrir fuertes dolores en el vientre, detectó que tenía una especie de bulto y observó pérdidas de sangre. Su esposo la trasladó a un hospital cercano donde la desahuciaron. Durante seis meses permaneció hospitalizada por la infección y debieron extraerle líquidos del vientre hasta su muerte el 13 de abril de 1997.

LIMA (03)

Jorge Martín Cairo Rubiños de 34 años, falleció a causa de una septicemia después de someterse a una vasectomía gratuita. Su esposa Flor de María Huamán, relató que el pasado 3 de marzo Cairo Rubiños, acudió a un hospital invitado por agentes sanitarios para esterilizarse después de que ella rechazara la misma oferta. Pocos días después de la intervención, Cairo Rubiños empezó a sentir un dolor en el vientre y la fiebre le impedía cumplir con su trabajo de vendedor. Junto a su esposa, se dirigió al mismo hospital en el que había sido esterilizado. Le hicieron algunos exámenes. Su familia optó por llevarlo a otro centro de salud en el que le diagnosticaron una infección generalizada. Veinticuatro horas después, falleció.

Pedro Aquino Amanzo de 41 años, 6 hijos. Falleció en 1997. La intervención se realizó en Hospital Local de Vitarte del MINSA, Lima.

CARRILLO CHÁVEZ, GLORIA, 40 años, Casada. Instrucción Superior. Operada en el Policlínico Móvil del IPSS el 4-12-97 y fallece el 24-12-97 en Hospital Nacional Guillermo Almenara. La operación se realizó por técnica laparoscópica y anestesia epidural, luego de la cirugía la paciente quedó con cefalea persistente. Es operada a las 12.15 a.m. y sale de alta a las 15:05 p.m. Complicaciones: hemorragia cerebral. El diagnóstico es accidente cerebrovascular hemorrágico. Muere por hipertensión endocraneana.

LAMBAYEQUE (01)

CHAVESTA CHAVESTA, ISABEL 38 años. Analfabeta. Estado civil: conviviente, 11 Gestaciones, 10 hijos nacidos vivos, 08 viven Deceso, 1998. Establecimiento en que se realizó la AQV: CS "Miguel Custodio Pisfil", Monsefú. Región Nor-Oriental del Marañón, Sub-Región II. Operada de embarazo gemelar y ligada el 30-01-98 en el CS de Monsefú. Falleció en el Hospital Las Mercedes el 06-02-98

V. RESPONSABILIDADES

Para establecer las responsabilidades, hemos consultado con el Departamento Legal del Ministerio de Salud y la conclusión de las conversaciones sostenidas, es la que exponemos a continuación:

La presente Comisión del Ministerio de Salud, "Comisión Especial sobre Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria", conformada por R.M. N° 495-2001-SA/DM para investigar la actividades de estos hechos, ha efectuado sus labores en el marco descrito precedentemente, habiendo evidenciado situaciones a todas luces irregulares que implican responsabilidades; sin embargo como quiera que la determinación de éstas no ha sido encargada como labor de la comisión, nos permitiremos señalar algunos elementos de juicio a considerarse en la misma, como son los siguientes:

La responsabilidad como concepto jurídico, importa el "deber" que tienen las personas para responder por sus actos y sobre todo por aquellos que causen perjuicio de cualquier manera; en este contexto de ideas se impone también las responsabilidades de los servidores y funcionarios públicos en especial, dado que dicha condición era ostentada por la mayoría de los participantes en las actividades que comprendieron el "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar".

En la Administración, se reconocen varios tipos de responsabilidades, como son:

A) RESPONSABILIDAD POLITICA:

La Responsabilidad Política del Sector Salud, es asumida al más alto nivel, considerándose los lineamientos de política y ejecución de ella, que se hayan impartido, en este marco de ideas podemos señalar:

a) Presidente de la República:

Como representante del Poder Ejecutivo, el Presidente de la República es el encargado de velar por el respeto de los Derechos Humanos inherentes a la persona humana.

En el transcurso del desarrollo de este programa, se constata la violación de Derechos Fundamentales, tales como, Derecho a la vida, Derecho a decidir

libremente, Derecho a la integridad personal o física, Derecho a la salud, Derecho a la igualdad, Derecho a la no discriminación, Derecho a la libertad de conciencia, Derecho a la intimidad personal, todos reconocidos por la Constitución del Estado.

