

¿LIBRE OPCIÓN O ALIVIO DE LA POBREZA? POLÍTICAS DE POBLACIÓN EN EL PERÚ DE ALBERTO FUJIMORI*

Jelke Boesten¹

“El gobierno no puede reducir la pobreza de manera eficiente si las familias pobres siguen teniendo un promedio de siete hijos” (Primer Ministro del Perú, *Gestión* 07.12.1995; citado en Aramburú 2002).

En 1995, el gobierno peruano de Alberto Fujimori implementó un programa de promoción de la “planificación familiar” en todo el país, a consecuencia del cual, como se reveló más tarde, mujeres pobres, predominantemente rurales e indígenas fueron esterilizadas de acuerdo con un sistema de cuotas. Muchas mujeres fueron obligadas, y algunas murieron por complicaciones no atendidas. Estos hechos han sido investigados desde una perspectiva de derechos humanos (CLADEM y Tamayo 1999, CLADEM 1998, Defensoría del Pueblo, s/f). Este trabajo se propone ampliar la perspectiva mediante un examen de cómo fue posible que una política de motivación neo-malthusiana se aplicara en la segunda mitad de la década de 1990, tras los acuerdos alcanzados en la Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo (1994) y la Conferencia de Beijing sobre la Mujer (1995) en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos.

Los programas de control natal dirigidos a los más pobres del mundo no son nuevos o únicos en el Perú. Como lo demuestran una gran variedad de estudios, a menudo la pobreza de las masas no-blancas ha impulsado el desarrollo de estrategias activas de control poblacional por parte de las organizaciones nacionales e internacionales y los gobiernos (Mamdani 1972, Jaquette y Staudt 1988, Kabeer 1992). Dichas políticas se han justificado con argumentos de desarrollo económico, medioambientalistas y médicos. A menudo, como los diversos estudios indican, los

* Publicado originalmente por la Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe (número 82, abril de 2007) del Centro de Estudios y Documentación Latinoamericanos de Amsterdam. Traducido del inglés por Ricardo Alvarado Portalino.

motivos subyacentes de estas estrategias se basan en el temor a la pobreza y la degeneración racial, con efectos más allá de las fronteras nacionales.

A nivel nacional, la idea de que la población puede ser “moldeada” en ciudadanos deseables ha estado presente desde principios del siglo XX. Así, los programas de control natal en el Tercer Mundo de la segunda mitad del siglo XX, sustentados por el supuesto problema de la sobrepoblación y la pobreza, tienen sus raíces en los discursos y experimentos en los campos de higiene y eugenesia, a principios del siglo XX (Stepan 1991). En el Perú, estos debates fueron enfocados en el “problema indígena” y una identidad nacional fragmentada, debatida por *hispanistas* e *indigenistas*, es decir, entre los promotores de la importancia cultural y biológica de la herencia europea entre los peruanos, y los que ponían énfasis en la herencia indígena (Hale, 1996). En las décadas de 1930 y 1940, mientras las teorías eugenésicas habían perdido su atractivo intelectual en la mayoría de América Latina y Europa, los médicos peruanos promovían activamente ideas y políticas eugenésicas a través de una sociedad eugenésica patrocinada por el Estado. Estos distinguidos científicos estaban preocupados por la “calidad” de la población peruana y la mejora de la raza, mientras que sus esfuerzos se basaban en una búsqueda de la modernidad (Boesten y Drinot 2004).

Como tal, el ámbito de la “población” siempre ha estado muy cargado políticamente. Al mismo tiempo, y esto a menudo es olvidado por políticos y demógrafos, la consiguiente búsqueda del control de la natalidad concierne a los cuerpos de las mujeres individuales y al control que ellas tienen sobre su cuerpo, su sexualidad y sus opciones de reproducción (Caetano y Potter 2004). Después de décadas de activismo y debate, estos dos aspectos del “problema” de la población fueron, si no conciliados, al menos discutidos en la Conferencia de El Cairo sobre Población en 1994, seguida por la Conferencia de Beijing sobre la Mujer de 1995 (Tamayo, 2001). La salud y los derechos reproductivos de las mujeres fueron reconocidos como fundamentales para el éxito y la eficacia de los programas de población. Sin embargo, quedó suficiente espacio para la ambigüedad en los acuerdos internacionales de El Cairo, debido a la reducción de costos, al neo liberalismo, a la oposición religiosa a los derechos de la mujer, y al “pensamiento malthusiano [...] arraigado en las instituciones de desarrollo, organismos donantes y departamentos gubernamentales”, que tendieron su sombra sobre los programas de población a lo largo del mundo (Nair y Kirbat 2004). En el Perú,

este espacio fue recogido entusiastamente por el gobierno autoritario de Alberto Fujimori (1990-2000).

Los temas de población como objeto de políticas

Las preocupaciones modernas respecto a la población, tras el declive de las preocupaciones sociales formulados por “hispanistas” e “indigenistas” en los años ‘10 y ‘20 y por el movimiento eugenésico de los años ‘30 y ‘40, fueron provocados por la rápida evolución de los cambios demográficos². La población peruana creció de unos 6 millones en 1940 a más de 25 millones en el 2000. Las mejoras en la salud causaron una aguda disminución de la mortalidad, mientras que la tasa de fecundidad se situaba en 1972 en un promedio de 6 hijos por mujer (Aramburú 2002). Los centros urbanos, especialmente Lima, crecieron en forma sostenida, como resultado de la migración interna. En 2000, 73% de la población era urbana, y 54% de esta población vivía por debajo de la línea de pobreza. La urbanización y los cambios económicos y políticos condujeron a nuevas preocupaciones sobre el crecimiento demográfico de los pobres.

Como resultado, en 1964 un grupo de investigadores en salud pública creó una entidad financiada públicamente, el *Centro de Estudios de Población y Desarrollo*. Sin embargo, el contexto político no era el correcto: la agresiva participación de los EE.UU. en los programas de control natal del Tercer Mundo llevaron a varios gobiernos de izquierda de los principales países en desarrollo a protestar contra el “imperialismo de los EE.UU.” y la ecuación crecimiento de población=pobreza (Kabeer 1992). Cuando en 1968, un régimen militar izquierdista asumió el poder en el Perú, se alineó con los países críticos de la participación de los EE.UU. El Centro de Estudios de Población y Desarrollo fue abandonado y se importaron anticonceptivos fabricados en los Estados Unidos, pero no de forma masiva. La década de 1970 vio un creciente interés por los métodos de control natal entre las mujeres de clase media. Surgieron organizaciones feministas, y se expresaron las demandas por un mejor acceso a una amplia gama de métodos de control natal. Esto marcó el comienzo de un largo y no finalizado conflicto con la Iglesia Católica y sus representantes en el gobierno. Además de los problemas de la moral sexual religiosa y la oposición política contra los anticonceptivos importados de EE.UU., había un problema de clase: las activistas feministas de clase media tenían un acceso relativamente bueno a la anticoncepción y salud reproductiva en comparación a las mujeres más pobres y, en particular, a las mujeres indígenas de zonas rurales, que

fueron a menudo aisladas de los servicios sanitarios. Mientras que la oposición a los métodos anticonceptivos importados de EE.UU. desapareció en la década de 1980, la preocupación de la Iglesia respecto a la moral sexual y el problema del acceso de los pobres a los servicios de salud sigue siendo un obstáculo para el lobby a favor del control natal.

Los primeros intentos políticos de ampliar el acceso a los métodos anticonceptivos tras la caída del régimen militar en la década de 1980 se realizaron durante el gobierno de Belaúnde (1980-1985). El censo de 1981 mostró que la población peruana creció en más de tres millones y medio de personas en menos de una década, que la tasa de fecundidad ascendía a poco más de cinco hijos por mujer, y que el 62% de las mujeres casadas, especialmente en las zonas con mayor tasa de fertilidad, no quería tener más hijos. El gobierno creó un Consejo Nacional de Población y, poco a poco, se instalaron en los hospitales públicos servicios de planificación familiar. Sin embargo, estas medidas no alcanzaron a la población de las comunidades más remotas, más allá de los centros urbanos. Sin embargo, en 1984, la II Conferencia Internacional sobre Población en México marcó el impulso final para la formulación de una ley sobre población y control de la natalidad (Aramburú 2002).

