

Maria-Christine Zauzich

Política Demográfica y Derechos Humanos

Investigación periodística de la situación en el Perú

Maria-Christine Zauzich

**Política demográfica y derechos humanos
Investigación periodística de la situación en el Perú**

En esta investigación, se citan los estudios realizados por Giulia Tamayo de acuerdo a la versión manuscrita usada por la autora. Comparada con las versiones publicadas se presentan algunas diferencias en relación con los números de páginas mencionados en las citas.

Serie de publicaciones Justicia y Paz
Documento de trabajo 91

ISBN 3-932535-39-1

2000 / 3. Edición (2002)

Carátula: Daños a la salud después de la colocación de la T de cobre. Porfidia Chara (a la derecha) es una de las 18 mujeres a las cuales le colocaron una T de cobre sin su conocimiento. Un médico le confirmó que fue “mal colocada”, y que probablemente saldría nuevamente embarazada, lo que efectivamente ocurrió. En el centro de salud no la atendieron, por pertenecer a las voceras de la protesta. Aún tiene muchas molestias. Su esposo dice: „*No deben tratarnos como animales. Deben informarnos sobre la planificación familiar*“.

Foto: Maria-Christine Zauzich

Entrega: Justitia et Pax, Kaiser-Friedrich-Str. 9, 53113 Bonn, Alemania
Teléfono 0228 - 103217 Fax: 0228 - 103318

Índice

<i>Prólogo</i>	5
Introducción	9
1. Motivo y Métodos de la investigación.....	12
1.1. Motivo de la investigación	12
1.2 Métodos de la Investigación	13
1.2.1 Entrevistas.....	13
1.2.2 Fuentes escritas	14
1.2.3 Observaciones.....	15
2. Condiciones básicas político-sociales para las medidas político-demográficas	18
2.1 Antecedentes: La situación político-social en el Perú.....	18
2.2 Antecedentes: La situación de la salud pública	23
2.3 Competencia para la planificación familiar, asesoramiento y educación sexual	28
2.4 Desarrollo demográfico y necesidad de planificación familiar	35
2.5 La oferta estatal de medidas para la planificación familiar	37
2.5.1 Métodos reversibles	38
2.5.2 „Métodos irreversibles”: esterilizaciones	41
3. Las campañas de esterilización en el Perú 1996/97	45
3.1 Antecedentes de las campañas de esterilización	45
3.2 La planificación de los "festivales de salud" con esterilizaciones.....	51
3.3 Problemas, abusos, violación de los derechos (humanos).....	53
3.3.1 Publicidad agresiva y manipuladora, propaganda.....	53
3.3.2 Cuotas (metas y cifras planificadas)	54
3.3.3 Premios para los médicos y el personal médico	56
3.3.4 Amenaza de pérdida del trabajo para el personal médico	57
3.3.5 Formación deficiente, actuación inadecuada	59
3.3.6 Falta de equipamiento en los establecimientos, falta de material.....	60
3.3.7 Falta de considerar la edad y la cantidad de hijos	61
3.3.8 Enfocando las campañas en mujeres	62
3.3.9 Promesas, premios, amenazas	63
3.3.10 Presión en los afectados	65
3.3.11 Falta de ofertas de alternativas para la esterilización	66
3.3.12 Falta de consideración de las costumbres culturales	66
3.3.13 El problema del consentimiento	67
3.3.13.1 Consentimiento de la pareja (matrimonial)	67
3.3.13.2 Falta de la declaración de consentimiento	67
3.3.13.3 Deficiencias en el "Consentimiento informado"	67
3.3.14 Obligación, fuerza	71
3.4 Las campañas de esterilizaciones y sus consecuencias	72
3.4.1 Personal médico	72
3.4.2 Afectados.....	73
3.4.2.1 Daños en la salud	73

3.4.2.2	Consecuencias psíquicas	73
3.4.2.3	Consecuencias sociales	74
3.4.2.4	Desconfianza frente a los servicios estatales de salud	75
4.	Infracción de las leyes y violación de derechos	76
4.1	Bases jurídicas generales y legislación	76
4.2	Violaciones de derechos	79
5.	La pregunta de la culpabilidad	81
5.1	A nivel nacional	81
5.2	A nivel internacional	82
5.2.1	Presión para reducir la tasa de crecimiento de la población	82
5.2.2	Financiamiento de las medidas de la política demográfica	86
6.	Crítica en la práctica de las esterilizaciones y la opinión pública	91
7.	Modificaciones en la práctica de esterilizaciones 1998 - 1999	94
7.1	Observaciones	94
7.2	Nuevas leyes	94
7.3	Cambios deseados en la actitud	95
7.4	Las recomendaciones de la "Defensoría" y la respuesta del Ministerio de Salud	
7.5	La reacción de la "Mesa tripartita"	97
8.	La Conferencia Mundial sobre la Población en El Cairo y la práctica peruana	100
8.1	"La salud reproductiva" en el Perú	100
8.2	Los derechos de las mujeres	103
8.3	Educación sexual	105
9.	Preguntas y problemas sin resolver	106
10.	Sugerencias correctivas y asesoramiento acompañante ("monitoring")	111
11.	Final: Política demográfica y los derechos humanos	122

Anexo

Bibliografía	133
Abreviaciones	137
Titulares de periódicos de 1995 a 1999	139
Lista de los/las entrevistados/as y fechas de las entrevistas	141

Prólogo

Desde hace pocos meses la población mundial superó otros mil millones. Ahora tenemos seis mil millones de seres humano que viven en nuestro planeta y que tienen que buscar su existencia. Desde luego, esta no es una razón para aquellos impulsos de temor de corta duración que afectan periódicamente a la opinión pública occidental en vista de tales datos simbólicos, para luego reemplazarlos por el no menos comprobado desinterés. Pero ¿quien en serio quiere negar los grandes problemas provocados por el fuerte y rápido crecimiento demográfico en muchos países en desarrollo? Sabemos que un crecimiento masivo de la población en corto tiempo puede impedir considerablemente las posibilidades del desarrollo social y económico. Y contrario a los prejuicios corrientes, también la Iglesia católica reconoce la necesidad de acción que genera este hecho. Su catequismo dice expresamente, que el Estado es el responsable por el bienestar, “tiene el derecho de influir en el crecimiento demográfico“ (nº 2372).

Pero inmediatamente se presenta la pregunta por las formas y medios apropiados y responsables por el manejo del desarrollo demográfico. Múltiples estudios en los últimos años han manifestado repetidas veces, que una estrategia integrada es la más apropiada para disminuir las cifras de nacimientos. Las medidas para la lucha contra la pobreza, y el fomento de la educación y salud también son parte de estas, así como el desarrollo de los sistemas de seguro social. Especial importancia merece el mejoramiento de las posibilidades en la vida de las mujeres – hecho que fue resaltado también en la Conferencia Mundial sobre la Población en El Cairo (1994) y también expresamente reconocido por la Santa Sede.

En una estrategia tan amplia, el fomento de la planificación familiar representa un tema importante, pero solamente **uno**, el mismo que debe integrarse en el concepto general. Además debe estar sujeto a criterios estrictos, para que la oferta estatal de planificación familiar no se dirija directa ni indirectamente contra la libertad de los hombres y mujeres afectados. También la Conferencia Mundial sobre la Población en El Cairo – a pesar que se puede criticar algunas de sus resoluciones – ha aclarado con toda precisión que en la política demográfica no se debe aplicar la fuerza u obligación – ni si quiera la más sublime. Mucho se habla en el plan de acción de El Cairo de la voluntad propia, mucho del asesoramiento y la información intensiva y apropiada, mucho de una amplia oferta (sin dar preferencia a medidas individuales) de métodos de planificación familiar, pero también mucho de que las ofertas de ésta

deben ser incluidas en los programas de salud en forma global, tratando por ej. el asesoramiento en todos los asuntos de la sexualidad, de la prevención, acompañamiento y post-tratamiento del embarazo, de la lucha contra las enfermedades sexualmente transmitidas y también de superar la infertilidad.

La actuación estatal en el área de la política demográfica es siempre vulnerable al abuso. Fue esta la experiencia – muchas veces comprobada – que llevó al entonces Presidente de la Comisión Alemana *Justitia et Pax*, el Obispo Leo Schwarz, en diciembre de 1996, a pedir a las iglesias y a las organizaciones no gubernamentales (ONGs) reforzar sus esfuerzos en la observación de la política y las actividades de las organizaciones internacionales: “Creo que es una tarea urgente de la Iglesia y también de las ONGs de insistir en asegurar los derechos humanos en el área de la política demográfica. No basta publicar y denunciar a las violaciones que de vez en cuando y más bien por casualidad salen a la luz. Se requiere más bien un trabajo sistemático por los derechos humanos, incluyendo sobre todo un monitoreo profesional de la situación de los mismos en el área de los proyectos de la población. En este sentido se requiere también una mejora en las estructuras de la política internacional. Sin embargo, aún después de más de cinco años de la Conferencia Mundial sobre la Población en El Cairo, estamos muy lejos de la implementación de estos deseos, que no han perdido nada de su importancia y actualidad.

Cuando *Justitia et Pax* recibió en la segunda mitad de los años noventa, las primeras noticias sobre las campañas de esterilización realizadas en el Perú, decidimos investigar estas informaciones y de someter a la política del gobierno peruano a un monitoreo crítico. De esta manera queríamos – aunque sea a manera de ejemplo – dar una contribución exigida a la observación pública lo más amplia posible de la política demográfica en países en desarrollo. El resultado de nuestros esfuerzos es un análisis periodístico de Maria-Christine Zauzich. La autora alemana que vive en Guatemala y que mantiene desde hace mucho tiempo estrechas relaciones con el Perú, no solo examinó una gran cantidad de documentos, sino también viajó a diferentes regiones en el Perú para hablar con funcionarios, médicos, enfermeras y con mujeres afectadas.

El informe de Maria-Christine Zauzich es siempre una lectura objetiva, analíticamente fundada, siempre considerando los diferentes aspectos y, a pesar de esto, en gran parte emocionante. Después de este informe es más difícil mantener en pie la leyenda de una política demográfica estatal “bien intencionada” pero desacreditada por algunas

“exageraciones” y “desviaciones” en el Perú. Es más bien correcto que durante un período prolongado la política demográfica en el Perú fue diseñada de tal forma que un sin número de abusos y violaciones de los derechos humanos, quizás no directamente pretendidos, fueron programados por la concepción y la orientación de las medidas. De ninguna manera concuerdan con los estándares éticos mínimos y tampoco con las exigencias de la Conferencia Mundial sobre la Población de 1994.

La publicación de este estudio pretende contribuir a desacreditar públicamente este tipo de política e impedir su repetición – aunque sea en forma sutil y perspicaz. Se dirige a todos los responsables y al mismo tiempo formula la pregunta, ¿cómo se debe tratar a las víctimas de las campañas de esterilizaciones, muchas de las cuales sufren todavía hoy día de las consecuencias psíquicas y a veces físicas del mal experimentado?

La investigación de Maria-Christine Zauzich se publica – casi al mismo tiempo – también en el Perú. De esta manera, en el norte y el sur, en los países en desarrollo, así como en los países y organizaciones donantes se quiere avanzar con la discusión sobre la seguridad de los estándares de los derechos humanos en la política demográfica.

Ulrich Pöner
Gerente General

Introducción

A fines de 1998 aparecieron en la prensa internacional titulares sobre “esterilizaciones forzadas en el Perú”: *"Lima mandó esterilizar a 250,000 mujeres"*, informó el diario Frankfurter Rundschau (22.12.1998), y en la introducción de un artículo en la TAZ (*"Perú toma precauciones: "Quien es pobre no debe tener hijos"*, 22.12.1998) dice: *"por orden del gobierno 300,000 peruanas fueron esterilizadas forzosamente en los últimos tres años."*¹

El concepto "esterilización forzada" tiene malos antecedentes en Alemania: El 14 de julio de 1933, poco después de la toma del poder se promulgó la ley de esterilización ("Ley para evitar descendientes con enfermedades hereditarias").² La característica decisiva de estas "esterilizaciones forzadas" fue que se dieron obligadas por la autoridad estatal sin la aprobación de las afectadas – en parte aplicando la fuerza.

Dicho sea de paso, en el Perú no existen leyes que ordenen las esterilizaciones. El gobierno peruano rechaza todas las acusaciones de "esterilizaciones forzadas"; puesto que se permiten las esterilizaciones como un "método anticonceptivo" (1995), que se ofrece a todos los ciudadanos en forma gratuita, – entre otros "métodos". Estas esterilizaciones son una Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, AQV, según el término técnico. ¿Pero entonces de dónde vienen estas acusaciones?

Durante las llamadas campañas de esterilizaciones, aparentemente miles de peruanas (solo el 10% de los esterilizados son hombres) fueron esterilizadas sin su "plena" aprobación, o sea sin que supieran de que se trataba. En pocos casos se aplicó la "fuerza" en el sentido de usar la fuerza física, pero en muchos casos se aplicó la presión.

Para ilustrar los acontecimientos, damos algunas citas de un artículo sobre un festival de salud con *"ligadura de trompas y vasectomía gratuitas"* (13.9.1996, en el barrio de Huarupampa-Huaraz - Ancash). La revista "Signos" informa que las mujeres del grupo *"Vaso de Leche"* participaron obligatoriamente, *"ya que de lo contrario las hubieran*

¹ Las contribuciones se encuentran archivadas en una colección de noticias (nº 1998/63 y 1998/64), que fue recopilada por la autora para el patronicador de este estudio, la Deutsche Kommission Justitia et Pax: "Planificación familiar – colección cronológica de noticias". Contiene noticias de prensa, textos de leyes y otros documentos (a continuación citados como „colección de informaciones para Justitia et Pax).

² ver Ernst Klee, "Euthanasie" en el Estado NS. La "Eliminación de la vida indigna", Frankfurt 1985, pag. 36.

excluido de la ayuda alimenticia“. El médico encargado pidió rápidamente al sacerdote que se acercaba que se retire: *“mi querido padre, estas son las leyes, las estamos cumpliendo no más. Preocúpese de sus asunto – yo me preocupo de los míos...”* - Monseñor José María Izuzquiza (Jaén) observó al siguiente día *“que una larga caravana se movía anunciando la ligadura de trompas y la vasectomía, así como preservativos, pastillas y otros... Se hablaba sobre la lucha contra la pobreza. ¿Qué es lo que se quería eliminar, a la pobreza o a los pobres? Se esterilizaba a una mujer con todos los traumas que esto provoca. Se esterilizaba bajo miserables condiciones higiénicas. Sabemos todo esto porque después venían a nuestras dispensarios parroquiales. Las esterilizaban, inscribían su nombre en una lista y cobraban el dinero (se habla de los premios que recibe el personal médico por cada “captura”), ya que se cumplía con la cuota exigida. Y si luego surgían problemas, cada uno debía ver por sí mismo como resolverlos...”*³

En el Perú las esterilizaciones requieren de la firma del paciente. Debe existir una “declaración de aprobación informada”, o sea, las personas a ser esterilizadas deben saber que se trata de operaciones relacionadas con riesgos, que terminan definitivamente el deseo de tener hijos en el futuro. Hasta ahora siguen sin resolverse las preguntas sobre la “declaración de aprobación informada” y sobre la “información adecuada”. Un ejemplo lo ilustra:

Nelly Salazar de Paramonga informó a la autora, que ella y su esposo “en realidad” no querían tener más hijos. La obstetrix les había aconsejado que se deje esterilizar con el nacimiento del quinto hijo. Su esposo estaba de acuerdo. Pero luego le vinieron dudas y renunció a hacerse esterizar durante el nacimiento. *“Luego la obstetrix me visitó, y siempre regresaba para hablar conmigo sobre la esterilización. Tenía miedo, y me dijo “Piénselo bien.” Después de ocho días me llevaron en la ambulancia al hospital de Barranca. Mi esposo también había firmado. Lloré porque en el fondo no quería. Después la obstetrix me dijo que me cuidara de no cargar cosas pesadas. Luego de una semana me sacaron los puntos, y comencé a sentirme mal. Tenía problemas con mi esposo, al final ya no estaba plenamente de acuerdo y me dijo “si no quieres, no vayas”. ¿porqué han insistido tanto? No me explicaron sobre ningún otro método y con los hombres ni siquiera hablaban. Mi esposo me dijo luego: ‘tu misma tienes la culpa’. Tenía dolor de cabeza y me sentía mal. (Insinuó que las relaciones sexuales ya no “funcionaban”). Luego mi esposo me dejó. Nuevamente me fui a la*

³ Archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, nº 1996/25.

obstetrix y me dijo: “no se preocupe, relájese, esto pasará”. Pero me seguía sintiendo mal.

Ahora, un año más tarde Nelly está triste, sin ánimo, deprimida, una mujer joven sola que tiene que alimentar cinco hijos y que muy probablemente no encontrará otro esposo. Casos como el de Nelly Salazar, le confirmaron a la autora, existen cientos en el Perú. Ante la justicia tienen pocas posibilidades, ya que en este caso no faltó la aprobación escrita ni la información. Nelly sabía que se trataba de un método irreversible, no se puede hablar de una “esterilización forzosa” por orden del Estado, pero sí de una “esterilización involuntaria” de la afectada, ya que el gobierno – por intermedio del Ministerio de Salud – dio preferencia al “método de esterilización” ante los otros métodos. Las campañas de salud con esterilizaciones fueron realizadas preferiblemente en barrios pobres y en las regiones pobres de la sierra andina y la Amazonía. Al mismo tiempo se ejerció presión en el personal médico, al cual se le exigieron “cuotas” de esterilizaciones y se le prometieron premios. Con las esterilizaciones masivas se presentaron abusos, esterilizaciones con muerte y muchos daños en la salud.

Estos son los antecedentes de la presente investigación⁴, que fue encargada por la Comisión Alemana *Justitia et Pax*. La autora decidió realizar una "investigación periodística", o sea no solo se trata de una presentación sensata de los hechos, sino que incluye declaraciones de los afectados (“victimas” y “autores”) para describir la magnitud de las tragedias humanas.

⁴ La versión original de esta investigación (263 páginas), que tiene *Justitia et Pax*, consta de un anexo con relaciones sobre los testimonios e informaciones recopilados.

1. Motivo y Métodos de la investigación

1.1. Motivo de la investigación

Durante los preparativos para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo (ICPD de 1994), la Comisión Alemana Justitia et Pax trató los asuntos de la política demográfica bajo los aspectos de la política de desarrollo y de los derechos humanos. Fue miembro del grupo de organizaciones no gubernamentales (ONGs) alemanas, que elaboraron posiciones juntas en El Cairo y las introdujeron a las conversaciones con el gobierno alemán. En el verano de 1993 organizó un conversatorio con representantes de la política, ciencia y ONGs; también pertenece al grupo de ONGs “Trabajo posterior de El Cairo“, que a su vez pertenece a la Organización Alemana de las Naciones Unidas (DGVN). El Gerente General de Justitia et Pax es miembro de la Comisión Nacional para la Población y el Desarrollo (establecida en el Ministerio Federal del Interior) para la Conferencia Episcopal Alemana.

En víspera a la conferencia de El Cairo, la Comisión de la Iglesia Mundial para la Conferencia Episcopal Alemana emitió una declaración: “Crecimiento demográfico y Fomento del Desarrollo“ en la que reconocen la necesidad de una política que se oriente en amortiguar el crecimiento de la población; se subraya la importancia de una estrategia de desarrollo orientada hacia los pobres para superar los problemas demográficos, y se afirma el desarrollo de programas públicos para la planificación familiar. El Presidente de Justitia et Pax, el obispo Leo Schwarz, explicó en un discurso ante la DGVN en diciembre 1996⁵, que el plan mundial de acciones de El Cairo debía ser considerado como un avance, ya que intentaba el desarrollo continuado de la política demográfica internacional orientado hacia los derechos humanos. Pero que sería necesario mejorar a nivel de las Naciones Unidas los instrumentos de protección de los derechos humanos, teniendo las iglesias y las ONGs la tarea de monitorear los derechos humanos.