Estas violaciones de derechos, se constatan en los casos de las mujeres víctimas de esterilizaciones forzadas, señalan haber sido sometidas contra su voluntad, vulnerando así su Derecho a decidir libremente sobre su intimidad personal.

De los testimonios recogidos, se aprecia que la política del Estado consistía en promover la Planificación Familiar y se hacía hincapié en los métodos **definitivos** de control de la natalidad, tales como las ligaduras de trompas y las vasectomías.

Los Directores Regionales de Salud que brindaron sus testimonios a esta Comisión, manifestaron que se habrían realizado reuniones en Ancón (1995), Pisco-Paracas (1996), Granja Azul (1997), Hotel El Pueblo (1998), etc; entre el propio Presidente de la República y los Directores de las Direcciones Salud donde se les comprometió a la organización y al cumplimiento obligatorio del Programa de Planificación Familiar por ser una *“política de estado que iba a mejorar la calidad de vida de las personas”*.

De haberse dictado los Lineamientos de la Política de Planificación Familiar, considerando los distintos métodos anticonceptivos, resulta sumamente extraño el interés manifestado a través de estas reuniones y la participación **directa** del Ingeniero Alberto Fujimori Fujimori, así como en la recepción de informes semanales y mensuales respecto exclusivamente a los avances en los porcentajes de intervenciones de AQV, así como al cumplimiento de las metas anuales trazadas para estas intervenciones.

El Jefe Supremo de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional es el Presidente de la República, por lo que éste responde directamente por las acciones que éstas realicen. En el presente caso, se cuenta con documentación cursada entre la Casa Militar del Presidente de la República y el Ministerio de Salud, la misma que denota el vínculo directo que existía entre estos a fin de apoyar las intervenciones Quirúrgicas Voluntarias.

La documentación encontrada, respecto a la recepción y distribución de medicinas por parte de la Casa Militar de la Presidente de la República y la recepción de equipos médicos (en muchos casos, para realizar intervenciones de AQV femenino y masculino), demuestran que existió por lo menos mínimas disposiciones de la Presidencia de la República para la ejecución de este programa.

b) Ministro de Estado en la Cartera de Salud

El Ministro de Salud, es el responsable de formular y dirigir la política Nacional de Salud y el Plan Sectorial de Salud, esta política sectorial necesariamente era consecuencia del planeamiento estratégico gubernamental, que entre otras, consideraba la política de salud. Como consecuencia de ella entonces se puede concluir que todos y cada uno de los ministros que les cupo desempeñar dicho cargo conocieron exhaustivamente los procedimientos para la ejecución de este programa, siendo por lo tanto responsables políticos de su ejecución.

En las reuniones llevadas a cabo entre el Presidente de la República y los Directores Regionales, se refiere que habrían asistido y participado activamente los Ministros de Salud, manifestación concordante con el cumplimiento de sus obligaciones funcionales.

c) Vice Ministro:

El viceministro es la máxima autoridad técnico administrativa inmediata al Ministro, ejecuta por delegación de éste la política sectorial. En el proceso de investigación se ha determinado que en todos los casos la ejecución de estos programas han sido de pleno conocimiento y disposiciones de los Viceministros, por lo que la ejecución de dicha política fue de su absoluto conocimiento.

d) La Cooperación Técnica Internacional:

La información recogida en el transcurso de la investigación, el cruce de información y el material distribuido para estas campañas, nos hacen concluir que

el tema del Financiamiento por parte de la Cooperación Técnica Internacional, se habría destinado exclusivamente para los programas de planificación familiar, evidenciándose inclusive la intervención del Gobierno Americano mediante la Enmienda Tiahrt que prohibió que los fondos de planificación poblacional de EE.UU sean utilizados por los Programas que violen la ley, siendo que posteriormente el Population Research Institute emite un informe señalando que: “... la USAID sigue enviando dinero al gobierno peruano, ara su planificación familiar, dinero y medidas contraceptivas tal y como lo hicieron en 1997. Así que nada ha cambiado con respecto a la financiación...”

B) RESPONSABILIDAD PENAL:

De los testimonios recogidos, podemos inferir que se configuraron los delitos de **Lesiones dolosas graves** y de **secuestro**.

Respecto al tipo delictivo de Lesiones dolosas graves, prescrito en el Artículo 121 del Código Penal,

“El que causa a otro daño grave en el cuerpo o en la salud (...)”