La Ley Nacional de Población de 1985 garantizaba el derecho de los individuos a decidir libremente cuántos hijos querían. Poco después de su llegada al poder, el presidente Alan García (1985-1990) expresó su preocupación por el crecimiento de relación en relación con el desarrollo (Aramburú 2002, Bonfiglio 1999, Arroyo 2002). Por primera vez, la opinión pública, incluida la izquierda y la Iglesia, apoyaron propuestas para controlar activamente el crecimiento demográfico. La Iglesia se opuso a los métodos modernos para reducir la tasa de fecundidad, pero promovió la “paternidad responsable” y los métodos naturales de control natal, como el coitus interruptus y el ritmo. A consecuencia del temor a la oposición de la Iglesia, la ley de 1985 omitió intencionalmente la esterilización y el aborto, dos intervenciones médicas que las feministas querían legalizar. A pesar del clima favorable para crear programas de control natal, el gobierno no hizo cambios sustanciales en los servicios de salud o en el suministro de información más allá de los centros urbanos (Arroyo 2002). Aunque ningún efecto radical se hizo sentir en la década de 1980, la ley abrió el camino las políticas más radicales de la década de 1990.

En suma, mientras los países en desarrollo de todo el mundo participaron en las políticas de población a través de campañas de planificación familiar financiadas exteriormente, el escenario político y religioso del Perú no estaba preparado para medidas de gran alcance. Rumores sobre esterilizaciones forzadas realizadas por USAID o por el Cuerpo de Paz de los EE.UU. en países vecinos llegaron al Perú, y se realizaron acusaciones dentro del Perú³. De ese modo, no hubo acción y los métodos de control natal siguieron siendo, en gran medida, un privilegio para aquellos que podían pagarlos, tenían acceso a la información adecuada y a los productos actuales. La tasa de fecundidad descendió rápidamente entre las mujeres educadas de clase media, así como entre los migrantes urbanos con menos medios económicos, mientras que la tasa de fecundidad entre la población rural indígena apenas disminuyó.

Fujimori y la rápida reducción de la natalidad

Cuando Alberto Fujimori llegó al poder en 1990, el país estaba social, económica y políticamente en bancarrota debido a la inflación galopante y a la devastadora guerra iniciada por Sendero Luminoso en 1980. Para hacer frente a estos problemas, Fujimori creó un gobierno autoritario-populista con sabor a la democracia. Desde un principio, Fujimori utilizó una retórica de integración y emancipación social. A pesar de sus promesas, el nuevo presidente comenzó su periodo de gobierno con un shock económico, que estabilizó la economía, pero también empobreció a la población. Sin embargo, muchos logros económicos y sociales, por no mencionar el desmantelamiento de Sendero Luminoso mediante la captura de su líder Abimael Guzmán en 1992, le valió gran apoyo popular. Fujimori también utilizó su mandato para crear un sistema de control social sin precedentes. Después de un “auto” golpe de Estado en 1992, el presidente y su servicio secreto aumentaron su control sobre el sistema judicial, las fuerzas armadas, la policía, y gran parte de los medios de comunicación (Cotler y Grompone 2000). El carácter autoritario pero popular de su régimen contribuyó a los siguientes eventos.

Fujimori dio cumplimiento a la ley de Alan García sobre población, mediante el diseño de un Programa Nacional de Población. Los objetivos de ese programa eran reducir el crecimiento de la población a un máximo de 2% anual en 1995 –que es, de hecho, un crecimiento negativo-; promover la disminución de la fertilidad de 3,5-3 hijos por mujer en 1995, a 2,5 hijos en el 2000; mejorar la salud materna e infantil; y

garantizar la libre elección y los derechos reproductivos de las personas. Además, el programa de población proponía fomentar la participación de las mujeres y sus organizaciones en los ámbitos económicos, políticos y socio-culturales, en igualdad de condiciones con los hombres (CLADEM 1998). Por lo tanto, el gobierno de Fujimori promovió el control de la natalidad de forma explícita, enfatizando la necesidad de la igualdad de acceso a métodos anticonceptivos y salud reproductiva para las mujeres de todas las clases. En 1992, las mujeres urbanas tenían una tasa de fecundidad de 2,7 hijos y las mujeres rurales de 5,9 hijos. En consecuencia, se puso énfasis a partir de entonces en el acceso a los servicios de las poblaciones pobres y rurales. Después de la creación del programa en 1990, se hicieron las primeras reformas y se presionó a los organismos internacionales de financiación. En el año electoral de 1995, el programa siguió adelante, ahora con el apoyo financiero de USAID y una sólida legislación⁴.

Después de ser reelegido por una amplia mayoría de votos, Fujimori incorporó a la ley las esterilizaciones voluntarias como un método anticonceptivo aprobado. Esto provocó un acalorado debate entre el gobierno y la Iglesia, pero los medios de comunicación en general apoyaron la medida (Bonfiglio 1999). La Iglesia trató de imponer sus propias condiciones. Por ejemplo, impidió que el Estado implementase una educación sexual liberal en las escuelas, oponiéndose a la difusión del material educativo preparado por el Ministerio de Salud en 1996. El entonces arzobispo de Ayacucho y una de las autoridades de la Iglesia más conservadoras e influyentes del Perú, monseñor Juan Luis Cipriani, desarrolló su propio material educativo, haciendo hincapié en la paternidad responsable y la planificación familiar basada en la abstinencia y los valores morales. De acuerdo a muchos registros de esta polémica entre la Iglesia y el gobierno, el material conservador quedó a disposición de todos y la versión del ministerio –revisada– quedó a disposición de los profesores, pero no de los estudiantes (Sala 1996; Bonfiglio 1999, 136)⁵. La influencia que la Iglesia tenía en la política determinó en parte las políticas del gobierno. Sin embargo, Fujimori continuó desafiando a los sectores conservadores, con el apoyo de la comunidad internacional y la opinión pública.

La comunidad internacional acogió con beneplácito las medidas radicales propuestas por Fujimori. En el mismo año en que se aprobó la ley sobre esterilización voluntaria, el gobierno de Fujimori recibió millones de dólares y varios miles de toneladas de alimentos de USAID, para apoyar sus planes⁶. Parte del dinero fue al

Movimiento Manuela Ramos, ONG con sede en Lima, para implementar un programa participativo de información a las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos y darles el poder de involucrarse de manera activa en la mejora de su salud reproductiva. El resto de fondos fueron utilizados por el gobierno para proporcionar información y servicios de planificación familiar, incluyendo esterilizaciones, sin costo. Sin embargo, no se proporcionó ninguna mejora en la calidad de los servicios sanitarios rurales, tales como ambientes de trabajo higiénicos, suministros médicos e incluso camas. En cambio, el gobierno improvisó servicios médicos móviles para las zonas rurales; los médicos rurales recibieron órdenes para esterilizar a mujeres en sus áreas de acuerdo a un sistema de cuotas, y “garantizar que todas las mujeres aceptan un método anticonceptivo después del parto” (Aramburú 2002).

El establecimiento de cuotas para esterilizar a mujeres ya es prueba suficiente de los motivos políticos de este programa: las cuotas implican que el programa no estuvo motivado por preocupaciones sobre la salud de la mujer, el control de la natalidad, ni siquiera por la planificación familiar, sino por la demografía nacional en relación con el crecimiento económico. Estos objetivos no fueron fijados en áreas superpobladas, sino en zonas rurales de difícil acceso, pobres y marginadas. A fin de reducir las tasas de fertilidad en las zonas rurales poco pobladas, el personal local de salud tuvo que calcular el número de “mujeres en edad fértil” en su región, y esterilizar a un determinado número de estas mujeres. Aquellos trabajadores que respetaron las cuotas establecidas recibieron bienes o dinero (CLADEM y Tamayo 1999, CLADEM 1998, Defensoría del Pueblo s/f). Los alimentos donados se usaron como estímulo para que las mujeres consintieran la esterilización. De hecho, según un periódico, la oferta de esterilizaciones gratuitas para los pobres se hizo pública en el Callao⁺ en el mismo momento en que el Ministro de Salud recibió cerca de 20.000 toneladas de alimentos de USAID (Expreso, 12 de septiembre de 1995). Aunque los informes citados por Tamayo, CLADEM y la Defensoría del Pueblo difieren sobre la extensión en que el gobierno esterilizó a la fuerza a mujeres durante el período de Fujimori, todos están de acuerdo en que las esterilizaciones ocurrieron. Los motivos de Fujimori para tomar estas medidas extremas fueron económicos. No estaban destinados principalmente a ofrecer un acceso equitativo a los servicios, o a garantizar el bienestar de las mujeres. Como observó Carlos Aramburú, presidente del Consejo Nacional de Población en 1996 (2002), los

⁺ “El puerto de Lima” en el original (*nota del traductor*).

métodos radicales de Fujimori demostraron su interés personal por disminuir el crecimiento de la población a través del método más rentable, las esterilizaciones.