En 1997 la oficina de Justitia et Pax fijó su atención en los problemas de la política demográfica del gobierno de Fujimori. A fines de 1997 la directora de la Comisión Episcopal para la Pastoral de Salud del Perú, la hermana Maria van der Linde,

⁵ Reproducido en: Agencia Católica de Noticias, documentos 2, Febrero 1997 (KNA - 477/497), pag. 10 a 14.

presentó a Justitia et Pax su evaluación de la situación (campañas de esterilizaciones, abusos).

El presente estudio debe investigar si y hasta que punto fueron violados los derechos humanos con las medidas de la política familiar en el Perú y como se presenta la situación en 1999 después de la finalizada (?) campaña de esterilizaciones. Es preciso elaborar sugerencias/ recomendaciones sobre lo qué se puede hacer para evitar futuros abusos en los programas de planificación familiar en el Perú y otros países. Los resultados deben servir a Justitia et Pax en su „monitoreo“ de las medidas políticas demográficas.

*

Es preciso expresar en este lugar específicamente que la meta de esta investigación no es analizar o criticar las objeciones teológicas morales de la iglesia católica o de los obispos peruanos contra la planificación familiar en general y algunos métodos individuales (por ej. la esterilización como “auto-mutilación“ moralmente reprochable). La esterilización es más bien aceptada como una forma anticonceptiva, y no se trata del “si“ o “no“ sino del “como“ es ejecutada.

1.2 Métodos de la Investigación

1.2.1 Entrevistas

La base de este estudio lo constituyen las aproximadamente 150 entrevistas, entre ellas 90 individuales⁶ y numerosas ”encuestas cortas“: conversaciones casuales en el bus, el taxi... su valor es la franqueza de las opiniones, por ej. cuando una obstetriz de Lima, que viaja “tirando dedo“ a una posta médica en la sierra andina habla sobre su problema de informar a las mujeres sobre los métodos anticonceptivos: no hablan su idioma, debido a las campañas de esterilización pasadas, etc. las mujeres desconfían de su trabajo.

Punto de partida para una lista de entrevistados⁷ fueron aprox. 20 nombres e instituciones mencionados por el comitente, la coordinadora de la Pastoral de Salud

⁶ Casi todas las entrevistas fueron realizadas en el idioma español. La traducción fue realizada por la autora. La traducción fue realizada lo más literal posible, a veces en perjuicio del estilo. En caso de conceptos de múltiple interpretación y difíciles de traducir se agregó el concepto original entre paréntesis. También en caso de las traducciones del material escrito del español y del inglés.

⁷ Ver Anexo.

del Perú y la maestra alemana Viktoria Litzenburger-Schreijäck⁸, los demás entrevistados los ubicó la autora, pidiendo otros nombres durante sus entrevistas. Se habló con médicos, obstetras, enfermeras, sacerdotes y obispos, con organizaciones no gubernamentales y con las afectadas, con la Defensoría del Pueblo y el director del programa Planificación Familiar en el Ministerio de Salud. La interlocutora más importante fue la abogada Giulia Tamayo⁹, quien elaboró el primer estudio sobre la esterilización involuntaria en el Perú. Las conversaciones tomaron lugar entre el 7 de enero y el 24 de abril de 1999.

Una dificultad especial de las entrevistas era que el comitente del estudio, Justitia et Pax, se encontraba dentro del ambiente católico: muchas interlocutoras o interlocutores sospechaban inmediatamente que el estudio se dirigía con intenciones polémicas contra cualquier planificación familiar. Recién asegurándoles que se trataba de una „*planificación familiar estatal, que respeta a los derechos humanos y a la libre decisión*“, se logró una conversación abierta.

El punto central del viaje fue Lima, de dónde se realizaron viajes cortos a Huacho/Churin y a Paramonga; la autora viajó tres semanas al sur de los Andes (Andahuaylas, Cusco, Sicuani, Ayaviri, Puno, Juliaca).

1.2.2 Fuentes escritas

- a) "**Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria**" (AQV)¹⁰, un documento de la "Defensoría del Pueblo" (que revisa las acciones estatales, pero que no puede ni acusar ni defender);
- b) La investigación mencionada "**Nada Personal**" de la abogada Giulia Tamayo¹¹;

⁸ Viktoria Litzenburger-Schreijäck viaja desde hace años regularmente a Perú, reconoció temprano la explosividad de la temática y por lo tanto recopiló desde 1996 material informativo sobre las campañas de esterilizaciones y buscó maneras para realizar un estudio como el presente.

⁹ Ellas es la única "especialista" para las preguntas discutidas, fue amenazada y varias veces asaltada. A fines de 1998 su casa fue saqueada y su computadora, material de archivos, etc. destruidos sin que fueron robados objetos de valor, lo cual hace sospechar que se trató de un „crimen político“.

¹⁰ Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria I. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Serie Informes Defensoriales N° 7, 2. Edic. Oct. 1998 (a continuación citada como "Defensoría AQV I").

¹¹ Giulia Tamayo, "Nada Personal". Anticoncepción Quirúrgica en el Perú. Reporte de Derechos Humanos. (a continuación citada como: Giulia Tamayo, "Nada Personal"). En esta investigación para Justitia et Pax el estudio es citado de acuerdo al manuscrito provisional, al cual la autora tenía acceso. La publicación está anunciada para mediados de mayo de 1999. – La iniciativa para el trabajo de la señora Tamayo nació en el "Centro para la Mujer Peruana, Flora Tristán" y fue encargado por el "Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer" (CLADEM), una organización latinoamericana de derechos humanos para mujeres. La señora Tamayo ya había presentado anteriormente para CLADEM un estudio sobre el tratamiento de las mujeres en los servicios públicos de Salud, en el cual mencionó los abusos en relación a los métodos de la

- c) Una **colección de material no publicado de la Comisión Episcopal de la Familia** (testimonios, artículos periodísticos, fotos, etc.). Según la directora, esta fue enviada entre otras a los obispos, a la Defensoría del Pueblo y al periódico "El Comercio".¹²
- d) Una "**colección de noticias**"¹³, compilada por la autora: noticias, reportajes, declaraciones, leyes acordadas, cartas pastorales de la Conferencia Episcopal, etc., fueron revisadas y ordenadas y son base principal del presente trabajo. Además fueron considerados **folletos, prospectos, informes anuales**¹⁴ etc. de diferentes instituciones, que fueron entregados a la autora durante sus conversaciones.

Resumiendo se puede constatar que todo el material archivado o la literatura primaria y secundaria se encuentra dispersa y sin orden en manos de muchas personas e instituciones.

-
-

1.2.3 Observaciones

Las observaciones subjetivas son en el fondo "no científicas", pero dicen algo sobre el "estado de ánimo", y por la tanto son citadas brevemente.

Muchas veces la atmósfera de las conversaciones era igual que el tema emocionantemente explosivo de las "campañas de esterilización", y se caracterizaron por un sentimiento de miedo (por ej, de perder el puesto de trabajo), desconfianza y precaución. Antes de la entrevista aparentemente algunos tenían que asegurarse "hacia arriba". Las organizaciones no gubernamentales que tomaron parte en los programas de planificación familiar trataron de justificarse; aseguraron que de ninguna manera ellas tenían la culpa de los abusos, ya que "solamente" habían prestado ayuda técnica, capacitando al personal, etc. También se notaban agresiones, por ej. de que los "extranjeros" se "*meten en asuntos internos del país*" o que "*la Iglesia*" con su rechazo de la planificación familiar "*tiene la culpa del empobrecimiento del Perú*". Las mujeres afectadas manifestaron mucha timidez al hablar de sus problemas en y después de la esterilización.

planificación (Giulia Tamayo, "Silencio y Complicidad", Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Salud en el Perú. (Edic. CRLP, CLADEM, Centro Flora Tristán).

¹² Informe. Esterilizaciones Practicadas en el Perú en Cumplimiento del Programa Nacional de Planificación Familiar (Edic.: Comisión Episcopal de Familia; sin otras indicaciones bibliográficas).

¹³ Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O (índice comentado de las informaciones en el Anexo de la versión original de este estudio).

¹⁴ En el Anexo de la versión original de este estudio se encuentra una lista detallada de las fuentes secundarias e índices comentados de las cartas y testimonios recolectados por DEPAS.

Muchas organizaciones no gubernamentales cargan la responsabilidad de estas preguntas a otras organizaciones: por ej. la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos¹⁵ manifestó que ellos dejaban las respuestas a sus aproximadamente 50 organizaciones regionales, a las organizaciones de mujeres y a la Comisión Episcopal de Acción Social CEAS; en CEAS dijeron que tienen todavía tanto trabajo “*con las violaciones de los derechos humanos en el sentido más estrecho*” (por ej. las consecuencias de la lucha estatal contra el terrorismo), que – en el curso de la división del trabajo – consideran a la Pastoral de Salud DEPAS como la responsable; a su vez en DEPAS se escuchó que todas las informaciones – por orden de los obispos – eran acopiadas en la Comisión Familiar; allá las informaciones eran bien guardadas: por temor a que los periodistas se “meten furtivamente” por encargo del Estado...

Parece que (todavía) existe poca conciencia de que en muchas esterilizaciones fueron violados los derechos humanos, especialmente de las mujeres.

Organizaciones feministas y de mujeres no ocultaron su crítica sobre las posiciones de la Iglesia. Insinuaron su opinión de que los “hombres eclesiásticos” – a pesar de sus acusaciones contra la práctica de la esterilización – no se interesan realmente por las violaciones de los derechos humanos en las mujeres, más bien estas acusaciones son solamente un medio para expresar su rechazo fundamental hacia los métodos artificiales, especialmente hacia la esterilización. Las organizaciones feministas y de mujeres sienten también que se encuentran en una situación difícil. Al comienzo han saludado la “liberalización” del programa de planificación familiar, y ahora deben criticar las consecuencias de esta política, lo que aparentemente es difícil de hacer – público.

Otra observación es que en los círculos católicos eclesiásticos la planificación familiar y la educación sexual son temas declarados tabú. Muy pronto la autora tuvo que reconocer que no era posible usar fácilmente conceptos como “salud reproductiva”, “autodeterminación de la pareja sobre la cantidad de hijos”, “esterilización como método”, ni “educación sexual”, ya que evidentemente eran considerados como términos “feministas”. En la llamada “discusión de género” los obispos católicos se han posicionado contra las feministas; sospechan que detrás de la agresiva planificación familiar se encuentra una forma de conspiración mundial de las feministas neo-

¹⁵ En 1998 hizo una declaración de tan solo 16 líneas sobre la práctica de las esterilizaciones; archivada en: Colección de informaciones para *Justitia et Pax*, a.a.O. n° 1998/19.

marxistas, que quieren destruir a las familias con su ideología anti-familiar, anti-niños y anti-religiosa.¹⁶ Para la “táctica de las conversiones” esto significaba entrometerse cuidadosamente en los “reglamentos” establecidos para no dificultar o bloquear las conversaciones desde el inicio.

El personal médico (médicos, enfermeras, obstetras) que participaron o aprobaron las esterilizaciones, manifestaron gran precaución de hacerlo público y trataron de justificar sus actos.

Frecuentemente se ha podido observar una curiosa ambivalencia tan pronto que se tocó el tema de los “métodos naturales” en la planificación familiar. Por un lado todos sabían de la necesidad de métodos naturales - especialmente en la población indígena – pero por el otro lado muchos manifestaron indirectamente que “no les parecían”, sin dar una explicación precisa.

También se observó que los sacerdotes y las religiosas no siempre sabían cual era la conducta de los miembros de la comunidad referente a las esterilizaciones ofrecidas o realizadas. Por ej. la autora tomó conocimiento de una comunidad en la cual deben haberse realizado propaganda masiva y campañas de esterilización. Los religiosos manifestaron que con sus declaraciones claras habían evitado que las campañas tuvieran mayor éxito en el lugar. Pero los miembros de la misma comunidad confesaron secretamente que “*muchas mujeres*” se hicieron esterilizar. Evidentemente nadie buscó la conversación sobre este tema con sacerdotes ni monjas, cuando estos habían manifestado claramente su “no” a las esterilizaciones. Esta impresión se confirmó en el curso de la investigación también en otros lugares. Muchos curas conocen muy poco de los métodos de planificación familiar, no saben que es la “T de cobre”, como se realiza una operación de esterilización, confunden la castración con la esterilización...



¹⁶ Los obispos han publicado sobre este particular un folleto propio: "La Ideología de género, sus peligros y alcances", edit.: Comisión ad-hoc de la Mujer. Comisión Episcopal de Apostolado Laical. Conferencia Episcopal Peruana, Lima (sin fecha). El prólogo del obispo Oscar Alzamora Revoredo S.M lleva la fecha del 28 de Abril de 1998.

2. Condiciones básicas político-sociales para las medidas político-

demográficas

2.1 Antecedentes: La situación político-social en el Perú¹⁷

Perú tiene aproximadamente seis veces el tamaño de Alemania, pero tiene solamente 25 millones de habitantes, de los cuales una tercera parte vive en Lima. Amplias regiones (Amazonía, Sierra) son escasamente pobladas, en la Amazonía, que representa el 60% del territorio peruano, vive solamente el 10% de la población del país.

Alberto Fujimori, un ingeniero de origen japonés y desconocido hasta su elección en 1990, recibió al Perú en un estado desolado: atentados con bombas, apagones durante días, toques de queda, terrorismo, próspero narcotráfico, epidemia de cólera, corrupción, inflación galopante... Fujimori luchó con mano firme contra el terrorismo, reprimió – relativamente – a la corrupción, redujo el cultivo de drogas. Los inversionistas extranjeros tomaron confianza en la economía. Quien viaja hoy día por el país puede observar la ampliación de la red vial, escuelas y postas médicas nuevas pintadas de muchos colores, aún en las aldeas andinas más pequeñas. Funcionan los servicios (privatizados) de correo y teléfono. Pero en las barriadas pobres, en las aldeas de la sierra y la Amazonía todo quedó como siempre...

Para la presente investigación importan aquellos factores económicos y políticos que dieron el fundamento para las campañas de esterilizaciones y su implementación.

Pobreza y desocupación, empeoramiento de la situación económica

La mitad de la población vive en pobreza. Ser “pobre” significa disponer solamente de un mínimo existencial (alimentos, vestimenta, acceso a servicios de salud, agua potable, vivienda, educación escolar, etc.). Los que (sobre-)viven debajo de este mínimo, viven en “extrema pobreza”. Todas las estadísticas indican una tendencia hacia el empobrecimiento. La cifra de los pobres en extremo ha bajado ligeramente, pero la cifra de pobres creció. En 1997 vivieron el 14.7% de los peruanos en “extrema

¹⁷ Como fuentes para la presentación de la situación política-social fueron tomadas: las estadísticas oficiales, el informe anual de la Fundación Konrad-Adenauer; un comentario "Las 20 plagas del Fujimorismo" (La República, 21.3.1999); entrevista de la autora con div. Instituciones y personas individuales.

pobreza“ y el 36% “en pobreza”¹⁸. En 1995 el Presidente Fujimori anunció que quería reducir la extrema pobreza en un 50% hasta el año 2000 – una meta inalcanzable.

La desocupación aumentó constantemente. En 1999 se encuentra oficialmente en 9%, pero el 44% son “subempleados”, ganan menos que el sueldo mínimo (345 Soles, aprox. 104 US-dólares), lo que no alcanza para sobrevivir. Docentes universitarios, maestros, médicos y enfermeras se quejan de los miserables sueldos (200 a 300 dólares) al mes; ellos y muchos otros “subempleados” trabajan en el sector informal; muchos trabajan 15 horas al día, porque lo hacen en varios puestos a la vez. Sumando los subempleados y los desocupados, el Perú presenta efectivamente una cuota de desocupados del 53%¹⁹.

De la política económica neo-liberal y de las muchas privatizaciones se beneficiaron pocos, sobre todo las grandes empresas, los sectores de la exportación y construcción, la minería y pesquería. Las pequeñas y medianas empresas, los campesinos, las ciudades y aldeas en el interior del país fueron perjudicadas, la agricultura se presentó precaria: con créditos inalcanzables para los pequeños agricultores. En promedio, diariamente un negocio cerraba sus puertas.

Las deudas externas crecieron: en 1980: 9,000 millones de dólares; en 1990: 19,000 millones de dólares, en 1996: 36,000 millones de dólares. De manera que cada peruano nacía prácticamente con 850 dólares de deudas. De cada Sol de los impuestos cobrados se requería el 25% para el pago de las deudas, descuidando con esto en primer lugar a las inversiones sociales.

En 1998 comenzó una fuerte recesión, el Perú se encontró nuevamente en una profunda crisis. En las encuestas y en la calle la población manifestó su descontento, el Presidente Fujimori reaccionó (hasta 1999) con once reestructuraciones del gobierno, que han “consumido” 114 ministros.

El concepto económico neo-liberal

¹⁸ Indicación de cifras cit. según los datos del político de la oposición Henry Pease García: borrador del discurso en el Congreso el 4.9.1998. Resultados similares figuran en las estadísticas del CEAS.

¹⁹ Cifras de empleos cit. por el Prof. Ismael Muñoz, profesor en la Universidad Católica; Diócesis Huacho.

El problema del concepto neo-liberal es que descuida los aspectos sociales. En todos los sectores rige la ley de la oferta y demanda. El Estado se retira más bien como “actor”, solamente tiene que organizar al mercado, transfiriendo el máximo de las funciones a la economía privada. Cada uno debe preocuparse de si mismo y comparar también los servicios con el precio real del mercado. Pero con una alta tasa de desocupación y bajos sueldos para muchos la educación escolar, la atención médica, etc. se vuelven inalcanzables.

Un neo-liberalismo ilimitado resulta actualmente en que “los pobres sean más pobres y los ricos más ricos”. Mientras tanto no se cumplen las esperanzas de que las ganancias de las empresas privadas generen más impuestos para el Estado, reduzcan las deudas de éste y que a largo plazo esto “filtre positivamente hacia abajo”, con lo que finalmente se beneficiarían también los más pobres.

Las reformas neo-liberales trajeron consigo rigurosos cambios en las condiciones de contratación – también en el sector de la salud pública. Debido a la suposición de que alguien que tiene un empleo vitalicio no hace mayores esfuerzos, se da ahora para el nuevo personal solamente contratos cortos. Esto significa que también los médicos, enfermeras y obstetras – con sueldos relativamente buenos, pero sin beneficios sociales – son contratados por 90 días o 6 meses.

Una de las consecuencias del pensamiento neo-liberal es el peligro de que se esté pensando mayormente en relaciones de costos versus beneficios. El médico, la enfermera tienen que comprobar rendimientos cuantitativamente mensurables. El rendimiento se valoriza – por ej. de acuerdo a un sistema de puntos; no hay que despedir a quien no es productivo, simplemente no se le renueva el contrato. Con la alta cuota de desocupados es lógico que todos quieran cumplir el cien por ciento con su contrato; no se dan críticas. Quien no “produce” suficiente o quien aunque sea “cuesta” algo (los pobres, socialmente débiles, grupos marginales), no encaja en este sistema económico y hay que tratar de eliminar estos “factores perturbadores”, o mantenerlos lo más bajo posible...

Estructura democrática deficiente

Formalmente el Perú era una democracia, pero realmente los mecanismos democráticos ya no funcionaban. El Gobierno central hacía todo para cambiar la

independencia de los poderes en favor del Ejecutivo. Después del “golpe frío” de Fujimori (5.4.1992) los jueces nombrados provisionalmente fueron institucionalizados formalmente en sus funciones; el Consejo Judicial encargado del nombramiento fue ignorado. Esto significó que casi el 70% de los jueces no fueran juristas. Con la mayoría de los “Fujimoristas” en el Congreso se aprobaron leyes que se entrometían profundamente con la autonomía e independencia garantizadas constitucionalmente por el Consejo Judicial. La justicia capituló...