Se considera lesiones graves:

- 1. Las que ponen en peligro inminente la vida de la víctima.***
- 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 y permanente.***
- 3. Las que infieren cualquier otro daño a la integridad corporal, o a la salud física o mental de una persona que requiera treinta o más días de asistencia o descanso, según prescripción facultativa.”***

En relación con ésta figura tipo del Código Penal, el bien jurídico tutelado es la integridad corporal y la salud de las personas, tanto en su aspecto físico como mental. El Estado tiene interés en tutelar la integridad física de las personas por ser ésta un derecho inherente a la persona humana y además plenamente reconocido por el ordenamiento legal.

Existen dos supuestos donde se puede configurar este delito, el daño ocasionado vulnerando la integridad o salud física y el que se realiza en agravio de la salud mental.

Respecto al daño ocasionado vulnerando la integridad o salud física, se consideran las lesiones que pongan en peligro inminente la vida de la víctima, así como las que **mutilan algún miembro u órgano principal del cuerpo o lo hacen impropio para su función**, y como consecuencia causan a una persona incapacidad para el trabajo, invalidez. También se considera el supuesto de desfiguramiento grave y permanente.

Respecto al daño ocasionado en agravio de la salud mental, éste puede o no estar causalmente relacionado a una lesión corporal o alteración física, y para configurarse debe tratarse de un desequilibrio patológico, durable o relativamente pasajero.

El delito de lesiones dolosas graves se configura debido a que en algunos casos, el profesional médico causó daños inminentes a las mujeres intervenidas mediante el procedimiento de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), debido a las precarias condiciones de higiene y salud donde realizaban las intervenciones AQV, a la falta de especialización médica en el tema, (los testimonios señalan que las intervenciones eran realizadas por médicos generales y en algunos casos las anestесias eran colocadas por obstétricas)

Así mismo, se ha tomado conocimiento que estas circunstancias causaron que los procedimientos de ligaduras de trompas impidan a las víctimas la realización de sus labores en forma cotidiana y en muchos casos les generó problemas psicológicos que aún permanecen, debido a su cultura.

Otro tema, de suma importancia es la realización de prácticas de AQV sin el consentimiento y con uso de la fuerza pública, con el fin de amedrentar.

Existen otras clases de daños en los que se habría incurrido tanto en lo referente a la integridad corporal, la salud física y a la salud mental pero a efectos de tipificarlo en el supuesto contemplado en el inciso 3 del artículo citado anteriormente requieren un mínimo de plazo de asistencia o descanso según prescripción facultativa y las personas víctimas de estas intervenciones en muchos casos no contaban con profesionales

médicos que las atendieran (ya sea por negativas del personal de salud o por carencia de estos) por lo que les resultaría imposible cumplir con esta prescripción.

Los profesionales médicos, así como los Directores de los Hospitales y Direcciones de salud, son los encargados de velar por la salud de la población de acuerdo a las disposiciones legales, por lo que incurrirían en responsabilidad penal al permitir conductas directas o indirectamente reprochables.

Respecto al tipo de secuestro, prescrito en el Artículo 152 del Código Penal,

Respecto al delito de secuestro, la figura es

“El que sin derecho, priva a otro de su libertad personal(...)

1.El agente que abusa, corrompa, trata con crueldad o pone en peligro la vida o la salud del agraviado(...)”

En este supuesto, la conducta cometida encuadra debido a que con el fin de realizar las intervenciones de AQV y poder así cumplir con las cuotas establecidas por el Gobierno, se debían realizar las intervenciones, habiéndose recogido testimonios que se usaba la fuerza y la retención contra la voluntad del agraviado, para concretar este fin, poniéndose de este modo en peligro la vida de éste.

Existen circunstancias agravantes y atenuantes del delito, como por ejemplo que en algunos casos, los profesionales médicos tenían bajo su responsabilidad los programas de Planificación Familiar; es decir, que resultaban responsables de los sucesos ocurridos con referencia a ello.