Los artículos de prensa de 1995 muestran cómo Fujimori vendió su estrategia de lucha contra la pobreza a través de políticas de población para el público en general: en un periódico nacional, *El Comercio*, afirmó que él acudió personalmente a la Conferencia sobre la Mujer de Beijing para apoyar el “importante trabajo del movimiento de mujeres”, e hizo énfasis en su “dedicación a la mejora de la posición del cincuenta por ciento de la población, que habían sido excluidos [de la ciudadanía plena] por mucho tiempo” (Fujimori 1995). En Beijing, Fujimori –el único jefe de Estado varón presente en la conferencia de la ONU- no pudo enfatizar suficientemente en que las mujeres tenían el derecho a controlar su fertilidad y que él sería el garante de este derecho para las mujeres de todas las clases. Así, Fujimori ganó los corazones y las mentes de los peruanos de izquierda, del movimiento de mujeres, y de la comunidad internacional, la cual era necesaria no sólo para dotar de legitimidad, sino también de medios financieros, a la aplicación de sus planes.

Por supuesto, la Iglesia sintió que estaba perdiendo terreno en la zona en la que se creía la única autoridad. Sin embargo, como el Ministro de Salud declaró a un periódico nacional, esta vez no hubo desacuerdos con la Iglesia, porque el gobierno solamente “cedió a las demandas de la población para controlar su fertilidad de acuerdo a sus derechos” (*La República*, 16 de agosto 1995). Pero Fujimori incluso dio un paso más allá: el Presidente acusó a la Iglesia de impedir a las mujeres el ejercicio de sus derechos, diciendo en su discurso ante la Conferencia Mundial sobre la Mujer: “Estoy convencido de que en América Latina y en otras partes del mundo ha llegado el momento de abandonar, de una vez por todas, los esquemas mentales anticuados que impiden el pleno desarrollo de la mujer y, por tanto, de la humanidad. Esto no significa que nuestro objetivo sea atacar a ninguna institución, sino que debe promoverse un debate de los más altos estándares éticos y humanos” (Fujimori, 1995). De esta manera, Fujimori desplegó el discurso internacional de los derechos de la mujer e hizo un llamamiento exigiendo igualdad para justificar el programa de planificación familiar –o más bien, programa de reducción de la fertilidad- dirigido a las mujeres pobres, rurales y urbano-marginales, al mismo tiempo que colocaba a sus políticas fuera del alcance de cualquier objeción conservadora.

Cuando, a mediados de 1996, la Iglesia denunció la existencia de un programa sistemático de esterilizaciones impulsado por el gobierno de Fujimori, sus acusaciones fueron desestimadas: Fujimori afirmó que la Iglesia era una fuerza conservadora que no apoyaba la libertad de las mujeres para usar anticonceptivos modernos. Esto estaba en la línea de su discurso en Beijing. Inicialmente, los movimientos de derechos humanos y feministas apoyaron en silencio los planes de Fujimori. Sin embargo, desde fines de 1996 en adelante, los movimientos de derechos humanos y la Defensoría del Pueblo se unieron a la Iglesia en sus críticas. A causa de una maraña de intereses y prioridades, las organizaciones feministas respondieron de manera tardía y no muy eficaz a las políticas (Barrig 2002, Petchesky 2000). En 1998, fue retirada una importante financiación internacional y el gobierno se vio obligado a reformar seriamente sus políticas de población (Bonfiglio 1999, Aramburú 2002).

A consecuencia de la participación en el programa de población, tanto las feministas del Movimiento Manuela Ramos como USAID podrían ser acusadas de complicidad, aunque ambas negaron cualquier conocimiento o aprobación a las cuotas o la coerción. En un importante artículo, la estudiosa feminista Maruja Barrig relata la secuencia de acontecimientos en la relación entre el Estado y las organizaciones del Estado respecto a las revelaciones de prácticas coercitivas (Barrig 2002). Ella destaca la falta de respuesta de las ONG feministas, la red de intereses y la aparente incapacidad de tomar una posición unida en contra del programa, por temor a perder el poco terreno que las mujeres habían ganado en las cuestiones de control natal. Las entrevistas con el personal que trabajó para *Reprosalud* y sus informes anuales indican que el Movimiento Manuela Ramos no habría estado de acuerdo con un proyecto de esterilización forzada. Sin embargo, la organización tampoco utilizó la información de que disponía o el acceso a las mujeres y hombres en las zonas rurales donde se implementó el programa, para tratar de detenerlo. Los *autodiagnósticos* discutidos a continuación implica que la organización debía saber lo que estaba pasando, ya que las mujeres mencionan la coacción y el engaño utilizados por el personal sanitario. En lugar de denunciar públicamente y con fuerza los acontecimientos y retirarse del proyecto, el Movimiento Manuela Ramos entregó los casos a la organización de derechos humanos CLADEM. La posición del Movimiento Manuela Ramos apuntaba a “realizar cambios desde dentro”, una posición que compromete el papel fundamental que una ONG feminista tal vez debiera tener. Petchesky observa la tensión entre colaboración y crítica que las

ONG encontraron en el tema de las esterilizaciones forzadas, y también destaca que aunque que el Movimiento Manuela Ramos proporcionó importantes servicios de salud pública, “no tenía ni la *autoridad* ni la *responsabilidad* de una agencia gubernamental (Petchesky 2000, 38 [cursivas en el original]). A pesar de los millones de USAID, Reprosalud fue uno de los muchos proyectos locales que no pudo superar la actual fragmentación de los proyectos (Guzmán Chaganaquí 2002, 197)⁷. Por desgracia, esta falta de autoridad y responsabilidad, sumada a la pérdida del rol activista de la organización debido a su colaboración con un gobierno autoritario, hizo del programa Reprosalud un cero a la izquierda institucional.

El papel de USAID en el programa de población no es menos problemático. Teniendo en cuenta su historial de participación en programas de población de motivación malthusiana, el rol de USAID en el programa peruano es sospechoso. Aunque USAID negó saber acerca de las cuotas, estuvo de acuerdo con las ambiciosas metas demográficas de Fujimori, e incluso destacó en el acuerdo de subvención que los servicios debían brindar un “umbral mínimo de calidad ofrecida al mayor número de personas ‘en riesgo’” (citado en Hartmann 2002, 268). Esto hace que uno se pregunte si el proyecto Reprosalud no era una cobertura políticamente correcta para ocultar agresivos objetivos demográficos. Sin embargo, al parecer el proyecto Reprosalud fue diseñado por el nuevo liderazgo departamental de USAID, interesado en promover los derechos de la mujer, y fue recibido al principio con resistencias dentro de los niveles más altos de la organización (Coe 2001, 8). El financiamiento de ambos elementos del programa de población –un elemento altamente participativo, comunitario y basado en derechos; y una política demográfica altamente vertical y agresiva- ilustran las contradicciones de los acuerdos de El Cairo y las tensiones continuas entre los programas de salud reproductiva y el control poblacional. Por supuesto, cuando en 1997 las acusaciones sobre esterilizaciones forzadas se volvieron suficientemente fundamentadas, USAID no admitió saber acerca de las cuotas, pero emitió nuevas investigaciones sobre la materia y retiró su financiamiento a ese elemento del programa.

Mujeres andinas y control de la fecundidad

Ya hemos visto con qué argumentos y objetivos el gobierno de Fujimori quiso introducir el control natal entre las mujeres pobres. Sin embargo, en lugar de empoderar

a las mujeres y mejorar la salud, el Estado obligó a los pobres urbanos y, especialmente, a las mujeres rurales a usar anticonceptivos, o más bien, a ser esterilizadas. Esta política se puede leer como un indicio de la existencia de un conflicto de intereses entre la voluntad del Estado y los deseos de la mujer, como si las mujeres no hubieran querido controlar su fertilidad y hubieran obligado al Estado a hacerlo. Sin embargo, como sugiero a continuación, lo cierto era lo contrario.

Antes del inicio del programa de población, según lo observado por la Encuesta Demográfica y de Salud 1991-1992, la mayoría de las mujeres peruanas encontraba que 2 hijos eran el número ideal para la crianza. Sin embargo, la tasa de fecundidad nacional era de 4 hijos por mujer y las zonas rurales mostraban un promedio poco más de 6 hijos por mujer, a pesar de que la mayoría de las mujeres no querían más hijos (FLACSO 1993, 83; Aramburú 2002). Tales números son compatibles por la cantidad de abortos ilegales ejecutados en el Perú: de acuerdo con la organización feminista Flora Tristán, por lo menos un 30% de todos los embarazos anuales fueron abortados. Muchos abortos fueron llevados a cabo por personas no profesionales, otros fueron auto-inducidos, dando lugar a muchas complicaciones y mortalidad materna (Flora Tristán y DEMUS, 2000). Encuestas posteriores entre las mujeres indígenas demuestran que ellas consideran a las complicaciones físicas de tener muchos hijos como una carga para sus cuerpos (FLACSO 1993, 2002 Aroyo, Aramburú 2002). Por lo tanto, podemos suponer que la mayoría de mujeres querían usar algún método anticonceptivo⁸.