Los medios descubren cada día nuevos casos de corrupción – hasta en las instancias del Gobierno, los cuales son estrictamente denegados por el Presidente Fujimori, con la divisa: no puede ser lo que no debe ser. Recientemente en el mes de abril de 1999 cayó el Ministro de Trabajo porque hizo público un escándalo de corrupción en la aduana. La muy propagada corrupción en la jurisdicción y la frecuentemente resultante impunidad contribuyeron a la inseguridad jurídica. En muchos casos los periódicos sirvieron como el foro para la acusación de los ciudadanos que no lograban avanzar por vías judiciales normales.

Desacato a los derechos humanos

Los informes sobre los derechos humanos (entre otros el informe del State Department de los EE.UU. para el Perú, 1998) indican una imagen oscura/ tétrica: critican la falta de autonomía jurídica y legislativa, acusan la violación de los derechos en los procesos, detenciones arbitrarias, interrogatorios, que incluyen torturas psíquicas y físicas... El servicio secreto bien equipado es considerado el autor de la limitación de la libertad de prensa y opinión (por ej. mediante el chuponeo de teléfonos, el espionaje a los periodistas, políticos de la oposición y críticos del Gobierno). Lo primero que advierten al extranjero es que “tenga cuidado con el teléfono”, “cuidado con el espionaje”. Incluso en el lugar turístico de Cusco un taxista advertía de tener cuidado con comentarios críticos al Gobierno: algunos colegas trabajan para el servicio secreto.

La ampliación del servicio secreto es justificada con la referencia a la “seguridad estatal” y la “lucha contra el terrorismo”. Esto genera desconfianza, miedo e inseguridad en las conversaciones con desconocidos. Es por esto que un médico, una obstetrix que tienen remordimiento por su participación en las esterilizaciones, no hablarían tan fácilmente sobre el particular. La obligación de ocultación ordenada

desde arriba es ampliamente respetada, cuando por ejemplo se pasan la voz que un determinado documento no debe llegar a la opinión pública.

Cuando en un país existen violaciones o limitaciones de derechos elementales sin que el ciudadano proteste fuertemente, entonces no es el miedo por el Estado todo poderoso sino la falta de la conciencia jurídica de los afectados. Una campesina “extremadamente pobre” de la sierra, que es convencida de la esterilización y que más tarde comprende que esta medida es irreversible, está furiosa, triste, desesperada; quizás se queje donde la enfermera local, pero no sabe que fueron violados derechos reclamables judicialmente.

Pero también en los círculos con conciencia jurídica el concepto sobre violación de los derechos humanos significa mayormente en primer lugar tortura, desapariciones, intromisiones de organizaciones militares y terroristas. Falta la conciencia de que la violencia en la familia, las violaciones o esterilizaciones sin consentimiento significan violaciones de los derechos humanos en el sentido mismo de la palabra y no son de “segunda categoría”.

Centralismo relacionado con racismo

Concedores de la situación sostienen que bajo Fujimori se desarrolló el sistema gubernamental de mayor organización centralista en la historia del Perú. El proceso de la regionalización comenzado antes bajo el Gobierno del APRA, fue paralizado; todos los recursos y decisiones fueron concentrados en Lima, donde gobernaba el Presidente Fujimori como un “super padre”.

El Estado fue estructurado jerárquicamente, o sea “arriba” en Lima se decidía algo, que por vía de instancias llegaba hasta la unidad “inferior” más pequeña – por ej. el centro de salud local. Cuando un “empleado fanático” implementaba allá la “orden” en la forma como él interpretaba el documento, se podían generar resultados que nadie de “arriba” se imaginó. Además, la crítica podría tener consecuencias desfavorables para el subalterno.

Además, los conceptos socio-culturales (“cosmovisión”) de los indios de la sierra e indígenas de la Amazonía son una incógnita para los habitantes ladinos de la ciudad. El racismo evidente de quienes dirigían al país desde Lima, se manifestaba

frecuentemente en opiniones paternalistas frente a los “indígenas retrazados”, por los cuales hay que pensar, a los cuales hay que “obligar para ser felices”. Además estos “pobres” vivían en regiones que económicamente son tan poco importantes que uno podría borrarlas del mapa...

2.2 Antecedentes: La situación de la salud pública

En el año 1990 la salud pública en el Perú se encontraba al borde de un colapso. Los gastos por cápita en la salud pública bajaron en un 50% de 1985 hasta 1990. Ni en 1994 alcanzaron con 0.79% del producto bruto interno su nivel máximo de 1983 (1.05%).²⁰ Según un informe de las Naciones Unidas (1997) los gastos públicos en salud pública en el Perú fueron uno de los más bajos de América Latina. En 1998 solamente 11 de los 23 millones de peruanos tuvieron acceso a los servicios de salud.²¹

Con varias propuestas de reformas del sector salud y programas de cinco años, a inicios de los años noventa el Gobierno se puso la meta de renovar completamente el sistema de la salud. El Ministerio de Salud, las asociaciones de médicos, los seguros sociales y médicos analizaron entre 1995/96 la salud pública y formularon recomendaciones para las reformas. Estas sirvieron también como base para las solicitudes de ayuda internacional, con las cuales el Estado trataba de mostrar su conciencia del problema. A los donantes potenciales se les indicaba así que su ayuda tendría buena acogida.

Un ejemplo son los “lineamientos de la política de salud del Perú 1995 hasta 2000”, presentados en el documento: “El desafío del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad”²². Los contenidos se orientaron en la “Cumbre Social” de Copenhague (1995) y en el plan de acciones de la Conferencia Mundial sobre la Población de El Cairo (1994). Los conceptos de los objetivos manifestaron los problemas de salud del Perú: alta tasa de mortalidad infantil y materna, falta de asistencia prenatal, falta de agua potable, yodo y vitaminas; polio, escarlatina y tétano; diarreas y enfermedades de las vías respiratorias con resultados mortales en niños;

²⁰ Cifras oficiales de 1994, en: "Un Sector de Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad. El desafío del cambio de milenio. Lineamientos de Política de Salud 1995 - 2000" (Edic.: Ministerio de Salud, Julio 1996), pag. 16.

²¹ Diaconía, CEDEP (Edic.): "Qué es y como hacer control ciudadano." Folleto Informativo preparado para la III. Conferencia Nacional de Desarrollo Social, CONADES III/Lima, Agosto 1998, pag. 23.

²² Un Sector Salud con Equidad... Lineamientos de Política de Salud... a.a.O.

tuberculosis pulmonar (actualmente de nuevo en ascenso), malaria, dengue y pestes (algunas en Europa erradicadas desde la edad media); accidentes laborales y otros de personas no aseguradas... Extrañas son en esta lista de enfermedades las “metas reproductivas” (hasta 2000): Proporcionar a 100% de la población información sobre la planificación familiar, el 70% de las mujeres que viven en una relación deben hacer uso de los métodos “eficientes” de la planificación familiar; la tasa de natalidad debe reducirse a 2.5 niños por mujer...

*

Los servicios de salud en el Perú se dividían en cuatro sectores: los servicios regionales del Ministerio de Salud (abreviado generalmente como MINSA); las instituciones de la policía y los militares; los servicios de los seguros sociales y semi-estatales (abreviado IPSS) y el sector privado. Políticamente todos pertenecían al MINSA; administrativamente los servicios de la policía/ militar y del IPSS, así como también del sector privado eran mayormente independientes.

Según indicaciones del año 1994, el 73.8% de los peruanos no tenían un seguro médico, aprox. el 22% estaban asegurados por el IPSS, el 2.0 % estaban asegurados por el seguro militar y de la policía, y el 1.5% tenían un seguro privado.²³

Sobre el papel del IPSS se habló muy poco en la campaña de esterilizaciones. Todo hace suponer que IPSS coordinó las estrategias con el MINSA. Lo mismo parece haber sucedido en la policía y las fuerzas armadas. El IPSS tiene – igual que el Estado – hospitales regionales y nacionales, así como asistencias médicas, comparables a los centros de salud estatales. El 27 de enero de 1999 el Congreso acordó la privatización del IPSS, aunque IPSS fue solamente “semi-estatal”. Hasta 1999 el IPSS fue financiado con los aportes de los empleadores (6%), de los empleados (3%) y del Estado (1%); pero el Estado nunca pagó su parte. Con la transformación del IPSS en ESSALUD (Seguro Social en Salud) las proporciones de los aportes del empleador y empleado fueron invertidas, el Estado se retiró completamente. Actualmente ESSALUD es un seguro privado, abierto también para profesionales, reclusos, turistas, artistas, independientes y desocupados, etc.

De esta „reforma“ se critica entre otros que los familiares ya no están asegurados, que ya no cubre los accidentes y enfermedades profesionales de los empleados mayores

²³ Un Sector Salud con Equidad... Lineamientos de Política de Salud... a.a.O. pag. 18.

de 60 años, que SIDA es tratado durante solamente tres años, que ya no garantiza la conexión al diálisis, etc. Con la situación económica actual mucha gente ya no tomarán un seguro y (deben) dependen de los servicios públicos de salud.

La mayor parte de la población usa los servicios del MINSA, o sea, los hospitales regionales, nacionales y de emergencia, en los cuales también hay atención ambulatoria. Los hospitales regionales y de emergencia tienen a su vez los centros de salud (generalmente con un médico) y las postas médicas en pequeños poblados (generalmente sin médico), todos equipados con un pequeño grupo de personal de enfermería (auxiliar) y obstétricas.

En el año 1992 existían 4,630 establecimientos en el sector de salud; 3,934 a cargo del Estado y 206 a cargo del IPSS; 298 pertenecían al sector no público (455 de los establecimiento eran hospitales, 1,083 centros de salud y 3,079 postas médicas). A nivel del país existía una cama hospitalaria por cada 835 ciudadanos. Esta cifra disimulaba el declive regional: en el interior del país existía una cama hospitalaria por cada 1,852 habitantes, en Lima una cama por cada 666 habitantes; incluso existían “partes de la población donde 1,000 habitantes disponían de 220 camas.”²⁴

Entre 1992 y 1994 creció la oferta: en 1996 el Estado tenía 5,933 establecimientos, el IPSS 282.²⁵ Hasta 1999 fueron inaugurados centros de salud y postas médicas adicionales, se contrató más personal, la mortalidad infantil y la desnutrición se redujeron – en promedio del país²⁶; es decir, estadísticamente, la situación mejoró ligeramente, pero la distribución regional desigual experimentó pocos cambios.

Las Direcciones Regionales de Salud dependían política-, administrativa- y financieramente del Ministerio de Salud. Por intermedio de las direcciones de salud éste Ministerio podían “gobernar“ verticalmente desde arriba hasta la última posta médica.

El tratamiento – con excepción de la planificación familiar – estaba sujeto a costos, el paciente tenía que pagar los remedios, inyecciones, material de vendaje, etc. a precios bajos subvencionados. En la sierra y la Amazonía frecuentemente el centro de salud

²⁴ Un Sector Salud... Lineamientos de Política de Salud... a.a.O. pag. 22/23.

²⁵ Citado según: El Comercio: 28.1.1998, pág. A2.

²⁶ Información básica de un documento no publicado para el Banco Mundial sobre la situación en el sector salud pública en el Perú.

se encontraba muy distante, razón por la cual un tratamiento y una prevención eran inalcanzables para la población.

La atención médica en el Perú era deficiente: el Perú es uno de los cinco países latinoamericanos con menos médicos por habitante: en 1992 habían 10.9 médicos para 10,000 habitantes – pero el déficit regional es grande. En Lima existía un médico para 800 habitantes, en cambio en regiones más distantes existía un médico para 12,000.²⁷ Dicen que actualmente 2,000 médicos se gradúan de las universidades cada año y 5,000 están desocupados; pero raras veces quieren trabajar en las regiones rurales.

La meta del Gobierno de crear para todos acceso al médico, hospital y medicina, sigue siendo para muchos un sueño. Manuel Montojo Ramirez, miembro prestigioso del Colegio Médico lo expresó en una entrevista²⁸:

"Debido a la crisis económica y al deficiente suministro y saneamiento de agua potable aumenta diariamente la cifra de los enfermos en el Perú, los servicios médicos para las familias se alejan día a día más. De la población que antes aprovechaba de los servicios de salud, el 27% ya no lo está haciendo, se van a los curanderos o a los especialistas de hierbas, interrumpen el tratamiento o se resignan.... La desocupación y el aumento de los precios de los alimentos básicos generan enfermedades, sobre todo enfermedades estomacales y de las vías respiratorias." Dice que la tuberculosis aumenta año a año, aunque esto es negado oficialmente. (También aumentan las enfermedades crónicas-degenerativas – o sea, no las enfermedades típicas de los pobres – y las enfermedades infecciosas no disminuyen.). Los aumentos de los costos agravan la situación: *"El frío criterio en las recomendaciones del Banco Mundial de que los hospitales del Ministerio de Salud deberían autofinanciarse, incrementó los costos de las radiografías, análisis, exámenes de laboratorio, consultas médicas y las operaciones menores haciéndolos inalcanzables para la clase pobre, que se encuentra ahora completamente desprotegida."* En muchos hospitales nacionales ni siquiera existe una unidad de cuidados intensivos. *"Quien (por ej. en un hospital en Iquitos, Amazonía) es llevado al hospital con un infarto o con otras complicaciones, muere simplemente, porque no tenemos nada con que podemos ayudarlo; ni siquiera tenemos la posibilidad de transportarlo a otro lugar."*

²⁷ Un Sector Salud con Equidad... Lineamientos de Política de Salud... a.a.O., pag. 20/21.

²⁸ Citado según El Comercio, 12.1.1999, A6.

En 1996 ya el 55% de los peruanos no iba al médico porque el camino era demasiado lejano o los costos demasiado altos²⁹; ahora los servicios estatales están completamente fuera del alcance de los pobres, y solamente el 37% de las personas con ingresos medianos, que anteriormente se atendían en consultas privadas, utilizan establecimientos estatales „más económicos“. En vista de esto es comprensible que las campañas de salud gratis tengan gran acogida.

En esta situación juega un papel importante una red de promotores voluntarios de salud establecida por organizaciones no estatales (también de la iglesia). Pero tan pronto se abre un centro de salud estatal cerca, estos son reclutados e incorporados con remuneraciones atractivas; y así quedan sujetos a todas las imposiciones, por ej. un promotor de salud tendrá problemas si, como hacia antes, presta auxilios del parto en el poblado: tiene la obligación de llevar a la embarazada al centro de salud, aunque éste quede a una hora o más de distancia.

Finalmente cabe mencionar tres iniciativas estatales, que debió contrarrestar este desarrollo negativo para dos grupos de la población:

El nuevo **Seguro Escolar (SEG)** que registró (1998) 4.10 millones de atenciones gratis; correspondiendo a un ahorro de 153 millones de Soles para las familias.³⁰ Todos los alumnos de las escuelas estatales fueron atendidos sin considerar los ingresos de los padres.

El "**Seguro Madre e Hijo**" (para madres e hijos de hasta tres años) fue programado para el año 1999; se esperaba que éste permitiera a todas las mujeres una atención antes y después del embarazo y el parto gratis en el hospital, etc.

Los **Centros de Salud CLAS** ("Comités Locales de Administración de Salud") fueron una nueva forma semi-estatal de centros de salud, administrados por comités locales. Y como éstos examinaban críticamente a los médicos y al personal, e intervenían en su contratación, ofrecían una mejor calidad, también mediante la "amabilidad" en la atención – y representaron una competencia para los establecimientos estatales tradicionales. El establecimiento de nuevos centros fue congelado; las autoridades del Ministerio de Salud temían perder el control sobre estos servicios exitosos. Aunque la

²⁹ Un análisis detallado sobre esta pregunta se encuentra en un manuscrito para un discurso de Oscar Ugarte Ubilluz y José Antonio Monje en un seminario "Pobreza y política social" del 14 - 21 de octubre de 1998.

³⁰ Citado según: Gestión Médica, 25-31 de enero de 1999, pag. 6.

experiencia con los centros CLAS ha sido buena, los 580 centros CLAS representan solamente el 12% de todos los centros de salud.

*

En una evaluación total debe reconocerse por un lado que existen muchas iniciativas de reformas y muchos proyectos para atender mejor a la población pobre. Pero por el otro lado estos proyectos son mal o no coordinados, en las “estrategias centrales” los medios no fueron eficientemente utilizados y tampoco distribuidos de acuerdo a las necesidades de las regiones; no se atendió suficientemente a la demanda de servicios de salud en las regiones pobres. La situación en la salud pública empeoró considerablemente debido al desarrollo económico y a la privatización del IPSS.

2.3 Competencia para la planificación familiar, asesoramiento y educación sexual

Sector Salud

La "Ley de la política demográfica" de 1985 indica en el Art. 45: *"Los organismos del Estado tienen la función de coordinar los objetivos generales de la política demográfica general ... y de fomentar la participación de las instituciones públicas no estatales del sector privado y las personas naturales."*

Conforme a esta y otras leyes, el Estado debe establecer una “relación equilibrada” entre el crecimiento demográfico y la distribución territorial de la población; fomentar la libre decisión informada y responsable de las personas sobre la cantidad de hijos; reforzar la familia, etc. La ley establece también la creación de un “Consejo Demográfico Nacional”. El capítulo 2, Art. 6 de la Constitución del año 1993 menciona a la “paternidad responsable” como uno de los objetivos de la política demográfica nacional. También la ley de la salud del año 1997 se refiere a la libre decisión sobre la cantidad de hijos y el derecho al acceso de todos los métodos. Entre otros menciona el derecho de todos al tratamiento de la infecundidad.

En el año 1998 se aprobó un "Plan Demográfico Nacional 1998 - 2002"³¹, que se orienta en el plan de acciones aprobado en la Conferencia Mundial sobre la Población en El Cairo. El plan incluye en los objetivos al Ministerio de la Presidencia, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Salud y al Ministerio de Educación. Entre los ejecutores de los objetivos en asuntos de salud, se encuentra también el seguro social y médico IPSS. Una resolución ministerial del 10 de febrero de 1996³², con la cual se aprobó el "*Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 - 2000*", indica claramente la competencia del Ministerio de Salud en los asuntos de la planificación familiar: Todos los temas de la "salud reproductiva" propiamente dicho quedaron como tarea del Departamento de Planificación Familiar del Ministerio de Salud. El responsable final sería el Ministro de Salud.

Los objetivos de las esterilizaciones y la introducción de la T de cobre deben haber venido del Ministerio de Salud. Es difícil evaluar si se trata de "cifras referenciales generales" ("*objetivos*", también "*metas*") o de "cifras planificadas" ("*cuotas*", también "*metas*"). En el Ministerio de Salud se habla de "cifras referenciales generales", la mayoría de los médicos dicen que no les fueron presentadas las cifras por escrito.

También el entrenamiento de los colaboradores debe haberlo dirigido el Ministerio de Salud (mediante el "Proyecto 2000"?): no es casual que las mismas "técnicas de asesoramiento" fueran empleadas desde las sierra hasta la Amazonía. Da la impresión que detrás de esto existe una "empresa publicista" que entrenó a las "promotoras" de acuerdo a una estrategia uniforme para la comercialización de un nuevo „producto“.

Las ejecutoras de la planificación familiar y del asesoramiento fueron sobre todo las obstétricas y enfermeras. Conocimientos sobre los métodos de planificación familiar y técnicas de asesoramiento son parte del programa de formación profesional de las obstétricas. Para el programa de la planificación familiar se contrató personal especial (con contratos temporales) y "entrenados técnicamente". Las esterilizaciones las podrían realizar exclusivamente los médicos. Los promotores de salud asumieron durante las campañas a veces la función del intérprete. Pocos fueron suficientemente entrenados para explicar los métodos de planificación familiar. Los que estaban empleados en los centros estatales de salud tenían la obligación de reclutar pacientes.