En el marco de la responsabilidad penal se encuentra también, la figura del genocidio, la que esta descrita por nuestro ordenamiento penal en base a la Convención para la prevención y la sanción del delito de genocidio, señalándose que éste se configura cuando se dan cualquiera de los actos mencionados a continuación, con la intención de destruir total o parcialmente a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, tales como: “matanza de miembros del grupo, lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo, sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial, medidas destinadas a impedir los

nacimientos en el seno del grupo, traslado por fuerza de niños del grupo a otro grupo”. Los hechos descritos en el cuerpo del informe y las descripciones de los tipos penales expuestos, ameritan a la mayor brevedad el pronunciamiento del órgano jurisdiccional respecto de esta figura delictiva.

C) RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA:

La responsabilidad administrativa se da en todos los casos por el incumplimiento o la omisión de las funciones que cada uno de los partícipes en estos hechos tenía asignadas en razón de su calidad de servidor o funcionario público, las funciones asignadas se encontraban expresamente descritas tanto en el Reglamento de Organización y Funciones como en el MOF del Ministerio de Salud y los procedimientos a seguir también se encuentran expresamente señalados en la ley.

Por las consideraciones expuestas, esta comisión se permite concluir señalando que si bien se han identificado conductas y procedimientos irregulares en todo el desarrollo del Programa de Planificación Familiar, desde su etapa de concepción, planeamiento, ejecución y supervisión, éstos corresponden ser investigados en toda su amplitud por los órganos correspondientes, siendo el presente informe, solamente un elemento de juicio adicional al que deberán considerarse para la determinación de las responsabilidades política, penal, administrativa y civil, si las hubiere.

VI. CONCLUSIONES

En el desarrollo de las actividades de investigación sobre las irregularidades en la realización de esterilizaciones y vasectomías en el país, hubo dificultades varias. Así, destacamos que los hechos materia de investigación tuvieron su auge principalmente en los años 1996 – 1997 o sea hace 5 – 6 años y en este tiempo muchos de los funcionarios y autoridades dejaron de pertenecer al Ministerio de Salud. Otros, fueron trasladados o residen fuera del país. Además, hoy sabemos que la mayoría de órdenes e informes relacionados con las actividades de anticoncepción quirúrgica fueron dados en forma verbal.

Las esterilizaciones voluntarias ponen en duda la “voluntariedad”, cuando se constata la existencia de presiones, incentivos, acoso y amenazas. También la libertad de quienes no desean esterilizarse se vio atropellada. Una buena parte de las mujeres entrevistadas teme ser interrogada porque aún no supera el efecto de las amenazas hechas a quien se atreva a señalar culpables y otras se sienten ellas mismas cuestionadas por su familia y su comunidad. Las historias clínicas examinadas constituyen por sí mismas una prueba de la ligereza punible con que se asumió este programa, la mayoría no reúne los requisitos mínimos que debe contener una historia clínica hallándose muchas incompletas, otras ilegibles y en buena parte de ellas se constata que se ha añadido datos. Dado que la esterilización femenina y masculina es un acto por el cual se pierde la capacidad reproductiva, hecho tan importante para la vida humana y considerando su carácter prácticamente irreversible, requiere una meditada reflexión, pues involucra una decisión personal que debe contar con toda la información y las seguridades de su realización en condiciones operatorias óptimas.

El argumento de “luchar contra la pobreza” ha sido utilizado reiteradamente y no justifica el atropello a creencias y tradiciones de los mas pobres. La pobreza se combate con educación, trabajo y capacitación, la regulación de la natalidad es más bien una resultante del proceso de desarrollo y aún para estos países llamados “desarrollados”, la preocupación actual refiere a problemas demográficos que afectan su bienestar y futuro por el desfase generacional que hace peligrar la relación adecuada entre población activa y jubilada.

A continuación se presentan las conclusiones de la investigación que incorporó el análisis de los testimonios recogidos durante el proceso de investigación tanto por los Comisionados como por el equipo de apoyo.

1. **Responsabilidad en la decisión política.** La información recogida en las entrevistas a los directivos del Ministerio de Salud muestra que el programa de planificación familiar fue diseñado y monitoreado directamente desde la Presidencia de la República, por el Ing. Alberto Fujimori, en concordancia con los respectivos Ministros de Salud en el período 1996-2000. El Presidente participó en reuniones con todos los directores de las Direcciones de Salud⁴³, comprometiéndolos a su organización y a su cumplimiento obligatorio⁴⁴ por ser una “política de estado que iba a mejorar la calidad de vida de las personas”. Semanal y mensualmente se reportaban informes de la marcha del programa, específicamente sobre Anticoncepción Quirúrgica Voluntarias (AQV), directamente al Despacho Ministerial, durante 1997 y 1998. Los directores de salud señalaron que las decisiones que provenían del nivel central tenían que ser obedecidas y ejecutadas “calladamente”.