A pesar del deseo de muchas mujeres rurales de reducir y controlar su fertilidad, pocas mujeres rurales utilizan métodos modernos de control natal. La mayoría utiliza métodos tales como hierbas, lactancia materna prolongada, coitus interruptus y el método del ritmo (FLACSO 1993, 83). A pesar del aumento de centros asistenciales y la incorporación formal de los servicios de planificación familiar a los centros locales de salud durante el período de Fujimori, mujeres y hombres no parecen confiar en el uso de anticonceptivos modernos. Nosotros podemos ilustrar esto mediante el examen de los autodiagnósticos, o informes auto-etnográficos, en que las mujeres hablan sobre su salud reproductiva.

El Movimiento Manuela Ramos y los autodiagnósticos en Huancavelica

Los autodiagnósticos son una forma participativa de determinar los problemas de la gente en las áreas en desarrollo. A través de los autodiagnósticos, las personas

identifican sus necesidades y demandas mediante el análisis de los problemas de su contexto local. Estos autodiagnósticos que uso fueron realizados por mujeres de Huancavelica y facilitados por el Movimiento Manuela Ramos entre 1996 y 1999, como parte del programa nacional de planificación familiar⁹. Irónicamente, esta información, que debía formalmente apoyar el diseño de las políticas gubernamentales, ahora nos puede ayudar a examinar a fondo por qué estas políticas fueron tan erróneas.

A pesar de la polémica que rodea al proyecto del Movimiento Manuela Ramos implementado en la segunda mitad de la década de 1990, el proyecto contiene una gran riqueza de información sobre la percepción de la salud reproductiva en las comunidades andinas. Los autodiagnósticos muestran las experiencias a veces contradictorias del conocimiento “tradicional” o local, frente al conocimiento biomédico “moderno” sobre salud y reproducción. Estas experiencias contradictorias parecen contribuir a la difícil relación entre hombres y mujeres y entre el personal de salud y sus pacientes. Estas relaciones difíciles, a su vez, están basados en malentendidos socioculturales que están atrincherados en el racismo y el sexismo hacia las mujeres indígenas rurales. Este contexto más amplio, sostengo, explica por qué fue posible que el personal médico utilizara la coerción en los programas de planificación familiar.

Huancavelica

Huancavelica es una provincia y un departamento, con una capital del mismo nombre, situada en las alturas frías y áridas de los Andes, a unos 3.500 metros. Es una de las regiones más pobres del Perú. La gente vive principalmente de la cría de ganado, la producción de lana y de algunos productos agrícolas como papas, maíz y quinua –un cereal utilizado como alimento básico-. Las comunidades y la capital provincial están unidas principalmente por vías no pavimentadas; el transporte público y los vehículos particulares sólo están disponibles para un grupo de comerciantes, autoridades y trabajadores de ONG; los caminos entre la capital de la provincia y los demás departamentos son pobres, y con frecuencia inaccesibles, debido a las inundaciones. Además, la historia de Huancavelica es violenta: durante el período colonial, Huancavelica fue el centro de producción de mercurio, a un alto costo para la población local en términos de explotación laboral (Contreras, 1982). El limítrofe departamento de Ayacucho, fue también una de las principales áreas de conflicto entre Sendero Luminoso y las fuerzas contrainsurgentes, desde 1980 hasta 2000.

Las trabajadoras *-promotoras-* utilizadas para ejecutar el proyecto Reprosalud en Huancavelica eran nativas de la región, y la mayoría había estudiado en la universidad local, recientemente establecida. Como trabajadoras comunitarias para el Movimiento Manuela Ramos, se internaban mucho en el departamento, para reunirse con organizaciones locales de mujeres, en talleres para empoderar a las participantes y que éstas las apoyen. Las promotoras ofrecían a las participantes información sobre enfermedades relacionadas con la reproducción, sobre el embarazo y el parto, el control natal, sobre derechos y leyes, liderazgo, y violencia familiar. Antes de que empezaran los cursos, se suponía que las participantes debían hacer autodiagnósticos: bajo la orientación y dirección de las promotoras, las participantes formulaban los problemas que encontraban en su vida reproductiva. Cuando las participantes lo autorizaban, las promotoras grababan estos autodiagnósticos en cassette, de lo contrario, tomaban notas. Gran parte de los cassettes y notas fueron transcritos, después de lo cual los autodiagnósticos fueron analizados y resumidos por las promotoras del Movimiento Manuela Ramos. Las promotoras también reflexionaban críticamente sobre su trabajo, su forma de entrevistar y dirigir, y las preguntas que hicieron o dejaron de hacer. Las promotoras tradujeron los informes al español, mientras que los conceptos clave fueron dados en quechua, la lengua materna de las huancavelicanas. Usando estos autodiagnósticos como fuente de información, realicé una narración en la cual las mujeres de las comunidades huancavelicanas por las que viajé en el 2001 miran sus experiencias con la salud reproductiva. Estos recuentos son, por supuesto, subjetivos, y se han adaptado varias veces de un lector y un idioma a otro. Sin embargo, este ejercicio nos proporciona una idea de (algunas) opiniones de las mujeres sobre por qué usan o no los métodos modernos de control natal. Si bien los gobiernos han actuado como si las mujeres pobres no quisieran o no pudieran reducir el número de hijos que dan a luz, este análisis sugiere que hay otros problemas que obstaculizan el ejercicio del derecho básico de las mujeres a controlar su propio cuerpo.

Fertilidad y nociones de feminidad

Los autodiagnósticos de Huancavelica indican que existe un obstáculo central que enfrentan las mujeres en el control de su fertilidad, el cual es el valor socio-cultural agregado a tener muchos hijos. El status de la mujer está relacionado a su fertilidad, así como al status de los hombres. Las mujeres mayores pueden ver el criar 12 hijos como un mandato de Dios y el número ideal para toda mujer. Sin embargo, la generación más

joven parece ser más escéptica respecto a estas obligaciones divinos (Movimiento Manuela Ramos 2003a). La mayoría de mujeres indicaron en sus autodiagnósticos que tener “demasiados” hijos, es decir, más del número deseado de 2-3, es una carga para su economía doméstica, su tiempo, sus matrimonios, y, especialmente, su bienestar físico. Sin embargo, parece que no todos en las comunidades aceptan esas nociones.

El cambio parcial de las nociones socioculturales sobre la feminidad y la fertilidad parece haber sido un incentivo para que los maridos se opongan al uso de los anticonceptivos modernos por parte de las mujeres. Algunos maridos parecen estar preocupados por perder el control sobre la sexualidad de las esposas y asocian los métodos anticonceptivos modernos con la infidelidad. En los autodiagnósticos, las mujeres dijeron que si querían utilizar métodos anticonceptivos modernos, los maridos podrían acusarlas de querer estar con otro hombre, o en quechua, *cacha warmi*, ser una mujer infiel. Las nociones sobre los roles de género imponen una fuerte relación entre maternidad, decencia y reproducción del grupo. Las mujeres son vistas como las “guardianas” de la vida tradicional y el uso de anticonceptivos modernos pone en peligro el orden tradicional¹⁰. Si las mujeres transgreden los límites aceptables de comportamiento al desear utilizar anticonceptivos modernos, se puede esperar resistencia. Los celos masculinos –y la violencia doméstica relacionada con los celos– son consecuencias realistas (Harvey, 1994, 75; Boesten 2006). Sin embargo, según los autodiagnósticos, confirmados por encuestas formales, tanto mujeres como hombres aceptan el uso de hierbas tradicionales o métodos naturales para prevenir o posponer el embarazo (FLACSO 1993, Ferrando 2002). El uso de métodos aceptados, como el coitus interruptus o el ritmo, sugieren que la participación de la pareja masculina en el control de la fertilidad es preferida al uso de anticonceptivos modernos.

En los autodiagnósticos, algunas mujeres dicen que sus maridos estarían dispuestos a considerar el control natal moderno si este fuera explicado ampliamente a ambos. El deseo de las mujeres por comprender y utilizar métodos anticonceptivos sin involucrar al marido en el proceso, al parecer hace que los hombres sospechen sobre el comportamiento sexual de sus esposas. Nuevos programas en los pueblos jóvenes de Lima, donde los hombres se incorporan a los programas de planificación familiar, confirman el efecto positivo de informar a hombres y mujeres por igual. Los hombres están dispuestos a asistir a talleres sobre planificación familiar, siempre y cuando sean parte del proceso¹¹.