³¹ Decreto Supremo N° 011-98 PROMUDEH, "Plan Nacional de Población", en El Peruano del 29.9.1998, pag. 164486f. Archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. n° 1998/57A.

³² Resolución Ministerial 071-96-SA/DM, diario oficial del 10.2.1996. Citado por Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag.32.

Son poco conocidas las acusaciones sobre abusos de esterilizaciones en establecimientos de las fuerzas armadas y el IPSS. El PSS colaboró localmente en las campañas de esterilizaciones y fomentó las esterilizaciones en sus propios hospitales, también proporcionó grandes carpas para las campañas. El IPSS y los establecimientos de las fuerzas armadas propagaron la política demográfica del Gobierno y la realizaron – no obstante, generalmente cumpliendo los reglamentos.

Ministerio de Educación

De acuerdo al "Plan Demográfico Nacional 1998 a 2002" el Ministerio de Educación debía contribuir a informar a la población sobre los asuntos sexuales y de "reproducción". Sobre todo debía implementar el "Programa Nacional de Educación Sexual", para evitar entre otros los embarazos entre jóvenes³³ y las enfermedades venéreas. Desde 1996 existe un programa de estudios sobre educación sexual, sin embargo muchos maestros evitan el tema. Frecuentemente invitan "especialistas" (obstetrices, enfermeras, representantes de ONGs) para dar una "charla de información", en la cual se habla frecuentemente sólo sobre asuntos de prevención. En las escuelas en las que los "planificadores familiares" distribuyeron condones durante las clases de información sexual – una práctica muy común³⁴ - el director los despidió al siguiente año con el argumento: "*Sus clases de información sexual nos dieron dieciséis embarazos.*"

Después de analizar los programas de estudio sobre la información sexual, en 1997, la iglesia católica, entre otros, criticó la información sexual en la edad infantil y preescolar.³⁵ Se critica la falta de un fondo ético, una vista netamente fisiológica de la sexualidad, que incentiva en la juventud una libertad ilimitada; los hijos son ilustrados solo como una "carga", el embarazo descrito como una acumulación infinita de complicaciones; el concepto de la familia como célula de la sociedad es debilitado...

³³ En el año 2000 debe contarse con 135,000 madres jóvenes (ver La República, 24.1.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. Nr. 1998/17). También el mencionado proyecto de la GTZ trata de acercar a los jóvenes la educación sexual y los servicios de la planificación familiar (ver nota de pie 79)

³⁴ Últimamente protestó el obispo decano Cardinal Augusto Vargas Alzamorra: "Critican entrega de condones a escolares", (ver La República, 10.3.99, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. Nº 1999/13).

³⁵ Departamento de Defensa de Vida, Comisión de la Familia - Conferencia Episcopal Peruana (Edit.), Observaciones y Comentarios a las Guías de Educación Familiar y Sexual para Docentes y Padres de Familia", publicados en Agosto 1996 por el Ministerio de Educación. Lima, Febrero 1997.

Ministerio de la Mujer (PROMUDEH) y el Ministerio de la Presidencia

En 1998 el Ministerio de la Mujer fue encargado de las tareas del “Consejo Nacional de Población”(un indicio de que la planificación familiar es “asunto de las mujeres“?). PROMUDEH debió coordinar el Plan Demográfico Nacional y acompañar a la “Comisión Nacional para la coordinación de la política de planificación familiar y la política para la salud reproductiva“. Pero PROMUDEH se dedica sobre todo a los asuntos de la igualdad. Observadores opinan que en asuntos de política demográfica el Ministerio de la Mujer representó la línea del Gobierno; en la práctica de las campañas de esterilizaciones no jugó un papel, no dispuso de mayores recursos presupuestarios y no tuvo peso. PROMUDEH fue siempre declarado como el “objeto de prestigio“ de Fujimori; él estaba orgulloso de la especialidad de un Ministerio de la Mujer en América Latina. Al igual que PROMUDEH tampoco el Ministerio de la Presidencia apareció en la política demográfica como titular de las actividades. Las bases para los objetivos de la política sanitaria y otras medidas las proporcionó el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática del Perú.

Organizaciones no gubernamentales (ONG)

Existe en el Perú una red de ONGs, que ofrece planificación familiar o asesoramiento. Con pocas excepciones (por ej. **INPPARES** y la ONG relativamente pequeña **PLANFAMI/ PLANIFAM**), no disponen de personal médico, o sea no pueden ejecutar esterilizaciones. Las ONGs feministas y otras crean sobre todo una imagen para familias de dos hijos – no puede comprobarse una participación directa de ellas en las campañas de esterilizaciones.

En las conversaciones fue constantemente reiterado que no habían participado en las campañas. La psicóloga Ana Alcántara, experta en charlas de asesoramiento en **INPPARES** (Instituto Peruano para la Paternidad Responsable) asegura: *“Creo en el asesoramiento. No hay que ejercer la fuerza.”* Antes de una esterilización (por ej. por uno de los médico de INPPARES) deberían realizarse por lo menos dos a tres conversaciones. *“La campaña del Ministerio fue un error.”*

Probablemente esta explicación minimiza el papel de INPPARES. La autora tiene información (de 1996), según la cual la ONG norteamericana “Pathfinder International” apoyó proyectos de INPPARES con el objeto de reforzar los “servicios de esterilizaciones voluntarias” en los establecimientos de INPPARES y ampliarlos a

„otras tres ciudades“. INPPARES debería entrenar 110 promotores, para propagar y distribuir medios anticonceptivos; en dos hospitales estatales debería establecer „centros de la juventud“. INPPARES entrenó también personal de MINSA y del IPSS "en la aplicación de diferentes métodos", lo cual probablemente incluye a las esterilizaciones.

INPPARES estuvo bien organizado y presente en 13 filiales nacionales. Fue insinuado que el financiamiento era actualmente inseguro; deberían abandonar algunos servicios y aumentar los costos para otros. Esto podría indicar, que luego los donantes extranjeros fueron más cuidadosos con el apoyo de los proyectos de planificación familiar.

Una organización de planificación familiar apoyada por la ayuda americana para el desarrollo el AID y ampliamente conocida es **APROPO** ("Apoyo a Programas de Población"). APROPO no tiene médicos ni clínicas, pero tiene una amplia red de asesoramiento – por ej. asesoramiento telefónico gratuito – y se refiere a una experiencia larga en la distribución de tabletas vaginales, pastillas, condones y Ts de cobre. Entre 1991 y 1996 APROPO recibió de AID US\$ 5 millones³⁶ para promover comercialmente los medios anticonceptivos. APROPO también debe haber colaborado en la "preparación técnica" del personal, que realizó las campañas de esterilizaciones.

APROPO cambió luego al "mercadeo social": compra medios anticonceptivos a precios fijos bajos y los vende barato a los consumidores. Con la ayuda del Future Group y AID desarrolló una marca propia de condones („Piel“). Entre las publicaciones más importantes se encuentra una serie de 24 fascículos en cuatro colores "Nosotros y el Sexo"³⁷. Esta serie trata de todo lo que los jóvenes quieren saber "sobre el amor y el sexo": enamoramiento, métodos anticonceptivos (también se refiere a la abstinencia), exámenes preventivos y el parto... En APROPO también criticaron las campañas de esterilizaciones. Las actividades fueron "exageradas" y con esto han "pecado"; dicen que la implementación del programa ha sido "inoportuna y desfigurada"...

ReproSalud, una de las organizaciones recientes más conocidas, tuvo, aparte de la oficina en Lima, ocho oficinas regionales a nivel nacional y se basó en un acuerdo

³⁶ Indicación de cifras de una lista no publicada sobre el financiamiento de proyectos de planificación familiar/ salud reproductiva en el Perú, a la vista de la autora.

³⁷ Suplemento del periódico "Expreso".

entre la organización femenina "Manuela Ramos" que existe hace más de 20 años, "Alternative" y AID. Con US\$ 5 millones al año (de AID) se fomentó entonces un proyecto piloto, con el cual grupos de mujeres del campo investigaron sus problemas de salud con el fin de "mejorar la salud reproductiva de la mujer en el campo y en las zonas urbanas marginales". En 29 "sub-proyectos" participaron hasta 8,700 mujeres y 1,450 hombres. Los resultados debían incluirse en la política sanitaria. Según propias declaraciones ReproSalud no estuvo propagando la planificación familiar. En las conversaciones reflejaron sobre todo la crítica a las mujeres de la planificación familiar estatal y la práctica de esterilizaciones.

Las organizaciones más grandes de mujeres, como la "**Red de Promoción de la Mujer**", **AMAUTA**, **Flora Tristán**, "**Manuela Ramos**", y las organizaciones más pequeñas trataron asuntos como la planificación familiar, salud madre - niño, prevención de enfermedades venéreas, y educación sexual; no participaron en las campañas de esterilizaciones. Todas ellas – en parte públicamente – se han opuesto, pero al mismo tiempo aprobaron explícitamente la planificación familiar.

Las **ONGs alemanas** y la "**Cooperación Alemana al Desarrollo**" **GTZ** criticaron las campañas de esterilizaciones y, según pudo indagarse, no participaron en ellas.

Es difícil de comprender el papel de las grandes ONGs, tales como **CARE** y **PRISMA**. PRISMA es descrita como "*agencia de operaciones*", o sea es una de estas organizaciones por intermedio de las cuales se transferían fondos internacionales a otras ONGs. Entre 1989 y 1995 PRISMA recibió de AID aprox. US\$ 17 millones³⁸ para ayudar a ONGs que fomentan la planificación familiar. Dicen que controló la distribución de los medios anticonceptivos donados por AID. (También el proyecto ATLF semi-eclésiástico recibió por intermedio de PRISMA fondos para la planificación familiar natural.) Se dice que PRISMA quedó sin fondos.

CARE, una organización de ayuda, mundialmente activa con sede en Bruselas, recibió entre 1991 y 1996 US\$ 18 millones de AID³⁹ para financiar programas de salud (incluyendo la planificación familiar) de las ONGs. CARE asumió una especie de papel intermediador entre el Ministerio de Salud y las pequeñas ONGs, que a través de CARE hacen sus solicitudes y son supervisadas. Durante la época de las campañas

³⁸ Indicación de cifras en una lista no publicada sobre el financiamiento de proyectos de planificación familiar/ salud reproductiva en el Perú, a la vista de la autora.

³⁹ *ibid.*

de esterilización, CARE ha trabajado íntimamente con „Pathfinder“ proporcionando al Ministerio de Salud “ayuda técnica” en forma de capacitación y perfeccionamiento de médicos, obstetras y enfermeras. Se puede considerar a CARE como “socio” del Ministerio de Salud; y a “Pathfinder” como suministrador del equipamiento... Se dice que la prioridad del trabajo está en las medidas preventivas, el asesoramiento y ayuda „multi-pectoral“, abarcando desde el suministro de agua potable y proyectos de letrinas hasta la planificación familiar y prevención de enfermedades venéreas.

*

Mediante la distribución de dinero, asesoramiento, acompañamiento de los proyectos, entrenamiento del personal médico y ayuda con “know-how técnico”, estas ONGs y “Agencias de Operación” indudablemente han tenido algo que ver con las medidas de la política demográfica, y también – indirectamente – con las campañas de esterilizaciones. Esto también se puede concluir de su llamativo silencio cuando las campañas de esterilizaciones ocuparon los titulares.

La iglesia católica

También la iglesia católica se siente responsable de la planificación familiar, como consta por ej. en una carta pastoral⁴⁰. Los obispos aprueban una “paternidad responsable” y la planificación familiar (natural), pero subrayan el rechazo de todos los medios artificiales. Entre otros dice: „Tenemos la obligación de informar a la población que los métodos naturales no son, como dicen, poco eficientes y poco alcanzable para la mayoría de nuestra población... (la iglesia) sigue ampliando sus centros de orientación y su acompañamiento de la planificación familiar.“

La planificación familiar es generalmente uno de los temas de las charlas prematrimoniales en las parroquias. Pero es dudoso que en estas mayormente dos o tres charlas se puede dar suficiente información sobre los métodos naturales. También falta una red eclesial a nivel nacional de servicios de asesoramiento matrimonial y familiar. El “método Billing” (natural) es sobre todo divulgado en Lima y es mayormente desconocido en las regiones rurales.

⁴⁰ Carta pastoral "Al Servicio del Evangelio de la Vida", del 4.8.1995, archivado en: Colección de informaciones para *Justitia et Pax*, a.a.O. N° 1995/3.

El financiamiento de un proyecto de la "Asociación de Trabajo Laico Familiar" (ATLF), que fue fomentado con fondos de AID por intermedio de PRISMA, y que entrenó a 1,000 maestros, obstetrices y multiplicadores en la planificación familiar natural, llegó a su fin en 1997. En una conversación dos trabajadoras sociales con muchos años de experiencia en la ATLF se mostraron "desilusionadas" ya que según su información, los círculos eclesiásticos no hicieron nada para asegurar la continuación del trabajo de ATLF. Mencionaron que la enseñanza de los métodos naturales requiere mucho personal y gastos, ya que solamente trabajadoras pagadas podrían acompañar a las parejas durante meses hasta que ellas pueden aplicar correctamente este método.

La autora no ha podido observar la ampliación de los "centros de orientación" para la planificación familiar, que fue anunciada por los obispos en su carta pastoral.

2.4 Desarrollo demográfico y necesidad de planificación familiar

Aunque la tasa de crecimiento demográfico del Perú se está reduciendo constantemente desde los años ochenta, la población se duplicará entre 1980 y 2020. Entonces la tasa de nacimientos debe quedarse en 2.1 hijos por mujer. (Crecimiento porcentual 1992: 2.0% 1996: 1.8%⁴¹.)

Cuadro: Desarrollo demográfico de 1958 a 2020⁴²

Año	en millones
1955	aprox. 9,8
1980	17,4
1995	23,9
2000	25,7
2010	29,9
2020	33,7

⁴¹ Indicaciones de las estadísticas oficiales; citadas según Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 28.

⁴² Cuadro elaborado por la autora conforme a las cifras en "Indicadores sociales. Pobreza, Mujer y Niñez. Curso Taller Subregional", Lima,. Julio 1997; la cifra para 1955: Bertelsmann Brockhaus 1958.

El crecimiento corresponde a un proceso de urbanización. Entre 1990 a 1996 la población urbana creció a 71% de la población total, la población rural creció solo ligeramente de 6.7 a 6.8 millones.

Cuadro: Desarrollo demográfico de 1961 a 1993⁴³ (cantidad de hijos por mujer)

Lugar/Región	1961	1981	1986	1993	1997 ⁴⁴
Promedio nacional	6,8	5,1	4,1	3,4	3,1
Zonas urbanas	5,9	4,2	3,1	2,8	---
Zonas rurales	7,3	7,2	6,3	5,6	---
Lima Ciudad	---	3,4	2,5	2,2	---
Sierra	---	6,3	5,4	4,5	---
Amazonas	---	6,4	6,0	4,7	---

Aunque las cifras de estos cuadros son de diferentes fuentes, muestran la tendencia de las tasas descendentes de nacimientos, que continua, aunque con diferente velocidad en la ciudad y el campo. Seguramente se alcanzará en las zonas urbanas la meta para el año 2000 (2.5 nacimientos por mujer) y probablemente se acercará a la "cifra ideal" de 2.1, mientras que las cifras en la sierra y la Amazonía podrían establecerse en aproximadamente 3 nacimientos. (Dicho sea de paso, que hasta ahora nadie pone la cifra de nacimientos en la zona rural en correlación con la alta tasa de mortalidad infantil. En las 136 provincias, en las cuales la tasa de nacimientos es especialmente alta, hay 80 muertos en cada 1,000 nacimientos vivos.)

Que el descenso de la tasa de nacimientos hasta 1993 se llevó acabo sin las medidas masivas de la planificación familiar, puede entenderse como una referencia a la necesidad subjetiva y la disposición a la planificación familiar. Según una encuesta de ENDES (1991 - 1992) el 64% de las mujeres que viven en una relación, indicaron el deseo de "no querer más hijos... En 1991 se observó una preferencia más decisiva que en 1986 por el modelo de la familia de dos hijos (53%); este coincide con la tasa

⁴³ Cuadro elaborado por la autora con datos del Ministerio de Salud (Edit.): Fecundidad, Planificación Familiar y Salud Reproductiva en el Perú. Análisis de la Salud en el Perú (ASIS 95), Julio 1996, pag. 22.

⁴⁴ Para 1997 todavía no existen estadísticas oficiales. En el Ministerio de la Mujer dicen: "La fecundidad de 1997 se encontró en 3.1 hijos por mujer" (citado por El Comercio, 11.1.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justicia et Pax, a.a.O. N° 1998/5).

de fecundidad deseada de dos hijos.⁴⁵ A pesar de esto existe una brecha entre la fecundidad deseada de dos hijos y la fecundidad de 3.5 hijos por mujer. La mayoría de las mujeres que no desean más hijos se encuentran en la Sierra y entre las con poca o ninguna educación escolar, o sea precisamente las mujeres, “*que son las que menos usan los medios anticonceptivos, y si los usan, usan los menos eficientes...*”

El Dr. Jorge Parra Vergara, director para planificación familiar en el Ministerio de Salud, habla (1999) de una necesidad no cubierta de planificación familiar en 12% de las mujeres en la edad fértil, sobre todo en el sector rural e indígena.⁴⁶ Mujeres, sobre todo jóvenes en la sierra, expresaron a la autora el deseo: “*Quiero tener hijos, pero no tantos*”, o “*quiero tener solamente dos hijos y mi futuro esposo también*”. La opinión “*cada hijo es un regalo de Dios*” y aceptarlo como tal, sigue siendo considerada como irrealista. Que existen anticonceptivos también es conocido en el campo, muchas campesinas formularon abiertamente su deseo de tener una familia pequeña.

La alta cifra de hijos no deseados, los abortos, y las encuestas⁴⁷ – todo habla en favor de una necesidad subjetiva de planificación familiar. Por esto no se entiende que en 1995 no se publicara mediante campañas informativas el acceso gratuito a los diferentes métodos, en vez de iniciar las campañas masivas de esterilizaciones.

2.5 La oferta estatal de medidas de planificación familiar

Las estadísticas oficiales diferencian entre los métodos “modernos” y “tradicionales”, que corresponden según la terminología eclesiástica a los métodos “artificiales” y “naturales”. Su uso figura en el siguiente cuadro, llamando atención la poca diferencia entre los usuarios de métodos “modernos” (32.8%) y los “tradicionales” (26.2%).

Lista del uso de métodos "modernos" y "tradicionales" 1991/92⁴⁸

(en mujeres que viven con su pareja)

⁴⁵ Ministerio de Salud (Edit.) Análisis de Salud del Perú, 1996, pág. 42.

⁴⁶ "Seguirán cambios en Programa de Planificación Familiar", en Gestión Médica, 8 al 14.3.1999, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/10.

⁴⁷ Según una encuesta en Lima el 98% apoya la planificación familiar (archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/33).

⁴⁸ Ver la estadística "Perú: Uso actual de Métodos Anticonceptivos en Mujeres Unidas según algunas Características de las Mujeres, 1991-92", Ministerio de Salud (Edit.), Informe Técnico N° 2: Fecundidad, Planificación Familiar y Salud Reproductiva en el Perú, pag. 39. (No existen estadísticas más recientes sobre el particular).

"Métodos modernos"	32.8
"Métodos tradicionales"	26.2
Usuarios/as de todos métodos (total)	59.0
Ningún método de planificación familiar	41.0

El Ministerio de Salud ha explicado los métodos más disponibles en una serie de fascículos ampliamente divulgados. Como editor figura el Ministerio de Salud y CARE⁴⁹. No se pudo establecer, si el material cuidadosamente elaborado, en el cual también se hace referencia a los riesgos, fue elaborado recién después de la crítica sobre las esterilizaciones. También la Comisión Episcopal de la Familia editó un folleto de aspecto popular: "*Un hombre y una mujer que se aman de verdad saben que...*"⁵⁰. Diferentes métodos son ilustrados, pero se subraya la prohibición de los "métodos artificiales". Las pastillas y Ts de cobre son denominados "medidas abortivas", la pastilla tendría 57 posibles efectos secundarios, los condones fallan en hasta 76% y aumentan el riesgo del SIDA, etc.