2. **Estrategia utilizada.** Se aplicó como un programa masivo de salud pública, diseñado en este caso no para prevenir epidemias, sino para no tener más hijos. Se “captó” personas, desconociendo que la decisión para planificar la familia es fundamentalmente una decisión voluntaria e informada acerca de todos los aspectos involucrados. En la “captación” se aplicaron varios tipos de presiones, desde el acoso domiciliario en visitas reiteradas, hasta promesas de incentivos diversos consistentes en alimentos, operación y medicinas gratuitas. Se recurrió igualmente a las amenazas, siendo las más constantes, que en el futuro no se tendría derecho a pedir atención médica para sus hijos, que los niños nacidos no serían inscritos y que pagarían una multa. Se llegó a utilizar como mecanismo de coacción la presencia de autoridades policiales en las comunidades y se aludió directamente a que se trataba de una Ley y que eran órdenes expresas del Presidente de la República, por lo que se ejecutaban sin costo alguno. En otros casos, las personas fueron convencidas de que la AQV era lo mejor para ellas y dieron su consentimiento; pero, en la mayoría, no llegaron a entender a cabalidad en qué consistía la intervención, ni mucho menos su carácter de irreversible, existiendo señoras que confiaban en que la ligadura era pasible de “ser desatada” después de 10 años, cuando quisieran tener un niño.

⁴³ Como así lo manifestaron los Directores de DISAS entrevistados, así como el Dr. Jorge Parra, director del Programa de Planificación Familiar

⁴⁴ Reuniones en: 1) Ancón 1995, presencia del Presidente Alberto Fujimori, Ministro Eduardo Yong-Motta, Director del Programa John Nagahata quien presentó el programa de esterilizaciones quirúrgicas ; 2) Pisco-Paracas 1996, con la presencia del Ministro Marino Costa Bauer, Dr. Alejandro Aguinaga, Dr. Jorge Parra ; 3) Granja Azul 1997, presencia del asesor del presidente Dr. Eduardo Yong-Motta y el Ministro de Salud Alejandro Aguinaga; 4) Hotel El Pueblo 1998, Dr. Jorge Parra, con presencia de agencias internacionales USAID, UNFPA, Pathfinder.

3. **Derecho a presentar denuncias.** Entre las prácticas contrarias al derecho de las personas a efectuar denuncias se utilizó la presión, el amedrentamiento hacia los denunciantes, la negativa de los organismos pertinentes para recepcionar sus reclamos y se llegó al extremo de ofrecer dinero al cónyuge sobreviviente a cambio de silenciar el fallecimiento de la esposa como consecuencia de la AQV. Los huérfanos de estas familias han quedado desamparados.

4. **Metas programáticas transformadas en cuotas.** Las metas de programación indispensables para todos los programas, fueron en la práctica transformadas en cuotas de cumplimiento obligatorio por cada profesional y cada establecimiento de salud. Hubieron incentivos para profesionales y establecimientos de la salud que consiguieran esterilizar a un mayor número de personas, así como se sancionó a quienes no llegaron a cumplir las cuotas establecidas. Al respecto, si bien todos los funcionarios entrevistados negaron que en su jurisdicción se hubiera llevado a la práctica lo anteriormente denunciado, todos coincidieron en que sabían que esto sí había sucedido en otras áreas que no eran de su responsabilidad. El personal de salud, manifestó en las entrevistas realizadas que se les indicó que se debía cumplir un número determinado de cobertura de mujeres para ser esterilizadas.

5. **Manuales.** Las AQVs ocurrieron a partir del segundo semestre de 1995 sin existir normatividad específica acerca de cómo, dónde, cuándo, en qué condiciones y por quién debían ser ejecutadas, demostrando este solo hecho un atropello a la dignidad de las personas. Los primeros manuales de procedimientos para estas intervenciones aparecieron en Enero de 1997 y las normas que debían reunir los locales para su ejecución, así como la capacitación técnica, recién vieron la luz en el mes de Noviembre de 1998, por lo que las esterilizaciones en más de un 70%, se realizaron sin contar con requisitos mínimos indispensables para todo acto quirúrgico, tanto en lo que atañe a locales como a profesionales capacitados. Algunos directores señalaron desconocer la existencia de Manuales. Aún así, al evaluar las historias clínicas y desde el punto de vista médico se encuentran fallas en distintos parámetros de acuerdo a los manuales ya vigentes. Más de la mitad de los establecimientos evaluados en los cuales se realizó actividades de anticoncepción quirúrgica no cumplía con los requerimientos mínimos, según los manuales vigentes, para su desarrollo.