Mezclando mitos

Las creencias, conocimientos contradictorios y malentendidos respecto al control natal que circulaban entre las mujeres que participaron en los autodiagnósticos indican la falta de acceso a información que tienen la gente. Por ejemplo, algunas mujeres dijeron que conocían el ciclo menstrual y trataban de utilizarlo para el control natal. Sin embargo, también indicaron que no tuvieron éxito. Había varias razones para ello: en primer lugar, algunas mujeres indicaron que la concepción está relacionada a la unión de la sangre. Así, durante la menstruación “la barriga está abierta” a la fertilización. La apertura del cuerpo femenino causa el embarazo; Luego, el niño vive los primeros meses de la sangre materna, por lo que la menstruación cesa. Por supuesto, esto está en contradicción con las nociones biomédicas sobre la concepción y la fertilidad. Sin embargo, otra razón que apareció en el autodiagnóstico, es que las mujeres no pueden usar el método del ritmo “porque no conocemos”. De acuerdo con la trabajadora social que participó en la elaboración de los autodiagnósticos, las mujeres pueden confundirse con la información difundida esporádicamente por los trabajadores de salud y lo que saben tradicionalmente sobre sus cuerpos. Otra razón que las mujeres de Huancavelica dieron para no usar el método del ritmo es “porque no nos viene nuestra sangre”. Las mujeres dijeron que no tuvieron tiempo para utilizar el método, porque quedaron embarazadas antes de tener la oportunidad de controlar su menstruación. Otras mujeres dijeron que si utilizaban el método, tendrían intervalos de uno a dos años entre los embarazos.

En los autodiagnósticos, los métodos modernos como píldoras, inyecciones o esterilizaciones fueron objeto de una amplia gama de incertidumbres y dudas. Las mujeres indicaron que la esterilización genera un cambio de actitud en la mujer, la hacer pelear con su marido, y "quemar" el cuerpo. Las píldoras e inyecciones también queman el cuerpo. Obviamente, esto causa enfermedades: cáncer, hemorragias, pérdida extrema de peso, y mal temperamento, aparecieron con mayor frecuencia como síntomas. Entre los resultados temidos de una intervención en la fertilidad, están las deformidades en los niños o el nacimiento de gemelos debido al uso de métodos anticonceptivos. Las historias parecen generadas por el temor general a lo desconocido y a informaciones incompletas –aunque no necesariamente erróneas, ya que muchos anticonceptivos tienen efectos secundarios y no son 100% seguros- mezcladas con creencias tradicionales, y proyectada en nuevas creencias. El personal de salud no

informa adecuadamente a sus pacientes sobre los efectos colaterales de los diferentes anticonceptivos, su adecuado uso individual, y las posibles consecuencias de la esterilización. Esto lleva a un choque entre dos sistemas de creencias. Por ejemplo, de acuerdo con los autodiagnósticos, algunas personas creen que si una mujer “se para” en un arcoiris durante la menstruación, mira o carga un gato mientras está embarazada, su hijo nacerá deforme. Los anticonceptivos modernos forman parte de tales creencias tradicionales. Dado que las mujeres son responsables de la reproducción, su conducta, incluyendo el uso de anticonceptivos modernos, se convierte en la única razón para todo lo malo que le suceda a los recién nacidos.

“Maltrato” por el personal sanitario

Mirando hacia atrás, podemos concluir que la falta de información y la consecuente incertidumbre acerca de los anticonceptivos modernos se debe principalmente a los maltratos del personal sanitario. El personal local de salud no informa equitativamente al público sobre el control natal, pero impone de métodos a las mujeres sin dar muchas explicaciones. Por ejemplo, las mujeres de Huancavelica dicen que el puesto de salud les dio píldoras anticonceptivas para tratar dolores de cabeza. Una mujer dijo que el personal del puesto de salud le había insertado un DIU –dispositivo intrauterino- después de haber dado a luz. Afirmó que sólo se enteró cuando fue al puesto quejándose de dolor. Ambas afirmaciones sugieren que el personal de salud cree que estas mujeres no habrían querido o podido controlar su fertilidad si lo hubieran discutido con ellas. En lugar de ello, el personal de salud tomó la opción más fácil: la imposición. Como veremos más adelante, este ejemplo refleja una práctica común, registrada por diversas ONG, en relación con relación jerárquica y desconfiada entre las pacientes y los proveedores de atención médica. La falta de un debate constructivo sobre ciertas creencias de las mujeres y el personal sanitario alienta, por un lado, las sospechas por parte de mujeres y hombres, y, por el otro, la falta de respeto y la discriminación por parte de los trabajadores de salud. Esta situación contribuyó a lo que se convirtió en el escándalo de esterilizaciones forzadas basadas en el sistema de cuotas del gobierno.

El Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM, fue el primero en publicar una investigación sobre el sistema de cuotas de Fujimori. Según su informe, investigado por la abogada feminista Giulia

Tamayo, personal utilizó muchos trucos para ganar el consentimiento de las mujeres para la esterilización. Las campañas de control de la natalidad prometían la atención de “especialistas de Lima” y tratamientos gratuitos de salud para toda la población. También se les prometieron alimentos y ropa. Otra táctica, no para convencer a las mujeres, sino para atraparlas, fue organizar distribuciones de alimentos y luego “captar” a las mujeres. Cuando protestaban, realizaban amenazas de prisión, multas, y de no tratar nunca más a sus familias. La fuerza física y el encierro fueron los últimos recursos que el personal de salud utilizó. El gobierno incluso ordenó a los centros de salud de zonas marginales “asegurar que las mujeres que vienen por un parto o aborto salgan con un método suficiente para prevenir futuros embarazos” (citado en CLADEM y Tamayo 1999). En la práctica, esto llevó a las mujeres a ser esterilizadas sin siquiera saberlo.

Aunque la prensa nacional e internacional afirma que entre 1995 y 1999, 200.000 mujeres fueron esterilizadas a la fuerza, esto es difícil de probar. Según el Ministerio de Salud, 277.793 mujeres fueron esterilizadas en ese período (Gianella 2004), aunque es probable que de estas miles “sólo” una parte haya sido obligada y otra haya sido manipulada –incluyendo el soborno– al ser esterilizada. Muchas mujeres, por supuesto, aceptaron voluntariamente ser esterilizadas, incluso cuando los procedimientos no se les explicaron a fondo. Sin embargo, incluso para aquellas mujeres que podrían haber quedado satisfechas con una esterilización gratuita, los servicios inadecuados representaban un problema: al menos 17 mujeres murieron y muchas quedaron permanentemente discapacitadas como resultado de esterilizaciones mal ejecutadas (Defensoría del Pueblo s/f). Los puestos de salud en las zonas rurales a menudo carecían de los equipos y conocimientos necesarios para realizar efectivamente las operaciones, no cumplían con las normas de higiene, y las mujeres no recibieron el cuidado adecuado. La dificultad de asumir completamente los efectos del Programa Nacional de Planificación Familiar y el hecho de que se trató de una campaña bien organizada, planificada para esterilizar a un gran número de mujeres indígenas pobres, se agrava por la prevalencia actual de violencia y abuso contra esta parte de la población peruana¹².

Aunque no conocemos los detalles estadísticos, sabemos que miles de mujeres fueron obligadas a esterilizarse, de acuerdo a un sistema de cuotas aplicado por el personal local de salud que cumplía con las demandas del gobierno. ¿Por qué? En primer lugar, al igual que las mujeres destinatarias, el personal sanitario fue tentado a

través de un sistema de recompensas y castigos. El puesto de salud u hospital que cumplía con los cupos establecidos recibía computadoras y otros equipos del Ministerio de Salud. Los profesionales recibían bonificaciones individuales cuando se cumplía las cuotas personales: de 4 a 6 mujeres esterilizadas por mes. No participar podía significar perder el empleo (CLADEM y Tamayo 1999). El informe de Tamayo incluye fotocopias de cartas del Ministerio de Salud a los centros de salud locales, que apoyan estas afirmaciones. Un médico en La Mar, provincia de Ayacucho fronteriza a Huancavelica, me dijo que: “era una situación autoritaria, no podíamos oponernos a ella. Fuimos a buscar a las mujeres que podíamos esterilizar”¹³.