2.5.1 Métodos reversibles

Más frecuente en el Perú es el uso de los **métodos hormonales**: "**inyecciones para tres meses**", **pastillas** y "**Norplant**": con Norplant el médico implanta bajo la piel en el brazo superior seis palitos plásticos con hormonas, que infecundan a la mujer durante cinco años. Los ginecólogos dicen que es muy fácil implantar el Norplant, pero "*sumamente complicado*" sacarlo (prematuramente). Por lo tanto, los ginecólogos cautos prueban antes con pastillas e inyecciones si las mujeres toleran las hormonas Norplant; si no se realizan las pruebas, las mujeres pueden sufrir prácticamente durante cinco años los efectos secundarios. Las mujeres indígenas no están acostumbradas a tomar regularmente pastillas, y por lo tanto, prefieren la "inyección para tres meses" o "Norplant".

Los métodos "naturales" ofrecidos en los establecimientos estatales son el método calendario ("Método del Ritmo o de La Regla) y el período de lactancia. Para el método del ritmo se ofrece una "regla" (un calendario en forma de regla corrediza) en

⁴⁹ "Planificación Familiar"; Edit. Ministerio de Salud/ CARE (sin otras indicaciones bibliográficas) En el dorso del cuaderno figuran también AID, ODA (Overseas Development Administration) y APROPO.

⁵⁰ "Un Hombre y una Mujer que se aman de verdad saben que..." Segunda Edición Julio 1997, Comisión Episcopal de la Familia; con la licencia eclesiástica de imprimir del Presidente de la Comisión de la Conferencia Episcopal, Mons. José Ramón Gurruchaga (sin otras indicaciones bibliográficas).

la cual se pueden ver los días fértiles. En los centros de salud es posible informarse sobre este método "no tan seguro". (Las analfabetas no pueden usar la "regla".)

Sobre el método de la "regla" menciona el folleto de la Comisión Episcopal de la Familia que éste no es el más moderno ni el más seguro. En cambio se describe detalladamente el método de la ovulación o Billing como "*moderno, científico, fácil de aprender y de manejar*". Observando la mucosidad cervical se puede provocar un embarazo o fijar la distancia del nacimiento entre los hijos. Sobre todo en Lima CEPROFARENA (Centro de Promoción Familiar y Regulación Natural), bajo la dirección de los médicos Giusti, cónyuges católicos, enseña el método "Billing". Ofrecen cursos para aprendices y avanzados y entrenan promotores Billing. Algunos de estos promotores trabajan en la sierra. Los críticos argumentan que la pareja Giusti tiene once hijos propios, que los cursos son "ideológicos" y dan la impresión de propagar un "método católico". Además dicen que la forma de presentación es "fanática".

En ningún lugar se menciona el método natural de **Coitus Interruptus (Coito Interrupto, el retiro)** aunque aparece en las estadísticas bajo el concepto "retiro". Aparentemente este método es más bien desconocido. La coordinadora del trabajo con mujeres en Ayaviri, Angela Chislla Palomino, informa que una obstetriz le describió el coitus interruptus. La señora Chislla reclamó que nadie mencione este método y que las obstetrices "se dirigen solamente a las mujeres y solo informen sobre los métodos artificiales"; también deberían incluir a los hombres en la planificación familiar – y explicarles por ejemplo el coitus interruptus.

Las mujeres de la sierra preguntaron frecuentemente a la autora por métodos de la naturaleza – no confundirlos con los "métodos naturales". Se refieren a hierbas y plantas medicinales, sobre la mayoría de las cuales se han perdido los conocimientos, y que juegan un papel en la práctica, sobre todo en la Amazonía. Dicen que hay en el Perú extractos de plantas que tienen un efecto anticonceptivo con larga duración. Puesto que pertenecen a los "secretos" religiosos medicinales de los curanderos y obstetrices, es difícil averiguar más. Sorprende que tampoco los institutos que investigan la medicina natural realicen investigaciones en esta dirección.

Los establecimientos estatales ofrecen como "métodos interceptivos" a los condones, tabletas vaginales y las llamadas "Ts de cobre". Esta último impide hasta diez años un embarazo. Las Ts de cobre son palitos plásticos en forma de T, cuyos extremos son

embobinados con alambre de cobre; deben ser implantados en el útero por un médico o una obstetriz. Esto genera problemas médicos y de derechos humanos.

Sobre el aspecto médico, explica la doctora Angeles Matesanz (Médicos del Mundo), que el 80% de las mujeres en la sierra sufren de infecciones del bajo vientre, y que los Ts de cobre aumentan el peligro de infecciones, razón por la cual no debieran aplicarlos a las indígenas. También mencionó que los exámenes y el papanicolau que requieren éste método son difícilmente realizables en las regiones pobres.

Un **problema de derechos humanos** se presenta con la T de cobre, ya que puede ser implantada sin el conocimiento de la mujer, por ej. en el parto o el papanicolau. La autora de esta investigación encontró en Ayaviri (sierra) el caso de 18 mujeres (en Llalli, provincia de Melgar), a las cuales les fue implantada una T de cobre sin su conocimiento el día 12 de febrero de 1998. La "Vicaría de Solidaridad" en Ayaviri denunció el caso y lo tiene documentado.⁵¹ De acuerdo a los testimonios se pidieron de estas mujeres un certificado de salud para poder vender en el mercado. En el examen respectivo en el centro de salud local dijeron que para el certificado de salud se requiere de un papanicolau, y en esta ocasión se les implantó una T de cobre. Ellas recién se dieron cuenta cuando se presentaron hemorragias, dolores, etc. Hasta ahora las mujeres no recibieron los resultados del papanicolau. En el centro de salud de Llalli se niega la implantación de la T de cobre. Después que las mujeres protestaron, ya no las atendieron tampoco en otros centros de salud cercanos, algunas fueron amenazadas y tienen miedo seguir con el caso.

Alertada por este caso, la autora preguntó a algunas obstetrices sobre el particular. Dos de ellas confirmaron esta práctica. La obstetriz Y. en Puno declaró, que en el caso de una madre de ocho hijos, su "jefe" le instó de actuar en forma similar. El médico la preguntó: "¿Qué método usa esta mujer?" Ella contestó que la mujer no deseaba ningún método. En seguida ordenó un papanicolau, durante el cual debiera implantar la T de cobre; y ella lo hizo "en segundos" – aunque contra su convicción.

Aparte de la ilegalidad se produce aquí el problema de que no se realizan los exámenes previos y posteriores. Debido a la rapidez de la implantación "secreta"

⁵¹ Poco antes de terminar la presente investigación se obtuve conocimientos que la encargada de asuntos de mujeres en la Defensoría, Rocío Villanueva, se informó (¡recién!) en el lugar. La autora también encontró a un médico, quien está dispuesta a viajar con un equipo de ultrasonido a Ayaviri y examinar a las mujeres. En las autoridades competentes de salud pública de Puno se conoce solamente de un caso de una mujer en Llalli; pero este caso ya fue aclarado, y que no existen daños algunas de salud.

resulta frecuentemente un mal posicionamiento, y hasta heridas en los órganos internos. Por esta razón la autora preguntó al director de planificación familiar en el Ministerio de Salud, si para la T de cobre no era también necesario una aprobación escrita; él contestó que lo incluirá en las deliberaciones para la elaboración de nuevas normas para el personal médico.

*

La "pastilla abortiva RU 486" es solamente presentada en el fascículo eclesiástico. No es ofrecida oficialmente en los establecimientos estatales, sin embargo, es vendida – también sin receta – en las farmacias. Durante esta investigación ni los establecimientos estatales ni los privados mencionaron los abortos como un “método de planificación familiar“. No obstante, el problema del aborto fue frecuentemente mencionado: Hasta 40% de los fallecimientos de madres (casi 2,000 mujeres por año; en 100,000 partos se presentan 300 fallecimientos) se deben a abortos ilegales.⁵² Actualmente se calcula 250,000 abortos por año⁵³. Aproximadamente 35,000 adolescentes han abortado, nos asegura la Congresista María Jesús Espinoza; de 100 adolescentes que abortan unos 47 resultan con daños en su fecundidad.⁵⁴

2.5.2 „Métodos irreversibles": Esterilizaciones

Las **esterilizaciones** son llamadas **métodos irreversibles** o definitivos. Con el retiro de la prohibición legal en 1995, el **Estado** ha declarado la esterilización como un método de planificación familiar. Para el Estado este método es „económico“, ya que las esterilizadas ya no tienen más hijos. El médico N.N. calculó que con 100,000 niños no nacidos el Estado ahorra US\$ 10 millones: *"Cada embarazo requiere cuatro exámenes de control, o sea se ahorran 400,000 controles; cada obstetrix realiza aprox. 2,000 controles, o sea se necesitan aprox. 200 obstetrices menos, se ahorran los costos de 100,000 partos... de 900,000 vacunas..."* Podrían construir menos escuelas, contratar menos maestros... Los datos sobre SIDA en Indonesia muestran que por cada dólar invertido en planificación familiar, se ahorran 12.50 dólares en gastos para educación y salud.⁵⁵

⁵² Ministerio de Salud (Edit..) Análisis de la Situación de Salud del Perú, 1995, pág. 90/91.

⁵³ Citado según el: Análisis de la Situación de Salud del Perú, a.a.O. pag. 85/86.

⁵⁴ La República, 24.1.1998, archivado en Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/17.

⁵⁵ "La Cirugía como método de Planificación Familiar", 28.3.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/45.

Los **médicos** que aprueban las esterilizaciones, subrayan que éstas perjudican menos a la salud que las pastillas, la T de cobre y otros medios "artificiales". Recalcan los beneficios de la "pequeña intervención y de pocos riesgos en los hombres". Opositores declaran que la esterilización por su naturaleza es una operación acompañada con riesgos, que se debería realizar solo en casos excepcionales, por ej. debido a un riesgo en caso de otro embarazo. Además mencionan efectos secundarios psicológicos y físicos – también en hombres. Algunos médicos rechazan principalmente las esterilizaciones: contradicen el juramento hipocrático que obliga a curar. Generalmente todos coinciden que la esterilización no es un "método" como los demás, sino una operación.

También las **opiniones de las afectadas** son diferentes. Los/las a favor resaltan que nunca más deben tomarse pastillas o temer infecciones debido a la T de cobre, y que no tienen que tener constantemente miedo de tener hijos no deseados, como con los "métodos inseguros", mejora las relaciones matrimoniales. También las mujeres con muchos hijos en situaciones sociales difíciles, que sufren bajo la conducta sexual agresiva de su pareja, ven la esterilización como una solución "cómoda" y liberadora. A los/las oponentes les asusta sobre todo lo definitivo del método o las complicaciones que han observado en otros.

La **iglesia católica** rechaza la esterilización como "auto-mutilación prohibida". En el fascículo de la Comisión de la Familia dice que no es un método anticonceptivo, sino una operación, que quita a la persona su derecho de procreación. Esto es una "opinión médica animal de control de natalidad". (¿Se están aquí confundiendo la esterilización con la castración?) Se hace referencia a encíclica humana vitae (nº 14), que excluye las esterilizaciones. Otra razón resulta del catecismo, según el cual la satisfacción del instinto sexual no debe buscarse en separarlo del fin procreativo. Pero hay – también en el Perú – teólogos que opinan que las esterilizaciones son justificadas cuando la decisión es tomada después de amplias reflexiones y después que otros métodos no pueden aplicarse. Respecto a la pregunta de la auto-mutilación prohibida argumentan que esto también tendría valor para las otras operaciones "innecesarias".⁵⁶

Dicen que a los **católicos** no les importan mayormente las declaraciones de la iglesia. Solo pocos han consultado a un sacerdote antes de la esterilización. Un cura citó a

⁵⁶ Ver sobre el particular las declaraciones del jesuita peruano y científico Juan J. Wicht SJ, "Dinámica Demográfica y Política de Población en el Perú. Reflexiones Personales", Lima 1995; manuscrito no publicado.

una mujer, que opinó: *“En realidad lo de la esterilización es bastante práctico: hay que confesarlo solo una vez – y luego tienes tranquilidad.”*

*

En la introducción del fascículo informativo del Ministerio de Salud sobre la ligadura de trompas y la vasectomía se indica – en letras mayúsculas – que se trata de métodos irreversibles. Al final dice breve y claramente: *“Quien se opera, no puede tener más hijos.”* (Algunos médicos indican que se puede recuperar la capacidad reproductiva, pero estas operaciones son caras y la cuota de éxito se encuentra solamente entre el diez y veinte por ciento.) Se indica expresamente que hay que dar autorización por escrito para la operación; no procede para quien duda o no este bien informado.

La forma común de la ligadura de trompas es una intervención de 20 minutos, mayormente con anestesia local, desde afuera en el vientre. En el fascículo informativo del Ministerio de Salud se explica detalladamente, cómo se debe preparar uno: Ocho horas antes no comer nada, la última comida debe ser ligera; hay que lavarse bien, se requiere venir acompañada a la operación, etc. Después de la operación debe quedarse unas horas en el centro de salud y luego descansar uno o dos días en su casa; la herida no debe mojarse; no deben realizarse trabajos pesados por ocho días... En caso de fiebre, desmayo, dolores de barriga, formación de pus en la herida, etc. debe buscarse ayuda médica. Todas estas indicaciones fueron poco observadas durante las campañas de esterilizaciones.

También en la ilustración de la **vasectomía** (corte del cordón espermático) del fascículo informativo del Ministerio de Salud se explica detalladamente la preparación del paciente para la operación y el tratamiento posterior. – Con las vasectomías se conocen pocas complicaciones.

¿Se realizó en el Perú durante las **vacunación “una esterilización forzada”**? Fue sobre todo la manera como se realizaron las campañas de vacunas contra el tétano a mediados de los años noventa, lo que aumentaron estos rumores. Puesto que fueron vacunadas solamente mujeres y mujeres jóvenes, el Comité de los Derechos Humanos de la Diócesis de Huacho exigió en setiembre de 1995 una investigación al Ministerio de Salud „... para aclarar todas las incertidumbres...“, igualmente como en otras campañas de vacunaciones deberían “explicar a los medios de comunicación los motivos, indicar los días y centros de vacunación, para que la población participe LIBRE y RESPONSABLEMENTE...“. El obispo de Huacho, Lorenzo León Alvarado,

confirmó: *"Las muchachas fueron vacunadas en las escuelas sin tener previamente la autorización de los padres... Las brigadas de vacunación incluso con la ayuda de la policía sacaron a las mujeres de los buses... Muchas mujeres se escondieron."* En Ayaviri la autora se enteró que después de charlas sobre asuntos de salud en salones escolares, los alumnos fueron encerrados con el anuncio: „ahora todos serán vacunados“. (Los rumores fueron tomados en serio, de tal manera que en algunos lugares las mujeres que ya no querían tener más hijos, hicieron cola para esta vacuna...)

El Ministerio de Salud se defendió.⁵⁷ La Organización Mundial de la Salud decidió en 1989 eliminar en todo el mundo el *"tétano neonatal"*. Por esto el Perú quiere vacunar al 100% de las parturientas y al 100% de todas las mujeres en edad reproductiva... En el año 1995 hubo en los 150 distritos de riesgo 0.1 casos de tétano en mil recién nacidos.

También la Organización Panamericana de Salud reaccionó.⁵⁸ *"En Méjico, 1994, y éste año también en Nicaragua, miembros de la organización Pro-Vida y la iglesia católica declararon ante la prensa que la vacuna contra el tétano contenía la hormona gonodotropina coriónica (hGC), lo que convierte la vacuna en un producto farmacéutico con metas anticonceptivas"*. Los acusadores se basaron en pruebas de laboratorio, pero investigaciones posteriores habían comprobado que éstas "no fueron adecuadas...". La sospecha surgió de la publicación de un experimento en la India, donde se empleó un producto en base de hGC como anticonceptivo. Pero esto se encuentra todavía en desarrollo, su empleo masivo es imposible a corto plazo. La mayoría de los médicos consideran esta sospecha como absurda. Opinan que la cifra de casos de tétano no es alarmante, pero los altos costos para el tratamiento de tétano justifican las vacunaciones. Con la eliminación de la enfermedad el Estado podría ahorrar anualmente US-dólares 150,000...

Ginecólogos como J. Luis Quiroz Velarde no descartan un efecto esterilizante, sin embargo, esto se podría comprobar solamente mediante estudios posteriores, ya que el efecto no se presenta inmediatamente.⁵⁹

⁵⁷ Declaración del Ministerio de Salud (copia sin fecha, 1995), archivo DEPAS.

⁵⁸ Declaración de la Pan American Health Organización, "Aclaración de las Falsas Denuncias del Uso del Toxoide Tetánico como Sustancia Anti-Fertilizante" (copia sin fecha, 1995), archivado en DEPAS.

⁵⁹ Dr. Quiroz opina en una carta (archivada en la pastoral de salud). El es médico en la Clínica Estela Maris, bajo la administración de la orden, a la cual pertenece la Hermana Maria van der Linde (pastoral de salud).

En la Comisión Episcopal de la Familia opinan que se ha tratado de campañas de esterilizaciones. Tienen todas las pruebas – pero no pueden financiar investigaciones confiables de laboratorio. El daño de las campañas de vacunación es grande: muchos ya no quieren que sus hijos sean vacunados. No se puede contestar la pregunta, si con las vacunas se realizaron “esterilizaciones forzadas”. (Sorprende que hasta ahora nadie investigara sobre las consecuencias.)

3. Las campañas de esterilizaciones en el Perú 1996/97

3.1 Antecedentes de las campañas de esterilizaciones

Mundialmente se filosofa y se discute mucho sobre si los pobres son pobres porque tienen muchos hijos, o si tienen muchos hijos porque son pobres. Pero todos coinciden en que: los pobres tienen muchos hijos, más hijos que los ricos... Quien parte del supuesto que los hijos son para los pobres una importante mano de obra y la única garantía para la vejez, apuesta a las medidas sociales y educativas y a la disminución de desocupados; por el lado de los países del "primer mundo" esto significa, seguir una política de desarrollo orientada hacia los pobres".

En cambio, el Presidente Fujimori opinaba que si existieran menos pobres, también se disminuiría la pobreza. Es decir, por ej. mediante medidas de política demográfica, hay que evitar que nazcan más pobres. Consecuentemente siguió este camino de lucha contra la pobreza. El 28 de julio de 1991 declaró al "año del ahorro y de la planificación familiar"⁶⁰. El mismo año se aprobó el "Programa Demográfico Nacional 1991 a 1995" con la meta „de reducir el ritmo natural del crecimiento de la población nacional a no más de 2% hasta 1995". A mediados de los años noventa las mujeres deberían tener en promedio no más de 3.3 hijos. Ambas metas fueron alcanzadas, como muestran las cifras sobre el crecimiento de la población.

En 1992 mediante Resolución Ministerial se puso en vigencia el "Manual de Salud Reproductiva", MSR. Según este fue posible eludir la prohibición legal de las esterilizaciones, definiendo la esterilización como una "intervención quirúrgica debido a un riesgo reproductivo".