6. **Aspectos operatorios.** No hubo una adecuada selección de aquellas personas que podían ser sometidos a AQV, obviándose factores de riesgo o contraindicaciones señalados en los manuales vigentes. No se realizó una adecuada evaluación pre operatoria de los usuarios y tampoco se cumplió con el debido seguimiento post operatorio de los mismos. No se cumplió, en muchos casos con enviar pacientes en riesgo a establecimientos de mayor nivel. Hubo negligencia en la supervisión de estas intervenciones a pesar de estar normada por los manuales de normas y procedimientos. Según las historias clínicas revisadas, por ejemplo en Ancash, Junín y San Martín, sólo en el 45.5% de operaciones se contó con anesthesiólogo, las anestесias eran colocadas por enfermeras y obstetricas. El personal que operaba en los hospitales rurales de San Martín era el médico general capacitado (61.09%) a diferencia por ejemplo del Callao que eran médicos especialistas en el 80.13% de los casos. En las historias clínicas revisadas en el Cusco la mayoría de las esterilizaciones fueron realizadas por médicos generales. Actualmente los médicos especialistas, gineco-obstetras, en entrevistados en algunos de los departamentos antes señalados no realizan operaciones de esterilización a la espera de una orientación más precisa acerca de las condiciones del nivel de resolución técnica, tanto en equipamiento y personal de salud que un establecimiento debe requerir para este fin.

7. **Comunidades afectadas.** La política de población estuvo dirigida con especial énfasis hacia aquellas poblaciones campesinas, indígenas y en situación de pobreza, violando así las propias leyes nacionales de protección del derecho a la salud y a la integridad física como: la Constitución de la República, La Ley General de Población y el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1996-2000).
La intencionalidad política de promover una esterilización obligatoria, encierra una voluntad discriminatoria, de desprecio por la vida, derechos humanos, el derecho a la salud, derechos de los cuerpos de las mujeres, el derecho a decidir, a su dignidad y cultura. Las comunidades afectadas han tomado distancia de los establecimientos de salud y se muestran temerosas y desconfiadas ante las irregularidades, la violación a los derechos fundamentales y los abusos cometidos por personas que en algunos casos continúan a cargo de los mismos.

8. **Publicidad engañosa.** Se utilizó un tipo de publicidad engañosa que ofrecía la felicidad y el bienestar como consecuencia de estas intervenciones: Folletos, afiches, posters y

spots radiales reportados en el informe periodístico del equipo de apoyo a la Comisión AQV. Las entidades que los financiaron⁴⁵ no se pronunciaron acerca de que el contenido propagado guardara concordancia con las pautas de veracidad establecidas conforme a ley, el cual es supervisado por INDECOPI.

9. **Consecuencias psicológicas.** Estas consecuencias en las personas afectadas, dependiendo de la estructura de personalidad y fortaleza psíquica podrían haber sido resueltas con el transcurso del tiempo o encontrarse encubiertas bajo signos de desvalorización personal y actitudes pasivas o desalentadoras ante el futuro, sustentadas en parte por las carencias económicas que viven. Se han generado cuadros somáticos como cefalea, dolor de cabeza, de abdomen, de cintura, falta de fuerzas para trabajar, cargar cosas, se sienten débiles.

⁴⁵ MINSA, USAID, CARE-Perú, Population Council, Frontiers, Prisma y Apropro, AVSC.

VII RECOMENDACIONES

1. **Reconocimiento y disculpa pública del Ministerio de Salud** a las mujeres campesinas e indígenas de nuestro país a las cuales se vulneró sus derechos humanos, su derecho a decidir, sus cuerpos, su cultura y su vida.