Sin embargo, el personal médico actuó en relativa libertad y no necesitó ser convencido mediante violencia o engaños. Por lo tanto, la complicidad del personal puede explicarse parcialmente por el carácter estructural del comportamiento agresivo e incluso violento hacia las mujeres en el sistema sanitario. Independientemente del programa de población, las mujeres en Huancavelica, así como en Lima, dijeron que los médicos y enfermeras las humillaban constantemente. En el 2000, las mujeres de Pamplona Alta, en Lima, elaboraron una lista impresionante de tratos humillante recibidos del personal de salud¹⁴. El primer informe de CLADEM incluye otras acusaciones sobre comentarios humillantes respecto al comportamiento sexual de las mujeres, su estupidez, su situación marginal y su débil situación jurídica. Las mujeres pobres, urbanas y rurales, reclaman porque se sienten discriminadas o maltratadas por el personal de salud. El citado médico en La Mar recordó que: “esas mujeres son ignorantes. Nosotros sólo las sobornamos; consienten a la esterilización si se les da dinero para sus necesidades básicas”¹⁵.

Las actitudes racistas de los proveedores locales de salud son la piedra angular de la aplicación de programas coercitivos de planificación familiar. ¿De qué otra manera un médico, a menudo nacido y crecido en la región y educado en una universidad de provincias, sería capaz de obligar a tomar píldoras, poner DIU e incluso esterilizar a la población local? Sólo un profundo desprecio por la población lo puede explicar: la creencia de que los pueblos indígenas hombres y mujeres no son capaces de entender los métodos de control de natal. Ellos parecen creer que los hombres no quieren el control natal y que las mujeres son demasiado ignorantes para entender cómo usarlo. Al mismo tiempo, el personal de salud parecía haber sido fácilmente convencido

sobre la necesidad de las familias pobres de utilizar un método anticonceptivo para poner fin a la reproducción de determinados grupos sociales.

Esto nos lleva a un aspecto que es más problemático que “sólo” un gobierno cruel que establece cuotas. Las historias de abuso por razón de sexo, clase social y discriminación étnica surgen no sólo en relación con el personal de salud y los programas de planificación familiar, sino también en relación a la educación, distribución de alimentos y los programas estatales para erradicar la violencia doméstica (Oliart 1999, CLADEM 1998, Boesten 2003 y 2006). El autoritarismo y el abuso de poder reproducen una jerarquía de larga data, basada en el género y la raza (Manrique 2002, Barrig 2001). En el caso de los programas de control natal, el interés personal que tenía Fujimori en la lucha contra la pobreza impidiendo el crecimiento demográfico generó obediencia entre las autoridades médicas locales, lo que a su vez, fue un incentivo para un comportamiento autoritario y para el abuso de poder a nivel local.

Por tanto, la desigualdad opera a varios niveles y sirve para fines distintos, que a menudo se cruzan entre sí. Para el médico de La Mar, la educación lo distinguía de sus pacientes. El doctor mismo provenía del altiplano del sudeste de Puno. Él se presentaba a sí mismo con orgullo como de ascendencia indígena, de habla aymara. Él también decía que estaba encantado de servir en una región de habla quechua, y afirmaba amar la cultura de la zona. Sin embargo, tras cuatro años en la zona de La Mar, aún no sabía hablar el idioma. Aunque lamentaba su incapacidad para comunicarse con la población, no parecía considerar como un problema esta falta de comunicación. Este médico decía que estaba dedicado a las poblaciones indígenas, pero se definía a sí mismo como un médico educado, designado por el Estado entre una población pobre e “ignorante”. Al final, como médico educado que poseía la “verdad” de la ciencia biomédica, no creía en la racionalidad de sus pacientes y pensaba que las mujeres indígenas y los hombres no eran capaces de comprender los métodos de control natal. Poderoso ante la población, pero impotente ante las autoridades superiores, este médico y su personal cumplieron con las exigencias que les hizo el gobierno central¹⁶. Su testimonio muestra la aplicación paternalista y jerárquica de las prácticas médicas en una cultura donde el conocimiento biomédico a menudo entra en contradicción con el conocimiento local sobre el cuerpo y la salud reproductiva.

Etnia y género son los pilares palpables de la desigualdad, que han influido en los prejuicios y la falta de comunicación entre los profesionales de la salud y los usuarios. Los profesionales de la salud tienden a ver a las mujeres andinas como ignorantes y promiscuas, lo cual ven como justificación de la presión sobre la necesidad de control natal. Sorprendentemente, entre muchas parejas en las comunidades andinas, la idea respecto a la promiscuidad es exactamente la inversa; en otras palabras, la mujer es vista como promiscua cuando muestra interés en el uso de anticonceptivos modernos, sino concibe muchos hijos de su marido. Una vez más, estas actitudes contradictorias demuestran la necesidad de la mutua comprensión y del cuestionamiento constante de las hipótesis acerca de la salud reproductiva entre los usuarios y trabajadores de salud. Bonnie Shepard, oficial de programas para la Fundación Ford que estuvo a cargo del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la región durante los años 1995-1999, concluyó: “En el contexto tradicionalmente vertical del entorno biomédico, proveedores y usuarios son prisioneros de suposiciones no declaradas y de los roles correspondientes a un sistema paternalista” (Shepard, 2002).

Observaciones finales

Hay una contradicción entre la retórica que Fujimori utilizó para justificar sus políticas de población, centrada en el derecho de la mujer “a elegir”, y su objetivo real: reducir rápidamente las tasas de fecundidad entre los pobres. Las mujeres pobres se vieron obligadas a usar métodos anticonceptivos. Si el objetivo era capacitar a las mujeres, entonces se logró lo opuesto: las mujeres eran tratadas como personas subordinadas. La retórica emancipadora se desplegó eficientemente como una cortina de humo para lo que realmente sucedió. Podemos concluir que las políticas del gobierno tenían poco que ver con el empoderamiento de las mujeres, a pesar de las leyes y de la retórica. Los discursos sobre pobreza y desarrollo, cargados de una retórica emancipadora, llevaron a un énfasis cada vez mayor en la mujer como madre de pobres. En la práctica, esto llevó a reducir la pobreza a través de la aplicación del control natal “forzado” dirigido a las mujeres pobres –sobre todo indígenas-. A pesar de que su posición abiertamente racista hacia la población designada como “problema” no se expresó, las áreas, métodos y objetivos del programa de población de Fujimori dejan pocas dudas acerca de los prejuicios ocultos que sostenían estas políticas. Por tanto, podrían trazarse paralelismos entre las políticas de población a fines del siglo XX y las

ansiedades de principios del siglo XX respecto del carácter de la población peruana, predominantemente indígena, "atrasada", y pobre (Boesten Drinot y 2004).

Dado que las mujeres dan a luz, se las percibe como responsables del número y la "calidad" de los hijos que tienen. A menudo los hombres son pasados por alto en los temas de salud reproductiva, y rara vez se los hace responsable de la concepción de los hijos –o de tener demasiados hijos-. Por lo general, los gobiernos y las organizaciones internacionales involucradas dirigen sus políticas de control de las tasas nacionales de fertilidad hacia las mujeres, no hacia los hombres. Aunque esta responsabilidad se proyecta sobre ellas, las mujeres, paradójicamente, no siempre son percibidas como capaces de gestionar su propia sexualidad y, por lo tanto, a menudo son excluidas del control sobre su propia fecundidad. Como confirma el análisis anterior, la relación entre los proveedores de salud y las mujeres de bajos ingresos es desigual por definición, y los abusos de poder son el núcleo fundamental de tales relaciones. Por otra parte, los hombres a veces intentan controlar el comportamiento sexual de las mujeres a fin de mantener una cierta inequidad de poder en el matrimonio y la familia. Las ansiedades de los hombres respecto al uso de anticonceptivos modernos por parte de las mujeres se ven reforzadas por su exclusión del proceso de planificación familiar. Tales procesos socioculturales necesitan ser analizados urgentemente, y deben ser vinculados a las prácticas que se consideran universales y modernas en las políticas formales. Una política más inclusiva, por supuesto, no sólo beneficiaría a las mujeres y hombres involucrados, sino también mejoraría las relaciones de género en general, y probablemente llevaría a la deseada disminución de las tasas nacionales de fertilidad¹⁷.