Pocas semanas antes de la autorización de las esterilizaciones, Fujimori anunció en su discurso oficial del 28 de Julio de 1995: *"Si hablamos sobre el futuro, entonces tenemos que hablar sobre la planificación y respectivamente sobre el control de nacimientos. Todos los hijos son maravillosos, una señal de vida, pero es penoso ver a niños hambrientos, desnutridos, descuidados... algunos al borde de convertirse en criminales. ¿Existe algo más dramático? Está en nuestras manos de actuar, actuar con realismo, dirigido por la razón y no por el miedo de tocar tabús y mitos. Es por esto que el Estado apoya que las familias con pocos ingresos y bajo nivel educativo tengan*

⁶⁰ Las explicaciones sobre la política demográfica de 1992 se basan en el documento de Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O., pag. 30f.

el mismo acceso a los métodos anticonceptivos que las mejor remuneradas. Sería hipócrita cerrar los ojos ante el hecho que para los diferentes niveles sociales existan diferentes métodos. Es justo divulgar los métodos de planificación familiar. Fuimos y somos un Gobierno pragmático, sin tabús ni "vacas sagradas". Las mujeres peruanas deben ser dueñas de su destino! ⁶¹

Después de este discurso los acontecimientos se sucedieron uno tras otro. El 17 de agosto de 1995 el Presidente pidió en una carta a la Presidenta del Congreso Martha Chavez Cossio que el Congreso aprobara *"urgentemente"* un cambio en la „Ley de la Política Demográfica Nacional“⁶². También el 17 de agosto una decisión ministerial estableció que todos los establecimientos de salud deberían *"proporcionar completamente gratis la mayor cantidad posible de todos los medios anticonceptivos"*.⁶³ El 9 de setiembre se aprobó con la mayoría de los "Fujimoristas" el cambio de la ley. Antes decía: *"La Política Demográfica Nacional excluye el aborto y la esterilización como métodos de planificación familiar"*, ahora dice: *"La Política Demográfica Nacional excluye el aborto como método de planificación familiar. En todo caso la aceptación de los métodos se base en la libre voluntad personal, sin incentivo o compensación material."*⁶⁴

Unos días antes el Congreso autorizó un viaje del Presidente a la IV Conferencia Mundial de la Mujer a Pekín. Su "regalo": la autorización de las esterilizaciones... Dos días más tarde comenzó el ataque de la prensa con titulares como "Fujimori declara la guerra al Vaticano". En Pekín Fujimori había anunciado al New York Times, que se uniría con otros países latinoamericanos, *"para reducir la influencia del Vaticano (en relación a la planificación familiar) en América Central y del Sur"*.⁶⁵ El reportero lo había interpretado de tal manera que esto se había convertido en una "coalición contra el Vaticano", lo que otros cambiaron a una „declaración de guerra al Vaticano“. Fujimori contraatacó, diciendo que hasta ahora solo había declarado la guerra al movimiento terrorista Sendero Luminoso y a la inflación, su tercera guerra tenía a la pobreza como enemigo. Coincidió con aquellos estudios según los cuales "una inversión en las mujeres es la forma más rentable y racional de reducir la pobreza y

⁶¹ Extracto del discurso del Presidente Fujimori del 28 de Julio de 1995; archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1995/2.

⁶² Se habla del artículo VI del Título Preliminar del Decreto Legislativo n° 346, Ley de la política demográfica nacional. La ley se encuentra publicada en Defensoría. AQV I. a.a.O. pag. 99f.

⁶³ Citado según Giulia Tamayo, "Nada Personal, a.a.O. 36.

⁶⁴ La modificación de ley se encuentra publicada en Defensoría. AQV I. a.a.O. pag. 113/114.

⁶⁵ " 'Periodista de New York Times' ratifica su versión de entrevista a Fujimori", El Comercio, 15.9.1995, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1995/24.

mejorar las condiciones sociales".⁶⁶ Retrospectivamente parece que comenzó esta polémica para anunciar el inicio de la política demográfica agresiva.

O quizás con el "Plan del Golpe" le vino la idea de que las esterilizaciones fueran el camino correcto para la lucha contra la pobreza. (Este plan fue elaborado por los militares en 1989/90 – originalmente para derribar a su antecesor Alan García). Sobre la influencia de este plan de golpe especula el periodista Fernando Rospigliosi en un comentario con el título "*Control natal: Fuentes de Fujimori*".⁶⁷

El desarrollo posterior de las campañas de esterilizaciones demuestra que estas especulaciones no son tan absurdas. Rospigliosi cita el capítulo "Estrategia para una política demográfica en la primera mitad del ciclo XXI", en el cual se habla de un "crecimiento epidémico de la población" del Perú desde la segunda guerra mundial. En vista de lo cual considera apropiado „hacer ampliamente uso de los procesos de esterilización para grupos culturalmente atrasados y económicamente empobrecidos“. También se explican los mecanismos para la reducción del crecimiento de la población: "... la ligadura de trompas debe convertirse en norma para todos los establecimientos, en los cuales se realizan partos, salvo que las mujeres puedan comprobar solvencia económica." ... "Estos métodos de obligación debieran tener inicialmente solo carácter experimental y emplearse solo en determinadas zonas, para ver las reacciones de la población antes de ampliarlos posteriormente a otros sectores." ... „Los programas de ayuda para determinados sectores sociales debieran ligarse a la condición de que los afectados participen en los programas de planificación demográfica.“

Sería injusto buscar la causa de la práctica de esterilizaciones solamente en el Perú. La presión de afuera por instituciones internacionales es muy notable. Sobre este asunto trataremos más tarde en relación con la „culpabilidad“ (ver capítulo 5).

*

Después de liberar la esterilización como método de planificación familiar, comenzaron las llamadas campañas de esterilizaciones, aproximadamente a partir de mediados del año 1996. Las cifras de esterilizaciones subieron de golpe como muestra la estadística.

⁶⁶ Citados de diferentes noticias de prensa, archivadas en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1995/15f.

⁶⁷ Fernando Rospigliosi: "Control Natal: las Fuentes de Fujimori." En: Caretas, 21.9.1995, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1995/26.

Cuadro: Esterilizaciones 1990 a 1998⁶⁸

Año	Ligadura de trompas	Vasectomías	Vasectomías y ligadura de trompas
1990	2 593		
1991	3 849		
1992	6 911		
1993	14 783	663	15 446
1994	13 321	355	13 676
1995	21 901	974	22 875
1996 (MINSA)	67 263	4 726	71 989
1996 (IPSS)	13 742	1 400	15 142
1996 (Fuerzas Armadas y Policía)	756	187	943
Total			<u>88 074</u>
1997			110 253
1998	21 124	1 548	22 672
1995-1997 Total			<u>221 202</u>

1993 se registran el doble de esterilizaciones que en 1992. Esto se debe aparentemente también a que en este año los médicos manejan la todavía prohibida esterilización "más liberal". El nuevo Manual para la salud reproductiva⁶⁹ aprobado por la Resolución Ministerial trata ahora el concepto de riesgo para las esterilizaciones en forma muy amplia: se puede esterilizar en caso de un "riesgo reproductivo" no definido en detalle.

1994 bajan las cifras ligeramente, probablemente esto aumentó la presión en la liberación de la esterilización en el año 1995.

⁶⁸ Esta estadística, elaborada por la autora, se apoya en div. fuentes: algunas son citadas en el manuscrito de Giulia Tamayo ("Nada Personal", a.a.O. pag. 60/61), que se apoya en sus indicaciones para 1990 a 1996 en sus propias investigaciones y cifras de la Oficina Nacional de Estadísticas. Las cifras para 1997 y 1998 se encuentran en la carta del director para planificación familiar en el Ministerio de Salud, Dr. Parra Vergara al periódico peruano El País del 7.1.1999; archivado en: Colección de informaciones para Justicia et Pax, a.a.O. N° 1999/2.

⁶⁹ Resolución Ministerial N° 0738-92-SA; con esta resolución ministerial se aprueba el "Manual de Salud Reproductiva" (MSR; guía para la salud reproductiva) con carácter obligatorio a nivel nacional. Citado según Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 30/31.

1995, en el año de la liberación de la esterilización las esterilizaciones aumentan considerablemente.

1996, en el primer año de las "campañas de esterilizaciones" las cifras se triplican; incluyendo al IPSS y MINSA, se puede hablar probablemente de una cuadruplicación.

1997 resulta nuevamente un aumento importante a más de 100,000.

De este cuadro resulta, que el sector estatal (MINSA), el sector "para-estatal" IPSS, así como la policía/ fuerzas armadas han realizado entre 1995 y 1997 por lo menos 221,202 esterilizaciones. Suponiendo que las cifras de esterilizaciones de 1997 y 1998 en los establecimiento del IPSS y de la policía/ fuerzas armadas siguieron la tendencia de los establecimientos de MINSA, entonces se puede estimar la cifra total de las esterilizaciones de 1995 a 1998 en 300,000.

Pero la estadística demuestra también que las cifras del MINSA de 1998 son similares a las de 1995. Algunos las interpretan como "la necesidad real", la "demanda real" de esterilizaciones, ya que en 1995 todavía no habían comenzado las campañas y en 1998 pararon.

En 1999 otra vez subió ligeramente la "demanda" de esterilizaciones, comenta el Dr. Parra Vergara, director para la planificación familiar en el MINSA: *"En enero y febrero realizamos en promedio 2,000 operaciones, esto supera a las cifras de 1,700 en noviembre y diciembre [1998]."*⁷⁰

*

No están disponibles cifras sobre cuántas "campañas", "ferias", "festivales" y "jornadas" con esterilizaciones han habido en todo el Perú. Según Giulia Tamayo figuran en el presupuesto del Ministerio de Salud bajo el título "campañas de planificación familiar", "festivales de la salud", "campañas para la salud integral". Según información del Ministerio de Salud, se realizaron en los primeros seis meses del año 1996, 463 "campañas preventivas", que llegaron a 120,000 personas, sobre todo en las zonas rurales. En estas oportunidades, según el Ministro de Salud, solamente uno/a de diez se decidieron por la "prevención quirúrgica voluntaria"; esto

⁷⁰ "Seguirán cambios en Programa de Planificación Familiar", Gestión Médica, 8.-14 de marzo de 1999, archivado en Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 99/10.

demuestra que son equivocadas las suposiciones, según las cuales se trataba de campañas de esterilizaciones.⁷¹

En realidad, según Giulia Tamayo, el objetivo de muchas "campañas preventivas" era ofrecer la "prevención quirúrgica"; tiene fotos y material filmado que lo demuestra.⁷² En algunos lugares los pobladores incluso se quejaron de haber sido "engañados": no han cumplido con los exámenes gratuitos prometidos; solamente han tratado de atraerlos. En las banderolas, volantes y la radio frecuentemente anunciaron "especialistas experimentados de Lima, que diagnostican enfermedades tales como tuberculosis, dengue, malaria, cáncer de mama y cáncer de bajo vientre. ¡Todos estos tratamientos son gratuitos! ¡Aprovechen esta oportunidad!"⁷³

Bajo el rubro "planificación familiar" el Ministerio de Salud había previsto 4,790 "campañas de planificación familiar" tan solo en 1998.⁷⁴ Giulia Tamayo pone en el listado de su investigación 30 lugares, en los cuales habían campañas que promovían expresamente la esterilización. En 1997 en pueblos y barrios pobres se podía leer en enormes pancartas o afiches el siguiente texto que anunciaba grandes campañas:

San Ramón: *"Gran campaña de vasectomía con especialistas de Lima el 28.6. (1997) en el centro de salud"*.

Chimbote: *"Campaña gratuita para ligadura de trompas y vasectomía"*.

Ucayali: *"Festival de ligadura de trompas ... tratamiento gratuito!"*

San Lorenzo, Alto Amazonas: *"Hemos decidido tener solo dos hijos. Por esto hemos escogido el método de la ligadura de trompas y somos felices! ¡Decídetes! ¡Te operamos gratuitamente en el hospital!"*⁷⁵

En otros anuncios, tales como *"Campaña de planificación familiar"* o *"Campaña de salud integral"* el objetivo de las esterilizaciones no era tan obvio.

¿Cómo podemos imaginarnos el desarrollo de estas campañas? Según testigos surge la siguiente imagen: médicos foráneos y personal adicional viajaban al lugar considerado punto central, y contaba con un centro de salud, como „punto de apoyo“.

⁷¹ Ver Giulia Tamayo "Nada Personal", a.a.O. pag.71/72; la señora Tamayo se refiere a un informe en el periódico "El Sol" del 19 de Julio de 1996.

⁷² También en el material de archivo de la Comisión Episcopal para la Salud y la Familia existen copias de tales fotos, las cuales fueron incluidas en la Colección de informaciones para "Justitia et Pax".

⁷³ Texto de volantes de Tocache, citado por Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 72/73; textos similares de volantes de Tocache archivados en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. Nº 1997/26, 1997/30 y 1997/31.

⁷⁴ Presupuesto del sector de salud Sept. 97, cit. por Giulia Tamayo, "Nada Personal" a.a.O. pag.73.

⁷⁵ Foto en: Defensoría. AQV I, a.a.O. pag. 61; copias de otras fotos con textos de banderolas y carteles, archivadas en: Colección de informaciones para Justitia et Pax.

El personal local ya debía haber "enganchado" pacientes. Si el centro de salud no se prestaba para las operaciones, se levantaba, aparte de las carpas de "diversión" y asesoramiento también una carpa grande para cirugía. Con bandas de música, competencias y exposiciones de videos, a veces también con acciones de corte de pelo, limpiabotas, etc. se invitaba a la población de los pueblos a informarse sobre temas de salud y planificación familiar. En zonas distantes los candidatos/as previamente enganchados eran traídos en camiones. Paralelamente había la propaganda por radio. En una de las carpas se encontraban médicos para el tratamiento gratuito de diferentes enfermedades, "al costado" en "la carpa quirúrgica" se estaba operando, o sea esterilizando. "Iban a un lugar, durante una semana y organizaban un verdadero circo", relata Dr. N.N. "descargaban la carpa del camión, colocaban las camillas, la ropa de cama llegaba esterilizada de Lima... Temprano el día domingo en la mañana reunían a la gente, y venían las mujeres para hacer cola en una de las entradas, por la otra salían a otra carpa (después de la esterilización), donde podían descansar... y los médicos decían orgullosos: operé hoy día tantos... Algunos no eran los que operaban, y cuando se presentaban problemas decían cobardemente: yo no fui, el otro operó..." En estas campañas muchas personas fueron esterilizadas pocas horas después de haber escuchado por primera vez de este "nuevo método".

3.2 La planificación de los "Festivales de salud" con esterilizaciones

A mediados de 1996 llegó a publicarse un "plan piloto" ("*Plan Preliminar*"⁷⁶) sobre las campañas de esterilizaciones. Según éste querían analizar en dos lugares (Sayán, aprox. a seis horas, y Oyón, aprox. a diez horas con bus de Lima), como la población reaccionaba a las esterilizaciones ofrecidas en el marco de un festival de la salud. En él figuraban el Ministerio de Salud (MINSA) y el seguro social y médico semi-estatal (IPSS) como autores(?). Cuando se dio a conocer el estudio – sin fecha y firma – el Ministerio de Salud inmediatamente lo llamó falso. Sin embargo, las campañas fueron realizadas en Sayán y Oyón en el año 1996, y en forma general no se tiene dudas sobre la autenticidad del documento. También la realización de campañas posteriores, que se orientaron hasta el detalle en este escenario, hablan en favor de la autenticidad.

⁷⁶ MINSA/IPSS (Edit.? Autor?) " 'Festival de Salud'. Plan Preliminar. Campaña de Sensibilización del Plan de Emergencia AQV en las Localidades de Sayán y Oyón", archivados en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1996/5.

El idioma de este plan de piloto es académico, fueron usadas muchas palabras extranjeras y conceptos científicos, por ej. sensibilización, sostenibilidad, logística, productos y estratégicas, etc. La “hechura” parece haber sido de teóricos (en Lima?).

El **título del plan piloto** fue: *"Festival de salud" – Plan preliminar*"; **subtítulo**: *"campana para la sensibilización del plan de urgencia AQV en Sayán y Oyón"*. El concepto AQV, con el cual describen también los médicos a las esterilizaciones, es la abreviación de *"Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria"*. Aparentemente fue textualmente tomado del inglés (del donante?). Una de las organizaciones de planificación familiar más grande de EE.UU. mundialmente activa (AVSC) es la asociación para "Voluntary Surgical Contraception" (VSC).

En la **introducción** se explica que las altas tasas de fecundidad aumentan los riesgos de salud para la madre y los hijos. El Gobierno planea “correctivos” que este plan apoya... Que su **intención** es probar en Sayán y Oyón la “viabilidad” de este proyecto, ya que “el instrumento de los métodos irreversibles” debe ser empleado en una población meta en siete departamentos, para “optimizar este modelo a nivel nacional... y desarrollarlo en un instrumento estandarizado”.

"Objetivo general": *"Despertar la demanda de métodos anticonceptivos irreversibles en mujeres entre 30 y 40 años"*. **Objetivos individuales**: Crear un modelo tipo para las campañas AQV: consolidar grupos locales a cargo del MINSA e IPSS; sondear la sostenibilidad de la estrategia; crear una red social como base para el modelo. Debía desarrollarse un “modelo de calidad” para la sensibilización y formarse grupos locales; el personal de los servicios de salud debía ser entrenado en técnicas de educación, planificación e investigación. A la “red social” pertenecían, entre otros, los alcaldes, la policía, las fuerzas armadas, las instituciones, escuelas, los comités locales de salud, pero también las organizaciones sociales: clubes de madre, cocinas comunes, asociaciones de artesanos y de deporte, etc. Para que sus líderes y el personal local de la salud se identificaran con la campaña, se les ofrecía incentivos: 15 kilos de alimentos por candidato de esterilización incluyendo una premiación (*"premio estrella"*⁷⁷) para aquellos que lograran la mayor cantidad de AQVs, como viajes para tres personas a un lugar en el país; los escolares debían motivar a sus madres de participar en la campaña, y se trataba de “identificar aquellos niños que tenían tres o más hermanos”.

⁷⁷ Con un "premio estrella" se premian por ej en los supermercados a los „vendedores del mes“!

Antes de la campaña, el personal local del MINSA/IPSS, los líderes locales y los lugares de reunión debían “sondear” a la población. También antes de la campaña debían recluirse pacientes, prepararse material de publicidad para la radio y la prensa, sticker, pancartas, globos... Para el “tiempo de espera” (¿a la esterilización?) se requerían videos y afiches... En las reuniones debía preguntarse a las mujeres y hombres: “¿Usa un método? – si era afirmativo ¿porqué? Si era negativo - ¿porqué no?” Los preparativos incluían también la elaboración de material para la publicidad en la radio y la prensa, asimismo las pancartas, sticker, globos, etc.

Los "festivales de salud" eran definidos como un *"Conjunto de diferentes actividades"* – deporte, esparcimiento, salud. *"Un festival duraba una semana, y coincidía con la atención en carpas (grandes), de manera que la campaña de salud era parte de las actividades del festival. Sugeríamos... : teatro, títeres y bailes, grupos musicales, competencias deportivas, fuegos artificiales, concurso de cocina con especialidades del lugar, competencia de pinturas murales sobre el tema de la salud en las escuelas..."*

Debían montar tres carpas grandes del IPSS para los tratamientos y/o una “carpa quirúrgica”. Las unidades móviles también estaban disponibles. Debía ofrecerse un *“paquete básico de salud: vacunas, exámenes de control...; exámenes oculares y dentales; prevención del embarazo y de cáncer..."*

Como **personal** se requería: *"1 responsable del MINSA, 1 responsable del IPSS, 2 responsables del personal local de salud, 2 responsables para el entrenamiento [del personal], 2 comunicadores..."*; **personal auxiliar**: una secretaria, un chofer, un técnico...; **bienes materiales**: computadoras, útiles de oficina, medios de transporte, combustible, equipamiento de video, material de publicidad, megáfono, carpas y toldos.

*

El plan manifestaba muy claro, que con estas operaciones de gran envergadura debían promoverse las esterilizaciones, las cuales eran realizadas inmediatamente en el lugar; con esto los abusos eran previsibles.