Algunas mujeres y hombres murieron como consecuencia de las esterilizaciones forzadas, el Ministerio deberá proteger en su educación, salud y alimentación a los huérfanos de estas personas, como un inicio de la verdadera reconciliación entre peruanos. Así mismo, en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Promoción del Desarrollo Humano (PROMUDEH) y agencias internacionales de desarrollo, debería desarrollar en los lugares identificados por esta investigación y por otras investigaciones referidas en este documento, proyectos productivos, talleres y acciones que capaciten y promuevan la participación de las mujeres en la toma de decisiones y alfabeticen adecuándose a las particularidades regionales. El elevado índice de consecuencias psicológicas encontradas en las poblaciones afectadas, así como los cuadros depresivos de severidad variable nos llevan a adelantar la necesidad de sugerir que en los proyectos de desarrollo, se incluyan terapias específicas destinadas a elevar la autoestima y recuperar la salud mental.

Las comunidades afectadas exigen el irrestricto respeto a las diversas culturas en el territorio nacional, en la implementación de estrategias, por lo que se deben tomar en cuenta sus costumbres, creencias y tradiciones, así como los recursos naturales utilizados por las comunidades nativas para regular su fertilidad y se promueva el desarrollo de las zonas para erradicar el analfabetismo, la desnutrición, la mortalidad materna e infantil y la violencia.

Reconocimiento público a todas las mujeres que brindaron sus testimonios para aclarar la verdad y en especial a las mujeres de Anta, Huancabamba, Chumbivilcas, Sicuani, Colquepata, Urubamba y otras, que no desfallecieron en su denuncia hasta hoy, para que nunca más se vuelvan a repetir casos de esterilizaciones forzadas.

2. **Resguardar el derecho a una información veraz** y detallada del personal del Ministerio de Salud en el idioma nativo en que hablan las mujeres y hombres de las diferentes regiones de nuestro país, con el propósito de que dispongan de toda la información existente acerca de los diversos métodos de regulación de la fecundidad,

naturales y artificiales, sus efectos colaterales, contraindicaciones y posibles secuelas, incluyendo instructores en el uso de los métodos naturales modernos y efectivos, éstos últimos deberán incluirse en el Manual de Normas de Planificación Familiar. Esto contribuirá a que tenga mayor validez una decisión personal y de conciencia.

El término AQV debe cambiarse por el que efectivamente denota la intervención a realizarse que es “ligadura de trompas y vasectomías” voluntarias, de forma de evitar que se despojen de sus contenidos reales a las nomenclaturas.

En el diseño de actividades de consejería debería contemplarse la inclusión de profesionales de salud mental, capaces de evaluar el estado emocional de las personas que solicitan una operación de esta naturaleza, sus verdaderas motivaciones y valoración de sus efectos en su vida personal y familiar.

3. **Resguardar el cumplimiento de las leyes.** El Poder Judicial y el Ministerio Público deben investigar y acelerar los casos pendientes denunciados por abuso, daños y muerte a consecuencia de ligaduras y vasectomías, estableciendo sanciones e indemnizaciones cuando hubiere lugar. El Estado debe estudiar la tipificación penal del delito de “esterilización forzada”, contenido en el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Crímenes de lesa humanidad, Artículo No. 7, inciso g)⁴⁶ y ratificar este instrumento internacional. Igualmente, se recomienda incorporar en las normas y para velar por la transparencia de las responsabilidades asumidas por las partes, se registre el consentimiento informado ante fedatario del sector salud para darle validez jurídica a la decisión.

4. **Difundir deberes y derechos de los usuarios (as) y de los profesionales de la salud.** Los profesionales de la salud tienen el deber de dar la mejor atención a las personas en los aspectos técnicos y valorativos de la dignidad humana. Así mismo debe respetarse que existan profesionales objetores de conciencia que no deseen participar en actividades de esterilización quirúrgica, y que esto no implique represalias a su accionar. Paralelamente deberá difundirse los Derechos de los usuarios (as) y las instancias respectivas a las que pueden acudir en caso de quejas y denuncias sin temor. Debe quedar explícitamente prohibido todo incentivo

⁴⁶ Aprobado el 17 de julio de 1998 por la Conferencia Diplomática de Plenipotenciarios de las Naciones Unidas para el establecimiento de una corte penal internacional.

relacionado con la actividades de planificación familiar, tanto para los profesionales de la salud como para los usuarios (as). Cualquier mecanismo de presión, coacción o amenaza de privar a una persona o a sus familiares de ser beneficiario de otro programa social, condicionándolo a su aceptación de un método de planificación familiar debe ser inmediatamente denunciado y sancionado de manera ejemplar. Debe quedar prohibido el término “captación” de pacientes para la anticoncepción quirúrgica y para cualquier método de planificación familiar. Debe proibirse toda mención a cuotas por profesional, cualquiera sea su nivel o condición laboral nombrado o contratado. Se deben establecer mecanismos de difusión y capacitación de todo el personal de salud en relación a los deberes y derechos de los usuarios (as) y del personal de salud.