Esta discusión sobre la exclusión y el abuso podría sugerir que la mayoría de las mujeres peruanas no tienen control alguno sobre su propia fertilidad. Sin embargo, las conversaciones que tuve con mujeres de las zonas rurales y urbanas sobre el control de la fertilidad sugieren que las mujeres emplean estrategias de control que casi nunca se han documentado. Varias mujeres dicen expresamente que han utilizado o que podrían haber utilizado las campañas de esterilización para dejar de quedar embarazadas. Para algunas mujeres, las campañas cerca de sus casas eran una solución a los numerosos embarazos que no deseaban, y que resultaban difíciles de controlar con métodos tradicionales. Esto está respaldado por la persistente evidencia de una tasa ideal de fecundidad de 2-3 hijos por mujer. La esterilización, así como el DIU, también parecía un buen método con el que evitar la oposición de los maridos contra el uso de

anticonceptivos modernos, como píldoras, inyecciones o condones. Las mujeres pensaban que podía mantener en secreto la esterilización o el DIU¹⁸. No podemos saber hasta qué punto las mujeres han usado las campañas de esterilización de acuerdo a sus propios deseos; sólo podemos concluir que debemos examinar las ambigüedades en el accionar de las mujeres. Puede haber habido una doble capa en las acusaciones de coerción durante las campañas de esterilización. Aunque ello no afecta el hecho de que se fijaron cuotas y se utilizó la coacción, sugiere una situación aún más compleja –y quizá preocupante–.

El lamentable resultado de este episodio de la historia del Perú ha desatado un retroceso en la salud sexual y los derechos reproductivos, y lamentablemente, esto ha sucedido con el apoyo de uno de los donantes internacionales más importantes en cuestiones de población, USAID, ya que los EE.UU. han regresado a una posición pro-vida religiosa y conservadora en temas de población. En el Perú, la comunidad pro-vida religiosa y conservadora no podría haber tenido una mejor oportunidad para realizar campañas contra de la liberalización de los derechos sexuales y reproductivos que los abusos de mediados de la década de 1990. Sólo podemos esperar que en el futuro las condiciones de estos excesos pasen a la historia, y que los gobiernos empiecen a tomar la salud y los derechos reproductivos seria y juiciosamente.

Jelke Boesten es investigadora asociada del Department of Peace Studies del International Centre for Participation Studies de la Universidad de Bradford (Reino Unido). Su trabajo se enfoca en los Andes latinoamericanos y el África subsahariana. Sus áreas principales de experticia son género y sexualidad, género y violencia, VIH/SIDA, movimientos sociales y políticas sociales, y –recientemente- memoria y violencia.

Actualmente, realiza investigaciones que examinan el significado de la violación sexual en tiempos de paz y de guerra, cuyos primeros resultados han sido publicados bajo el título: “Marrying Your Rapist: Domesticating War Crimes in Ayacucho, Peru”, en Donna Pankhurst (editora) Gendered Peace: Women’s Search for Post-War Justice and Reconciliation, Londres, Routledge, 2007.

Ella también se encuentra trabajando en un proyecto que examina el activismo, la violencia y el estigma relacionados con el SIDA en el África subsahariana. Recientemente publicó “Pushing the Boundaries: Social Policy, Domestic Violence, and Women’s Organizations in Peru”, Journal of Latin American Studies, 38 (2) 2006, pp. 355-378.

E-mail:

j.boesten@bradford.ac.uk

REFERENCIAS

Aramburú, C.

2002 *Politics and Reproductive Health: A Dangerous Connection*, paper presented at *Interregional Seminar on Reproductive Health, Unmet Needs and Poverty*, Bangkok, Thailand, 25-29 Nov.

Aripurnami, Sita

1997 *Reproductive Rights between Control and Resistance: A Reflection on the Discourse of Population Policy in Indonesia*. Tesis de Master en Ciencias, London School of Economics.

Arroyo, Juan (editor)

2002 *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima: CIES, DFID.

Barrig, Maruja

2001 *El Mundo al Revés: Imágenes de la Mujer Indígena*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Agencia Sueca de Desarrollo Internacional.

2002 *La persistencia de la memoria. Feminismo y estado en el Perú de los 90*. En: Aldo Panfichi (editor). *Sociedad Civil, Esfera Pública y Democratización en América Latina: Andes y Cono Sur*. Lima, México: Pontificia Universidad Católica del Perú – Fondo de Cultura Económica.

Boesten, J.

2003 *Poor women in Peru: Reproducers of Poverty and Poverty Relievers*, Edición especial del *Women's Studies Quarterly*, "Women and Development: Rethinking Policy and Reconceptualizing Practice", 31 (3 y 4).

2006 *Pushing the Boundaries: Social Policy, Domestic Violence, and Women's Organizations in Peru*, *Journal of Latin American Studies*, 38 (2) pp. 355-78.

Boesten, J., y P. Drinot

2004 *The Allure of Eugenics: Peru and the History without People*, ponencia presentada en el Seminario *Social Policy, Stability and Exclusion in Latin America*. ESRC/ILAS, Londres.

Bonfiglio, G.

1999 *Veinticinco años de debate sobre temas de población en la prensa peruana*, Informe de investigación, Lima.

Caetano, André J., and Joseph E. Potter

2004 *Politics and Female Sterilization in Northeast Brazil*, *Population and Development Review*, 30 (1), 79-108.

Coe, Anna Britt

2001 *Health, Rights and Realities: An Analysis of the Reprosalud Project in Peru*, Documentos de trabajo del *Centre for Health and Gender Equity*.

Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y Center for Reproductive Law and Policy

1998 *Silencio y Complicidad: Violencia contra las Mujeres en los Servicios Públicos de Salud en el Perú*. Lima: CLADEM; New York: CRLP.

Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y Giulia Tamayo

1999 *Nada Personal: Informe de Derechos Humanos sobre la Aplicación de la Anticoncepción Quirúrgica en el Perú, 1996-1998*. Lima: CLADEM.

Contreras, Carlos

1982 *La ciudad del mercurio, Huancavelica 1570-1700*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Cotler, Julio, and Romeo Grompone

2000 *El Fujimorismo. Ascenso y caído de un régimen autoritario*. Lima: IEP.

Defensoría del Pueblo

¿? *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II*. Informe Defensorial N° 27.

Expreso

1995 *Harán vasectomía y ligadura a las personas de escasos recursos*, 12 de setiembre, CD-ROM Warmi, CENDOC-Mujer.

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

1993 *Mujeres Latinoamericanas en cifras: Perú*. Santiago de Chile: FLACSO.

Ferrando, D.

2001 *Estimación de los niveles de aborto inducido en el Perú*. Lima: Pathfinder International, Flora Tristán.

Flora Tristán

2000 *Mortalidad materna y aborto inseguro*. Lima: Flora Tristán/DEMUS.

Fujimori, Alberto

1995 *Discurso ante la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 15 de setiembre de 1995, Beijing, China*. Traducción no oficial, PNUD.

Gianella, Gonzalo E.

2004 *¿Por qué tendría que haber sucedido de otro modo? Notas sobre esterilizaciones en el Perú*, Ciberayllu.

www.andes.missouri.edu/andes/comentario/GG_Esterilizaciones.html.

Guzmán Chaganaquí, Alfredo

2002 *Para mejorar la salud reproductiva*. En: J. Arroyo (editor). *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 185-238.

Hale, Charles A.

1996 *Political Ideas and Ideologies in Latin America, 1870-1930*. En: Leslie Bethell (editora). *Ideas and Ideologies in Twentieth Century Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 133-206.

Hartmann, B.

2002 *The Changing Faces of Population Control*. En: J. Silliman and A. Bhattacharjee (editores). *Policing the National Body*. Boston: South End Press.

Harvey, Penelope

1994 *Domestic Violence in the Peruvian Andes*. In: P. Harvey and P. Cow (editoras). *Sex and Violence: Issues in Representation and Experience*. London and New York: Routledge, pp. 66-89.

Jaquette, Jane S., y Kathleen A. Staudt

1988 *Politics, Population, and Gender: A Feminist Analysis of U.S. Population Policy in the Third World*. En: K. B. Jones and A. G. Jonasdóttir (editoras). *The Political Interests of Gender: Developing Theory and Research with a Feminist Face*. London: Sage, pp. 214-33.

Kabeer, Naila

1992 *From Fertility Reduction to Reproductive Choice: Gender Perspectives on Family Planning*. Brighton: University of Sussex Institute of Development Studies.

1994 *Reversed Realities. Gender Hierarchies in Development Thought*. London y New York: Verso.

La República

1995 *La Iglesia y el gobierno coinciden en planificación familiar con ética*, 16 de agosto, CD-ROM Warmi, CENDOC-Mujer.

Makhlouf Obermeyer, Carla

1999 *The Cultural Context of Reproductive Health: Implications for Monitoring the Cairo Agenda*, En *International Family Planning Perspectives* 25, Suplemento, s50-s52+s55.

Mamdani, M.

1972 *The Myth of Population Control: Family, Caste, and Class in an Indian Village*. New York: Monthly Review Press.

Manrique, Nelson

2002 Violencia política, etnicidad y racismo en el Perú del tiempo de la guerra. En: N. Manrique, *El tiempo del miedo: La violencia política en el Perú 1980-1996*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú, pp. 321-48.