3.3 Problemas, abusos, violación de los derechos (humanos)

3.3.1 Publicidad agresiva y manipuladora, propaganda

El estilo de la propaganda ilustraba que la planificación familiar estaba dirigida directamente a los pobres de nivel bajo con muchos hijos. La propaganda consideraba despreciables a pobres y prolíficos. Esto se observó ya a fines de los años ochenta con carteles en los cuales los prolíficos son comparados con conejos. A partir de mediados de los años noventa aparecieron carteles que sugerían que las familias con dos hijos viven en bienestar. *"Habían carteles donde figuraba la gente pobre en la parte superior con muchos hijos, que no planificaban su familia: todos eran flacos, incluso su perrito; en la parte inferior se veía al hombre y a la mujer con dos hijos y una bonita casa, incluso el perro era gordo... esto daba a entender que alguien era pobre porque tenía más hijos"*, dice Magda Mateos (AMAUTA). *"Se inculcaba a los pobres culpabilidad por su pobreza."*

Frecuentemente se destacaba que aquellos que planificaban su familia eran „responsables“, lo que significaba al mismo tiempo que todos los que tenían muchos hijos eran “irresponsables“. Los slógans que pedían en la dicción de los diez mandamientos: *“¡Debes tener solamente a los hijos que puedes mantener!”*⁷⁸, eran igualmente cuestionables como aquellos que prometían la “felicidad“ después de la esterilización: *"... hemos elegido el método de la ligadura de trompas, por este somos felices! ¡Decídete!"*⁷⁹

La propaganda para la esterilización reveló entre otros que la planificación familiar era lo mismo que la esterilización. Algunos campesinos decían: *"Mi Mujer fue planificada"*, cuando querían expresar que sus mujeres fueron esterilizadas. Con los conceptos como “gratis“, “práctico“, “mejor que cualquier otro método“ los usuarios fueron manipulados: para obtener más barata que nunca, la esterilización – como un tipo de oferta especial en un remate.

Cuando anuncian "campañas para la salud integral", que luego se limitan exclusivamente a la “planificación familiar“, en realidad se podía hablar de un “fraude publicitario“.

⁷⁸ Pancarta de Loreto, Octubre 1996, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1996/28.

⁷⁹ Pancarta de San Lorenzo, Yurimaguas, Octubre 1996, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1996/31.

3.3.2 Cuotas (metas y cifras planificadas)

Que deben haber existido cuotas, lo ilustra el ejemplo de un plan en forma de tabla (para 1996) con metas indicadas y la siguiente evaluación en el Departamento de Ancash.⁸⁰ Para Huaraz por ejemplo estaba previsto aplicar 580 T de cobre y 492 AQVs (esterilizaciones). Y efectivamente fueron incorporadas 561 T de cobre y practicadas 341 esterilizaciones: la meta, el "deber planificado" fue alcanzado en un 97% con las T de cobre y en un 71% con las esterilizaciones. En otras provincias se cumplió el deber planificado hasta el 138% en exceso.

Las respectivas Direcciones Regionales "redistribuyeron" las cifras planificadas (¿o indicaciones referenciales?) proporcionalmente a los hospitales y centros de salud. Aparentemente por iniciativa propia algunas direcciones de salud elaboraron planes, de manera que se hizo pública una nota de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica,⁸¹ en la cual se decía, que mensualmente el personal empleado debía reclutar 2 pacientes para AQV, en cambio el personal de los centros de prioridad y CLAS debían conseguir tres candidatos para la esterilización. El jefe y la obstetriz del centro de salud debían registrar el resultado en el expediente personal, y al final del año se entregaban certificados sobre el particular al personal. Finalmente se premiaba a los centros que habían organizado las mejores campañas y demostraban la mayor cantidad de esterilizaciones al menor costo, etc.

Cuando el periódico "El Comercio" publicó el documento en 1998,⁸² un congresista pidió castigar a los responsables: el Vice-Ministro de Salud, Dr. Aguinaga (desde abril 1999 Ministro de Salud), declaró ante esta acusación que el director regional había actuado por iniciativa propia y se había excedido en las normas, y que se tomarían medidas disciplinarias.⁸³

Pero también las "metas imaginarias" generales, por ejemplo los lineamientos de salud, eran problemáticos: porque decían que debían convencer al 50% de las mujeres de usar "métodos seguros", y el 100% de las mujeres, que daban a luz a un hijo en un establecimiento estatal de salud, no debían salir de estos establecimientos

⁸⁰ Archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1996/7.

⁸¹ Archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1997/24.

⁸² El Comercio, 11 de Febrero de 1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/21.

⁸³ El Comercio, 12 de Febrero de 1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/22.

“sin usar algún método anticonceptivo“. Esta práctica llevaba a ilustrar la declaración de una mujer joven, la cual, después de un examen de rutina, fue preguntada por el médico qué método anticonceptivo usaba. Cuando contestó “ninguno“, el médico le explicó: “De mi consultorio no sale nadie sin un anticonceptivo“. Ella se había decidido finalmente por el “uso de condones – ya que era más fácil revenderlos!“

El médico N.N., durante el tiempo de la campaña en función directiva en los servicios gubernamentales, relató a la autora: *"Todos los programas tenían indicaciones de metas... y su cumplimiento era parte de nuestra obligación profesional... Por ejemplo tenía que vacunar cinco veces a 100% de los niños menores de un año... si no lo cumplía, cometía un error... luego llegaron las indicaciones de metas para las ligaduras de trompas... Cuando nos dijeron que estos métodos deberían ser preferidos, desaparecieron simultáneamente las indicaciones de metas para otros métodos. Muchas pacientes practicaban otros métodos, o sea teníamos que disuadirlas de dejarlos... Lo único que teníamos en mente era alcanzar nuestra meta para este año... y de esta manera alcanzábamos cifras extraordinariamente altas de pacientes operadas diariamente..."*

El ginecólogo Dr. R., antes en servicios estatales, nos dijo: *"... y luego vinieron de la dirección (de salud) las cifras planificadas... y si podíamos cumplirlas en un hospital..., era mejor para evaluar quienes eran candidatas... Pero lamentablemente en esta competencia de cumplir con las cifras planificadas, también practicaron estas ligaduras en centros remotos... y allá también obligaron a futuros ginecólogos a cumplir con las metas; fueron asignados exclusivamente para practicar en cierto centro y en fechas determinadas (una determinada cantidad de) ligaduras..."*

La obstetrix N.N. describía la evaluación: *"Existía un formulario en el cual teníamos que registrar mensualmente cuántas ligaduras o vasectomías fueron realizadas, cuantas T de cobre colocadas, cuántas inyecciones de tres meses administradas. Todo el personal médico tenía que llenar estos formularios. Aún es así... Conozco pocos médicos que se atrevieron a oponerse a estas metas."*

Para el Colegio Médico no existe la menor duda de que los médicos fueron obligados a *"cumplir con las cifras planificadas que fueron establecidas centralmente, sin considerar las circunstancias locales y regionales"*,⁸⁴ sin embargo, en el Ministerio de

⁸⁴ Declaración del Colegio Médico, sin fecha, archivada en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/55.

Salud fueron negadas las cuotas: *"El Ministerio de Salud ha declarado hasta el cansancio, que no es parte de su política el poner metas para el programa de planificación familiar."*⁸⁵

3.3.3 Premios para los médicos y el personal médico

Giulia Tamayo menciona en su investigación los siguientes incentivos para los centros de salud: medios de transporte, computadoras y otros equipos. A las personas individualmente se les prometieron "premios por cabeza" y viajes por cada AQV.

La obstetriz N.N. describe impresionantemente, que efecto tuvo la política de premios: *"Nos dijeron.. quién capta la mayor cantidad recibirá las siguientes recompensas: vuelos a todos los lugares del país, vuelos al extranjero, al Caribe o a Miami; o sea: si logras más ligaduras, entonces al extranjero. Y como a un médico – igual que a todo el mundo – le gusta viajar, comenzó una especie de caza. Era como ir al campo a cazar conejos, y los conejos se escapaba; los médicos de una posta médica peleaban con los de otra: 'No, esta paciente es la mía! Pertenece a mi área de jurisdicción!' Y el otro decía: 'No, es mía, yo tengo que realizar la ligadura! "Se pelearon por las pacientes..."*

La obstetriz L. R., desde hace 20 años empleada en un hospital estatal en la sierra, contó que debido a su larga experiencia y dominio del quechua le querían encargar en aquel entonces el programa de planificación familiar. Ella les había rogado que le "encarguen cualquier otra tarea, menos esa". Le concedieron su deseo, *"los médicos conocen mi actitud. Quién no quería participar, tenía ciertas posibilidades de decir no, pero tenía que aceptar desventajas materiales."* Con las "ventajas materiales" (premios en dinero) algunos médicos y colegas pudieron comprarse autos y construirse casas. Los "premios por cabeza" eran aprox. US.\$ 5 a 7,50 por AQV; también mencionaron sumas más altas. A veces los médicos, obstetrices, enfermeras y promotores pudieron doblar sus sueldos o los mejoraron considerablemente.

También había recompensa en especies: alimentos de los programas de ayuda, que fueron distribuidos por las postas médicas a las "familias de riesgo". Era una práctica muy común el complementar de esta manera el sueldo modesto del personal de los centros de salud con una ayuda mensual de arroz, aceite, etc. La misma AID

⁸⁵ Declaración del Vice-Ministro de Salud Aguinaga, citada por La República", 12.2.1998, archivada en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/22

mencionó la sospecha, de que en las campañas de esterilizaciones podrían haber sido usados los alimentos de AID para fines no previstos...

3.3.4 Amenaza de pérdida del trabajo para el personal médico

Los "rehusadores" con contratos de corta duración contaban con la cancelación de su relación laboral, ya que en estos casos no se requería de una despedida, y un proceso legal laboral era prácticamente inútil. El Colegio Médico y también algunos otros entrevistados conocen algunos de estos casos; „*pero no se podía hacer nada en contra*". El personal despedido no era nuevamente empleado por el Estado. En algunos casos ofrecían nuevos contratos – pero exclusivamente para programas de esterilizaciones – o también una renovación del contrato con la condición de un “traslado disciplinario” a un pueblo en la sierra o la “Amazonía sin agua y electricidad, sin comunicación con el mundo exterior.

El motivo para no renovar el contrato podía ser muy simple, según la Presidenta del Colegio de Obstetrices: *"Sus rendimientos fueron demasiado bajos"*. Con este motivo tampoco fue renovado el contrato de la obstetriz N.N. *"De acuerdo a lo que me dijeron, fui económicamente no productiva; debería sobre todo fomentar la ligadura de trompas... También me criticaron porque atendí gratis a las mujeres que no tenían ni un centavo y porque mi trabajo en la concienciación de los jóvenes no generaba dinero para el centro de salud... En aquel entonces varias personas perdieron su trabajo, también mi jefe quien estaba encargado de la salud básica en C."* Además a esta obstetriz la acusaron de agitar a la gente contra el Estado (sospecha de terrorismo!), porque había animado a una mujer de hacer una denuncia donde las autoridades de la salud: en su esterilización quedaron trozos de desechos en el vientre...

El médico N.N., empleado por el gobierno, informa también sobre despedidas en relación con el incumplimiento de las cifras planificadas: *"entre nosotros (el personal médico) nos hemos evaluado cada semana. Luego vino el director personalmente y nos incitó casi con latigazos, diciéndonos: '¿Cómo es posible que no cumplan con el deber?... ¡No están haciendo nada! – ¡Cambien a esta obstetriz, no sirve para nada, despídanla, contraten a otra!' Quien no cumplió con las metas planificadas fue cambiado y otros contratados para reemplazarlos... Tenías que cumplir con las órdenes, si no, eras desobediente... Al decir "no" arriesgabas tu trabajo. Te contestaban: 'Está bien, váyase a casa, hay otros que gustosamente harán su*

trabajo... ¿Pero de qué viviremos los médicos? Aquí hay más de 5,000 médicos desocupados..., conducen taxis, enseñan en escuelas, venden diferentes cosas en el mercado... En mi consultorio privado puedo decir: “no, esto no lo hago”, pero como médico empleado no lo puedo hacer. Tengo que cumplir con metas y ser sometido a evaluación...”

El Padre Stefano T. cuenta en una carta a la pastoral de salud, "un médico de la sierra" le pidió un consejo; por motivos de conciencia no quería participar en las esterilizaciones, pero temía perder su puesto – lo cual efectivamente pasó.

3.3.5 Instrucción deficiente, actuación inadecuada

Las esterilizaciones no fueron practicadas solamente por ginecólogos y urólogos. Dicen que médicos contratados a tiempo parcial fueron instruidos en la técnica de esterilización mediante cursos rápidos. Dicen que futuros médicos fueron obligados a practicar esterilizaciones – como requisito para la admisión como ginecólogo.

La técnica más usada en las campañas fue la “mini-laparatomía”, un corte de aprox. 1 cm debajo del ombligo. Las trompas se buscan, se ligan y se cortan. Debido a una instrucción deficiente en esta técnica, a veces se producían heridas en los intestinos. También operaron a mujeres embarazadas – violando cualquier regla médica. Esterilizaron a mujeres gordas, aunque los médicos especialistas suelen excluir en este caso la esterilización por la cubierta abdominal. En algunos casos las mujeres mostraron varios cortes – hasta 15 cm de largo – y no debajo del ombligo. Cuando faltaban anestesistas, lo reemplazaban obstetrices hecho que causó complicaciones. Frecuentemente no se realizaron los exámenes previos, sobre todo cuando se hacían prácticamente esterilizaciones “en serie”. Tampoco realizaron los exámenes post-operativos, el cirujano ya no estaba en el lugar, y los/las pacientes estaban distribuidos por los pueblos. Teóricamente el personal que captaba a los postulantes de esterilizaciones, era el encargado del cuidado post-operativo.

Al final la cifra de cesáreas – innecesarias – creció; los médicos y obstetrices convencieron a las mujeres, ya que era la manera más fácil de ligar las trompas.

Testimonios de mujeres, que Giulia Tamayo acopió y los informes de deudos son ejemplos elocuentes de la actuación médica “no calificada” y “negligente”. Una mujer

de S. Lorenzo (la Amazonía) cuenta: „... no me examinaron. ‘Apúrate, orina’, me dijeron... me anestesiaron localmente. Hicieron un corte grande, ya que era bastante gorda. Grité y dije: ‘¿Qué, esto no duele?! - Dele otra inyección’, dijo uno. Me desperté en una cama. Mi esposo tuvo que comprarme una inyección contra los dolores. Mi barriga estaba bastante hinchada. Me dijeron que esto era por haber gritado tanto. “Anda ahora a casa” me dijeron. “Pero no puedo caminar” le dije al médico. Me contestó: “esto es normal”! Pero esto era peor que un parto. Durante un mes no pude orinar. Nunca más regresé al hospital, tenía miedo. Mi esposo me compró una inyección de ampicilina. Me curé luego con uña de gato.”⁸⁶

El periódico El Comercio cuenta el caso de una mujer, en la cual la T de cobre había causado serias infecciones en el bajo vientre. Loyda Alva Escudero “había ido al hospital para que le saquen la T de cobre y la curen. [Señora Escudero:] ‘Pero no me lo querían sacar. Insistieron y dijeron que no existía ningún riesgo y que me curarían más adelante. Entonces finalmente consentí [con la esterilización].”⁸⁷

Martha Eras fue esterilizada, aunque estaba gestando. Anteriormente se había protegido con tabletas espumantes y quería pedir ahora la inyección de tres meses. “Cuando la solicité me dijeron ‘no’, que ahora practican solamente ligaduras.” Como Martha Eras quería tener solamente dos hijos “- la plata simplemente no alcanza – me decidí por este método seguro.” No sabía que estaba embarazada, y tampoco los médicos: “¿Cómo podrían saberlo?... No habían hablado conmigo, solamente me operaron..”⁸⁸

También con la colocación de la T de cobre se presentaron problemas. Los médicos y las obstetras tenían insuficiente información sobre las técnicas. (En APROPO dijeron que los médicos solamente de mala gana aceptaron las instrucciones de los “técnicos” sobre la colocación correcta de la T de cobre.)

También se trató de una atención incorrecta cuando las/los esterilizados salían nuevamente embarazadas o procrearon hijos. Giulia Tamayo presentó cuatro de estos casos. Son especialmente serios cuando una mujer sale nuevamente embarazada si se deja esterilizar debido a un riesgo de salud. (Operaciones fallidas en hombres

⁸⁶ Testimonio en el informe de Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 95.

⁸⁷ "La esterilizaron con un mes de gestación", El Comercio, 23.12.1997, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1997/41.

⁸⁸ Ibid.

generan frecuentemente conflictos matrimoniales: En caso de un nuevo embarazo los exitosamente operados acusan a su pareja de infidelidad.)

3.3.6 Falta de equipamiento en los establecimientos, falta de material

Tres médicos hicieron una denuncia ante la fiscalía, porque la dirección de salud de Piura había ordenado una campaña de tres días en un centro de salud: dos cirujanos deberían realizar por día “*mínimo veinte, máximo sesenta*” ligaduras de trompas, sin que existiera una infraestructura adecuada. Las camas, por ejemplo, no alcanzaban.⁸⁹ El Colegio Médico dice que los hombres y las mujeres estaban expuestos a riesgos innecesarios. Se habían *autorizado intervenciones quirúrgicas bajo condiciones, que eran inadecuadas para la actuación médica, por ejemplo falta de infraestructura, falta de equipamiento y material...*” Según el “Manual Médico para las normas y actividades AQP” se permite practicar esterilizaciones solamente en establecimientos, “que dispongan de un ambiente quirúrgico, una sala de operaciones o una sección de maternidad, que ésta sea estéril y aislada, con paredes enlucadas...” Pero la mayoría de los establecimientos eran como los describe Graciela Aponte, que fue esterilizada en la posta médica Aparicio Pomares: “*La sala de operaciones era exactamente igual que mi casa, era un ambiente cubierto con cemento.*”⁹⁰

“*Pobres mujeres*”, dice la enfermera auxiliar N.N. en una posta médica en la sierra. “*Todavía las escucho gritando.*” Esta declaración indica que sobre todo al inicio de las campañas habían problemas con la anestesia, como confirma el médico N.N.: “*El Ministerio había ordenado anestesia local, pero esta no era suficiente para los requerimientos de los cirujanos que tenían que entrar a la profundidad del vientre... Frecuentemente esta técnica no fue correctamente aplicada, las pacientes reaccionaron negativamente y los cirujanos recurrieron (por iniciativa propia) a otras formas de anestesia...*”

3.3.7 Falta de considerar la edad y la cantidad de hijos

⁸⁹ “No hay garantías en campañas de ligaduras”, en: La Primicia, 17.7.1997, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1997/15.

⁹⁰ “Ministerio limitó la cantidad de locales donde se hacen ligaduras de trompas”, en El Comercio, 11.1.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/3.

Según el "Plan piloto" las/los candidatos para esterilizaciones eran mujeres de 30 a 49 años y hombres de 30 a 55 años (con mínimo cuatro hijos). El Dr. Parra, director para la planificación familiar, indica una edad mínima de 25 años.⁹¹ Giulia Tamayo documenta varias esterilizaciones en mujeres de veinte a treinta años y de mujeres y hombres con solamente dos o tres hijos.

El Comercio describe el caso de Norma Velasquez (dos hijos) con solamente 19 años, que fue esterilizada en la posta médica de Mollepata.⁹² El Obispo Ángel Francisco Simón Piorno acusa a los médicos de haber esterilizado jovencitas de diecisiete años en su Provincia de Cajamarca "... *sin considerar las indicaciones de la Organización Mundial de Salud, que permite las esterilizaciones recién a partir de los 35 años*".⁹³ También entre los fallecidos después de las esterilizaciones, que menciona Giulia Tamayo, se encuentran varias mujeres menores de treinta años.⁹⁴

La esterilización de personas jóvenes puede – con la alta tasa de mortalidad infantil – causar tragedias familiares. El Dr. José Rueda habla de una mujer joven, cuyo esposo fue esterilizado; poco después uno de sus tres hijos murió por causa de raticida; ella buscó desesperadamente a un hombre que pudiera hacerle un "hijo de reemplazo"...