5. **Resguardar el derecho a una intervención quirúrgica con calidad.** Ninguna persona debe ser sometida a cirugía sin una historia clínica y una evaluación pre operatoria lo más completa posible. Las operaciones de ligadura de trompas y vasectomías deberán ser efectuadas en Hospitales de nivel III con todas las garantías de acreditación satisfactorias. Se debe recordar a los médicos que su responsabilidad no concluye con la intervención quirúrgica y que deben encargarse del pre y post operatorio de sus pacientes, lo que no ocurrió en los casos investigados. Debe quedar terminantemente prohibido proceder a la ligadura de trompas en pacientes que son intervenidas por cualquier otro motivo (cesárea o post aborto) a menos que exista el requerimiento específico y documentado de la pareja para este procedimiento o que esté en riesgo su vida; en caso de incapacidad de la paciente se deberá consultar al familiar responsable, documentando la aceptación.

El Ministerio de Salud debe establecer claramente su responsabilidad en asumir la totalidad de los costos de las complicaciones que se pudieran presentar incluyendo traslados, medicamentos y de ser necesario, otra intervención quirúrgica.

6. **Evaluar y cambiar** de ser el caso, a los directores, coordinadores de planificación familiar de las DISAs y jefes de centros de salud que participaron en el programa de planificación familiar 1996-2000 y que aún se mantienen en sus puestos y no reconocen los errores cometidos respecto a las esterilizaciones quirúrgicas. Estas acciones contribuirán a la recuperación de la confianza y credibilidad en los centros de salud y hospitales públicos.

- 7. Comité Especial para el cumplimiento de las recomendaciones.** El Ministerio de Salud se compromete a velar por la dignidad de la persona humana y asume la responsabilidad que le cabe en los lamentables hechos ocurridos. Este Comité deberá estar conformado por un representante de la Dirección General de Atención de Salud de las Personas, Colegios Profesionales de Medicina y Obstetricia, Direcciones Regionales de Salud y representantes de las comunidades campesinas y nativas y organizaciones de mujeres, será presidido por el Vice Ministro del Sector. El Comité deberá revisar y actualizar la normatividad existente de manera que ésta informe acerca de todos los métodos de planificación familiar; propondrá sanciones administrativas y medidas correctivas adecuadas para que ninguna violación a los derechos de mujeres y varones pueda repetirse o quedar impune; programará inspecciones rutinarias y extraordinarias para verificar “in situ” la existencia de infraestructura apropiada y comprobar la idoneidad profesional técnica y ética, así como el cumplimiento de lo establecido en los manuales.
- 8. La Dirección de Promoción de la Salud asumirá** la difusión de las alternativas de planificación familiar, la cual será ratificada por la Comisión Especial para velar que no se propale propaganda engañosa a la población. Esta Dirección asumirá prioritariamente la elaboración de cartillas para las diferentes regiones del país, considerando las lenguas nativas propias, en lenguaje claro. Estas cartillas deberán contener un breve cuestionario para comprobar que han comprendido la instrucción recibida y para las personas analfabetas se recurrirá a técnicas gráficas adecuadas.
- 9. Investigar** aspectos que por el tipo de recursos y tiempo exigido para su revisión la Comisión Ministerial no ha podido realizar, como son establecer con claridad la procedencia de los fondos gastados, los costos de las medicinas compradas e implementos por el programa de planificación familiar 1996-2000, estableciendo con claridad la procedencia de los fondos y el manejo de las partidas presupuestales correspondientes.
- 10. Remitir el presente informe al Ministerio Público** a fin de que se abran investigaciones exhaustivas y establezcan responsabilidades con el debido y justo

proceso a los principales responsables de lo sucedido, quienes diseñaron, dirigieron e implementaron las esterilizaciones forzadas.