Movimiento Manuela Ramos

2003a *Voces de mujeres de Huancavelica*. Lima: Manuela Ramos.

2003b *Hablan las Mujeres de Ucayali*. Lima: Manuela Ramos.

2003c *Hablan las Mujeres de San Martín*. Lima: Manuela Ramos.

2003d *Voces de Mujeres de La Libertad*. Lima: Manuela Ramos.

2003e *Voces de Mujeres de Ayacucho*. Lima: Manuela Ramos.

Mass, B.

1976 *Population Target. The Political Economy of Population Control in Latin America*. Toronto: Women's Press.

Nair, S., y Preetl Kirbat

2004 *A Decade after Cairo: Women's Health in a Free Market Economy*, Different Takes: Cornerhouse Briefing 30.

Oliart, Patricia

1999 *Leer y escribir en un mundo sin letras. Reflexiones sobre la globalización y la educación en la Sierra rural*. En: Carlos Iván Degregori y Gonzalo Portocarrero (editores). *Cultura y Globalización*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 203-24.

Petchesky, R. P.

2000 *Reproductive and Sexual Rights: Charting the Course of Transnational Women's NGOs*. UNRISD Occasional Paper, 8.

Radcliffe, Sarah

1999 *Entangling Resistance, Ethnicity, Gender and Nation in Ecuador*. En: P. Routledge, J. Sharp, C. Philo and R. Paddison (editores). *Entanglements of Power: Geographies of Domination/Resistance*. London: Routledge, pp. 164-81.

Sala, Mariela

1996 Polemica entre el gobierno y la iglesia. <http://www.fempres.clu>

Shepard, Bonnie

2002 *Reproductive Health: Building Women's Citizenship*.

<http://drclas.fas.harvard.edu/publications/revista/health/shepard>

Sternberg, Peter

2000 *Challenging Machismo: Promoting Sexual and Reproductive Health with Nicaraguan Men*, Gender and Development 8 (1) 89-99.

2001 *Bajo la Piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Flora Tristán.

Sobo, Elisa J.

1993 *Bodies, Kin and Flow: Family Planning in Rural Jamaica*, *Medical Anthropology Quarterly* 7 (1) 50-73.

Stepan, Nancy

1991 *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.

Tamayo, Giulia

1999 *Nada Personal: Informe de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú, 1996-1998*. Lima: CLADEM.

¡Viva!

1985 *Necesidad de una política democrática de población*, 1 (4).

Yon Leau, Carmen

2000 *Hablan las Mujeres Andinas. Preferencias reproductivas y anticoncepción*. Lima, Movimiento Manuela Ramos.

NOTAS

¹ Agradezco a Maruja Barrig, Betsy Hartmann, Paulo Drinot y a dos revisores anónimos, por sus sugerencias y comentarios. El análisis presentado aquí es, por supuesto, mi responsabilidad.

² Existe una amplia literatura sobre las deliberaciones a principios del siglo XX con respecto a lo que se llamó el "problema indígena". A fin de evitar hacer una lista inevitablemente incompleta de referencias, me remito al libro más completo que se ocupa de estas cuestiones en relación a las preocupaciones eugenésicas y malthusianas (Stepan 1991). Boesten y Drinot (2004) dan más detalles sobre los paralelismos entre los primeros discursos del siglo XX y finales de las prácticas del siglo XX.

³ *Necesidad de Una Política Democrática de Población*, ¡Viva! 1 (4) 1985, 22.

⁴ Aramburu destaca que las esterilizaciones como parte del programa se llevaron a cabo por primera vez en 1993. Si es así, esto se hizo de manera ilegal, porque la ley sobre esterilización voluntaria aún no había sido aprobada (Aramburú 2002, 8).

⁵ Las guías incluyen la posibilidad de la homosexualidad como una preferencia sexual y la esterilización voluntaria como método anticonceptivo. Sin embargo, el gobierno "revisó" en 1996 las guías de

educación sexual, después de una fuerte oposición no sólo de la Iglesia, sino también de políticos conservadores.

⁶ En 1995, el gobierno peruano recibió 12 millones de dólares de USAID y en 1996, 16 millones. Según Bonfiglio, el Banco Mundial también favoreció el programa de planificación familiar y financió campañas educativas acerca de como la política de población estaba ayudando a combatir la pobreza (Bonfiglio 1999, 134).

⁷ UNICEF tuvo una experiencia similar, un proyecto en Cusco y Cajamarca en temas de salud reproductiva, fortalecimiento de las capacidades del personal sanitario y la participación de la comunidad y la adaptación cultural de los servicios. De acuerdo con Alfredo Guzmán Chaganaquí (2002) el Estado no hizo uso de la importante experiencia de este proyecto.

⁸ Fujimori usó ese conocimiento para apoyar la legitimidad de sus políticas cuando se enfrentó con la oposición.

⁹ Varios autodiagnósticos elaborados por el Movimiento Manuela Ramos fueron analizados por Carmen Yon Leau (2000) y, a continuación, en 2003, separados por departamentos (Movimiento Manuela Ramos 2003a, b, c, d). Varias de mis observaciones basadas en los autodiagnósticos de Huancavelica, evidentemente, también se encuentran en el libro de Yon Leau y en los folletos. Los cuatro autodiagnósticos de Huancavelica que uso aquí son copias de los originales elaborados por la oficina local del Movimiento Manuela Ramos: Club de Madres “María Parado de Bellido”, Matipaccana, Yauli, Huancavelica, noviembre de 1996; Club de Madres “Virgen del Rosario”, Pallalla, Acoria, Huancavelica 1998; Club de Madres “Sor Ana de los Ángeles”, Churcampa, Huancavelica, 27 de abril – 1º mayo, 1999; Club de Madres “Virgen de Fátima”, Centro Poblado Menor de San Juan de Ccarhuacc, Zona Chopcca, Yauli, Huancavelica, 6-10 de julio de 1999. A pesar de que los pueblos, las fechas y las experiencias personales pueden ser diferentes, las experiencias en materia de salud reproductiva entre las mujeres de zonas rurales de Huancavelica son muy similares. Por lo tanto, he decidido no hacer referencia a fechas o pueblos concretos al citar u observar de experiencias de las mujeres que se repiten en diferentes autodiagnósticos.

¹⁰ Esto es consistente con estudios que analizan que el rol de las mujeres es percibido como las principales portadoras y reproductoras de la tradición. Véase, por ejemplo Allpanchis, vol. 25 (1985), donde se examina el papel de la mujer en los Andes, Radcliffe (1999), Stephenson (1999) y Barrig (2001).

¹¹ De acuerdo con las promotoras de la Casa del Bien-Estar, del Movimiento Manuela Ramos, en Pamplona Alta, Lima, 2001. Se están creando nuevos programas dirigidos a los hombres, por ejemplo, por parte de Calandria. Entrevista con Tommy Ravines, Calandria, julio de 2005, Lima.

¹² En el 2003, la Comisión de Verdad y Reconciliación en 2003 confirmó que la oportunidad de convertirse en una víctima de violencia en el Perú está directamente relacionada con el status social, es decir, raza, ubicación geográfica, y nivel socioeconómico. El conflicto entre Sendero Luminoso y las fuerzas de contrainsurgencia produjo 70.000 víctimas, de las cuales 80% eran de ascendencia indígena.

¹³ Entrevista realizada en La Mar, bajo identidad oculta, enero de 2003.

¹⁴ Reuniones en la Casa del Bien-Estar, Pamplona Alta, bajo la supervisión de las representantes locales del Movimiento Manuela Ramos.

¹⁵ Entrevista realizada en La Mar, bajo identidad oculta, enero de 2003.

¹⁶ Se puede hacer un paralelo con los maestros del estudio de Oliart: ambos los profesores y estos médicos son autoritarios y a menudo dominantes en relación con los menos educación, a pesar de que parecen reproducir las circunstancias humillantes y el tratamiento que ellos (o sus los padres) recibieron al estar en la posición de su actuales estudiantes / pacientes (Oliart 1999). Los patrones de abuso en los servicios de salud, independientemente del programa de población, están documentados en CLADEM 1998.

¹⁷ Similares conclusiones sobre la incompatibilidad de las ideas biomédicas y locales sobre el cuerpo y la salud reproductiva se hicieron en un estudio realizado en Jamaica por Elisa J. Sobo (1993). Sobre la necesidad de la inclusión de los hombres en temas relacionados con la fertilidad, ver: Carla Obermeyer Makhoulouf (1999) y Pedro Sternberg (2000).

¹⁸ Discusión en grupo con la primera generación de migrantes andinos en un asentamiento de Pamplona Alta, Lima.