También por razones éticas, no se debe esterilizar, según los ginecólogos, a las mujeres menores de treinta años, aún cuando exista su autorización. También a mujeres mayores de treinta años con menos de tres hijos les recomiendan otros métodos.

También esterilizaron a homosexuales. Giulia Tamayo nombra cinco hombres jóvenes, uno de ellos de 17, otro de 24 años de edad. El joven J.A.P.G. de diecisiete años fue esterilizado junto con otros 19 homosexuales el día 16 de junio de 1997 en el hospital de Picota (Departamento de S. Martín).⁹⁵

3.3.8 Enfocando las campañas en mujeres

⁹¹ Carta de Dr. Jorge Parra Vergara al periódico El País, 7.1.1999, archivada en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/2.

⁹² "Mujer de diecinueve años fue operada sin recibir información", El Comercio 22.6.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/56.

⁹³ "En Cajamarca practican ligaduras de trompas a jovencitas de 18 años", La República, 12.4.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/52.

⁹⁴ Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 109f.

⁹⁵ Ibid. pág. 98/99.

Según la ley las mujeres y los hombres son responsables de la planificación familiar, pero en la práctica las responsables son las mujeres. Las campañas se dirigen sobre todo a las mujeres; solamente 10% de las esterilizaciones son practicadas en hombres. Un médico dice que en 1998 promovieron más a las vasectomías, ya que; *“al esterilizar a una mujer, se protege solamente a esta mujer; al esterilizar a un hombre, se protege a varias mujeres.”*

Pero a veces también fueron los hombres los objetivos – en forma no deseada. La dirigente campesina Adela Jallo Huanca relata que su esposo quería conseguir medicina para sus hijos en la posta médica. Le preguntaron por la cantidad de hijos, y cuando contestó “tres”, le recomendaron la esterilización de su mujer. El personal de la posta médica apareció poco después donde Adela para determinar la fecha de la esterilización, la cual su esposo *“había autorizado”*. Esta vez no se llevó a cabo la esterilización...

La Presidenta del Colegio de Obstetras, Lic. Zaida Zagaceta Guevara, se quejó en un artículo periodístico, que hombres aceptan por comodidad, *“que sean las mujeres las que escojan los métodos anticonceptivos... Según estadísticas el 98% de los hombres creen que conocen métodos anticonceptivos, pero solamente el 77% han usado de vez en cuando uno de los métodos para hombres o para parejas (ritmo)...”* Existen por ejemplo muchos prejuicios contra los condones, son relacionados con las prostitutas; la vasectomía es comparada con castración.⁹⁶

3.3.9 Promesas, premios, amenazas

Rumores de que a las mujeres les prometieron alimentos a cambio de las esterilizaciones, son confirmados por un periódico en octubre de 1996: Enma García P. de Cajacay había recibido 4 kilos de trigo, soya y aceite por la esterilización – sin que ella supiera de que se trataba.⁹⁷ A partir de mediados de 1997 aumentaron las noticias de que con promesas de alimentos convencían a los “pobres” sobre esterilización. En un reportaje de Ancash se cita a una campesina: *“Aquí nos obligan a*

⁹⁶ "Participación masculina en salud reproductiva", en "Mundo Médico", Segunda Quincena, Febrero 1999, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/7.

⁹⁷ "Someten a Ligaduras de Trompas a dos humildes madres de Familia", periódico de Huaraz, 12.10.1996, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1996/30.

*ligar las trompas. Y nos dicen que en cambio nos darán alimentos y dinero para que podemos ir adonde queramos.*⁹⁸

En el mismo artículo relatan el caso de la campesina Marcelina Jesús P., que fue visitada por dos asistentes sociales: *"Me dijeron, si me dejara ligar las trompas entonces me atenderían siempre gratis en el hospital, también a mi esposo y a mis [14] hijos. También dijeron que todos los meses recibiríamos alimentos y que tendríamos disponible una movilidad cuando quisiéramos ir del pueblo a la ciudad,"* Marcelina se negó, ya que sabía que a su edad ya no tendría más hijos. En seguida ... *"la asistente social le quitó a su hija Rosita de cinco años y se la llevó a la ambulancia. La desesperada Marcelina también subió y se encontró una hora más tarde en una camilla en el hospital para ser operada."* Ahora sufre de una úlcera que debe ser operada, pero ni en la posta médica ni en el hospital le hacen caso. A una viuda con ocho hijos le dijeron, *"si se deja esterilizar, nunca más tendrá problemas económicos. Le ofrecieron alimentos, le mostraron un billete de 100 soles ... con ello podría pagar todos sus gastos..."* La mujer fue operada, la promesa nunca fue cumplida; desde entonces se siente tan mal que ya no puede trabajar.⁹⁹

También a Magna Morales le quitaron las dudas con las promesas – lo que le costó la vida. Bernardina Alva, esterilizada el mismo día, dice: *"Cuando no tienes nada y te ofrecen comida y ropa para tus hijos, entonces te atreves..."*¹⁰⁰

Durante un año, cuenta el esposo de A.M.C.: un médico animó a *"mi mujer... y cuando finalmente estuvimos de acuerdo, firmamos ambos; nos dieron 850 Soles [aprox. 210 dólares]."*¹⁰¹

*"J.I., 24 años... fue captada en la posta médica de Mallaritos, cuando llevó a uno de sus hijos por problemas estomacales. Le dijeron que se dejara operar... Recibió alimentos durante seis meses."*¹⁰²

R.I. y M.R, dos homosexuales, recibieron cada uno aprox. 12 dólares por la vasectomía. A S.M.Q. le ofrecieron herramientas para trabajos agrícolas.¹⁰³

⁹⁸ " Esterilización de muerte. Verdades ocultas del Programa de planificación familiar del gobierno", La República, 7.12. 1997, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1997/33.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ "Magna Morales dudaba, pero la comida donada la convenció", en El Comercio, 19.12.1997, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1997/38.

¹⁰¹ Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 96.

¹⁰² Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 97.

¹⁰³ Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 99.

Otra manera de hacer presión en las mujeres con alimentos fue la amenaza de sacarlas de la lista del programa de alimentos para necesitadas, si no se dejaban esterilizar. El tenor de las amenazas era: *„El Estado te ayuda – pero solamente si tu también muestras buena voluntad y no pones más hijos en este mundo.“*

Las donaciones de ropa, alimentos y dinero eran mayormente ayudas pequeñas de una sola vez. En el caso de las donaciones monetarias, probablemente a veces el personal de salud las pagaba de su propio bolsillo, o sea sacaron algo del esperado “premio por cabeza”.

Pero el dinero también estaba de por medio en forma de sobornos, como muestra el caso del viudo Jaime Monzón Tejada: Lo habían silenciado con 5,000 Soles (aprox. 1,200 dólares) respecto a la muerte de su mujer después de la esterilización.¹⁰⁴

3.3.10 Presión en los afectados

En el caso del campesino Venancio Mamani G. se hizo presión directa. El quería solicitar una partida de defunción en la posta médica después del fallecimiento de su hijo de once años. Recién se la querían dar *“si firmaba un documento, en el cual se comprometía a ir el día 4 de setiembre 1996 al hospital de Macusani, a donde vendrían especialistas de Lima. La amenaza era, que ya tenía cuatro hijos y que no debería tener más. Si no estaba de acuerdo informarían a sus superiores, pues ésta era una orden del Presidente.“* Mamani firmó – sin conocer el contenido del documento, también su mujer debía firmar. El alcance recién lo captó después de una conversación con su mujer y amigos; hizo una denuncia en Quicho.¹⁰⁵

Presión directa se practicó también en las visitas a la casa, cuando enfermeras, obstetrices y promotores salían en “caza de pacientes”: *“En un grupo somos fuertes, nadie nos puede convencer tan fácilmente“,* dijo la líder campesina Augustina Tejada, *“pero cuando una campesina se encuentra sola, es débil“.*

Bajo especial presión se encontraban las mujeres, a las cuales durante el parto, a veces todavía bajo la impresión de los dolores del parto, les recomendaban la

¹⁰⁴ "Cinco mil soles fue el precio del silencio", El Comercio, 24.1.98, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/16.

¹⁰⁵ "Denuncia Oportuna", Pastoral Andina, 7. siglo., N° 36, 1996; archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1996/24.

esterilización: “¿quieres pasar por todo esto otra vez?” A las mujeres que fueron atendidas por una pérdida o una cesárea en el hospital, les plantearon el riesgo de un nuevo embarazo y les recomendaron aprovechar esta oportunidad para una esterilización. Frecuentemente una mujer en esta situación daba su “aprobación”. Ana Alcántara, psicóloga de INPPARES, dijo que debido al esfuerzo psíquico de una mujer en el parto, se prohíbe pedir su aprobación a la esterilización poco antes (o aún durante) y después del parto.

No importa para que iba uno al centro de salud, la primera pregunta era: „¿Cuántos hijos tienes?” Luego seguían las acusaciones: “¿Cómo quieres alimentar aún más hijos en el futuro? De ninguna manera debes poner más hijos a este mundo, piensa lo que cuesta, la ropa, la escuela, etc.” El Monseñor Bambarén confirma que las mujeres que buscaban en el centro de salud atención para ellas o sus hijos pasaban primero por la “planificación familiar” – “de lo contrario no eran atendidas en la mayoría de los hospitales de esta zona, no importaba que tan enfermas estuvieran”.¹⁰⁶

La presión también se generaba por la situación de monopolio de las postas médicas en la zona rural. Uno no debía enemistarse con el personal – si no, ya no era más atendida...

-
-

3.3.11 Falta de ofertas de alternativas para la esterilización

Durante las campañas de planificación familiar la oferta de métodos se redujo a las esterilizaciones. Quien antes usó otros métodos o quería cambiar a un método no permanente, fue convencido de la esterilización. “Decían ... que ya no aplicaban inyecciones (gratuitas), que eran caras. Además decían que en los establecimientos de salud en los cuales todavía tenían, administraban estos otros medios solamente a las mujeres menores de treinta años con solo un hijo. Insistieron en que se dejaran esterilizar, más tarde la ligadura saldría muy cara. Busqué en varios hospitales y postas médicas, pero ya no habían inyecciones. En las farmacias costaban 30 Soles. No podía pagarlo. Después de haber recurrido infructuosamente a todas partes, decidí dejarme esterilizar. No me informaron sobre otros métodos y tampoco sobre los riesgos.”¹⁰⁷

¹⁰⁶ "Obispo Bambarén denuncia práctica arbitraria de planificación familiar", El Comercio, 5.12.1996, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1996/36.

¹⁰⁷ Citado por Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 94.

3.3.12 Falta de consideración de las costumbres culturales

Las campañas de esterilizaciones se concentraron sobre todo en las zonas de indígenas – aunque allá no se podía hablar de una sobrepoblación. El terrorismo había reducido considerablemente las familias en algunas zonas. “*Queremos tener hijos en reemplazo de los que Sendero nos robó*”, dicen los Ashaninkas (Amazonía), donde 10,000 personas fueron víctimas del terrorismo y el 40% de las comunidades desaparecieron. Las campañas masivas fueron interpretadas como: “*Nos quieren erradicar*”. En la sierra de Ayaviri, un coordinador laico de la prelatura, Clemente Condori Espinilla, mencionó la sospecha, de que el gobierno “*quería borrarlos, los indígenas incomodan, porque se sabe que van a tratar de evitar con todo que tienen la privatización de las minas en su región.*”

El siguiente ejemplo ilustra que la sospecha, de que se tratara de un intento de “limpieza étnica”, no es tan absurda: Cuando en la región de Huari se conocieron los primeros abusos y las mujeres se quejaron donde los médicos italianos en un hospital, éstos pidieron a los encargados del Ministerio de Salud una audiencia. El Monseñor Bambarén informó que los médicos levantaron la acusación: “*Ustedes tratan a las mujeres campesinas como animales!*” – Y la respuesta fue: “*Bueno, si son animales*”. El obispo llevó el asunto hasta el Congreso; el director regional responsable perdió su puesto en Huari, pero fue “premiado” con un alto puesto en el Ministerio de Salud...

Este desprecio frente a la población indígena se manifestó durante todo el desarrollo de las campañas. La mayoría del personal foráneo contratado no hablaba el idioma de los afectados; los “forasteros” no podían (¿o no querían?) ceder al mundo conceptual de los “campesinos atrasados”. El miedo y la desconfianza de las mujeres les parecía infantil. Las afectadas fueron “*tratadas como niños que no saben lo que es bueno para ellos*”. Se ocasionaron serios daños psicológicos, porque las mujeres tenían que desnudarse el bajo vientre a la vista de hombres extraños. Muchas “nunca más” quisieron ir a estos médicos, que las habían “herido” sin siquiera hablarles. Algunas se mostraron más tarde perturbadas por el corte, que consideraron como un “daño corporal”. “*Algunas mujeres experimentaron la operación como una violación*”, dice Giulia Tamayo, otras hablaron de esto como de un “incidente mítico”: “*Primero nos dejaron morir (¡anestesia!), y luego nos despertaron nuevamente.*”

Si se quiere motivar a las mujeres indígenas para una decisión libre, se debería partir de su imagen cósmica. Un enfoque correcto es el del proyecto mencionado sobre la salud reproductiva de “Manuela Ramos”. Aquí se parte de las concepciones de las campesinas. Del primer informe del proyecto se puede apreciar que estas mujeres *“aprecian los métodos naturales, ya que no son dañinos para el cuerpo”*, mientras que los médicos opinan que *“éstos métodos no son efectivos para mujeres con bajo nivel educativo”*. Una mujer quechua citada, llega a la conclusión: *“Cuando nos protegemos en forma natural, a veces sí salimos embarazadas... Tenemos que buscar métodos que no nos dañen, que no causan cáncer (insinuación a la experiencia con la T de cobre) y que sean seguros.”*¹⁰⁸ Recién cuando las mujeres nativas, debido al reconocimiento propio, lleguen a la conclusión de que la esterilización es una buena solución, se podría hablar de una decisión libre e informada.

3.3.13 El problema del consentimiento

Para contestar si en el Perú se llegaron a practicar “esterilizaciones forzadas”, es decisivo tratar primero el asunto del consentimiento, razón por la cual será discutido detalladamente. Debe mencionarse que todas las leyes correspondientes¹⁰⁹ exigen para la esterilización una autorización escrita y una amplia información.

3.3.13.1 Consentimiento de la pareja (matrimonial)

En los grupos de mujeres emancipadas dicen que es bueno y acertado que las leyes ya no exigen el consentimiento de la pareja para una esterilización. Se refieren al “machismo” de muchos hombres, a los cuales el estado de salud de sus mujeres no les importa – lo más importante es que pueden demostrar su “potencia” con muchos hijos. También algunas mujeres indígenas que son regularmente violadas por sus hombres – frecuentemente borrachos – aplauden que pueden hacerse esterilizar sin el consentimiento de su pareja.

Sin embargo, en la práctica las consecuencias negativas de esta “solución emancipada” parecen tener más peso. Debido a que después de la esterilización muchas mujeres se quejan de fuertes dolores de cabeza, depresiones y similares, se

¹⁰⁸ Citados del informe del proyecto de Manuela Ramos, “Una Apuesta para la Equidad”; ReproSalud: un Proyecto de Manuela Ramos - ALTERNATIVA - USAID.

¹⁰⁹ Detalladamente reproducido y comentado en varios capítulos de la investigación de Giulia Tamayo, “Nada Personal”, a.a.O. Las leyes más importantes están publicadas también en Defensoría. AQV I, a.a.O.

producen conflictos con la pareja, que a más tardar, cuando ya no vienen más hijos, revelan la realidad. En las familias nativas esta decisión auto-determinante se confronta con muchas contradicciones culturales. Cuando las mujeres se dejaron convencer con el argumento, de que el hombre “no tiene que saberlo”, muchas veces no han podido prever las consecuencias de su decisión. Los médicos y psicólogos recomiendan incluir a la pareja – sobre todo cuando se trata de intervenciones no reversibles.

En una marcha de protesta las mujeres de la sierra exigieron en este sentido entre otros: *“De ninguna manera deben realizarse ligaduras de trompas o vasectomías sin el consentimiento expreso de la pareja...”*¹¹⁰

3.3.13.2 Falta de la declaración de consentimiento

Es grave que en muchos casos no existía una declaración de consentimiento escrita. *“S.N., de 31 años, Maravelica, declara, que no había que firmar ningún documento. No sabía que tenía que autorizar la operación. El personal no le dijo nada. Solamente le preguntaron si su esposo estaba de acuerdo.”*¹¹¹

Una mujer que tres semanas después de la esterilización se sentía todavía mal *“fue al hospital de Tocache, donde la habían operado, y se negaron a atenderla debido a que no había firmado nada. Le dijeron, que si hubiera firmado, la hubieran atendido durante un año gratis. Luego colocó su huella digital en el documento, que no había leído.”*¹¹²

Debido a estas noticias el Vice-Ministro de Salud mostró en el Congreso (en enero de 1998) documentos con la huella digital de personas esterilizadas como prueba de que sí existían las autorizaciones escritas. El Congresista Arturo Salazar Larrain exigió que el Ministerio de Salud presente – dentro de un plazo de 20 días – las aproximadamente 110,000 autorizaciones firmadas. En el informe del periódico La República dice que a continuación comenzó una búsqueda intensa, aparentemente sin éxito.¹¹³

¹¹⁰ "Movilización de mujeres en Espinar", Boletín de la Iglesia de Sicuani, N° 85, Enero de 1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/1.

¹¹¹ El caso es presentado por reporteros del periódico El Comercio, citado según Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 94.

¹¹² Citado según Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 97.

¹¹³ "Salud inicia búsqueda de mujeres esterilizadas con su consentimiento". La República, 13.1.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/7.

Otro problema surgía cuando a veces las mujeres no estaban de acuerdo, y los hombres fueron convencidos de autorizar la esterilización. Acostumbradas a someterse a la voluntad del hombre, las mujeres se dejaron esterilizar, como C.C. de 25 años, madre de dos hijos, que cuenta, *"...que dos agentes de salud aparecieron en su casa y convencieron a su esposo, sin que ella lo supiera o consintiera firmar. R.B., la enfermera, hizo que la llevaran a la fuerza. No le habían dicho nada, solamente la llevaron. Ella (C.C.) no había firmado nada. La colocaron en una camilla y la anestesiaron...."*¹¹⁴

3.3.13.3 Deficiencias en el "consentimiento informado"

La ley de salud exige para las esterilizaciones un contrato escrito ("consentimiento informado"). Si un consentimiento se realiza bajo fuerza u ofreciendo premios, el consentimiento es nulo. Si falta la "información adecuada", entonces la firma fue "convencida". El médico puede "convencer" fácilmente a las pacientes ya que representa una autoridad para ellas, lo que hace que pongan poca resistencia a sus argumentos. Hasta cierto punto esto vale también para las enfermeras y obstetrices.

¿Qué es "información adecuada" refiriéndose al idioma, nivel educativo, capacidad de comprensión del paciente? Varios testigos nos dijeron que no fueron informados ni por escrito ni verbalmente sobre el tipo de intervención, los riesgos, las medidas de cuidado antes y después de la operación. No era posible para los pacientes de considerar las recomendaciones proporcionadas por ej. en el material informativo del Ministerio de Salud para la preparación de la operación, si los pacientes decidieron ad hoc y fueron operados minutos u horas después. Se debe a la "información no adecuada" el que las mujeres comenzaran a trabajar inmediatamente después de la intervención o no cuidaran bien la herida, por lo que se enfermaron seriamente.

Las barreras culturales y lingüísticas son también razones por las cuales se debe dudar de una "información adecuada". Aquí no se trata solamente de malas interpretaciones por traducciones deficientes. El obispo Bambarén se quejó: *"...la gente es convencida con términos técnicos, que ni siquiera gente culta entienden. Dicen: "te hacemos la AQV". ¿Qué significa esto?"*¹¹⁵ Información inadecuada también existe cuando se minimiza el hecho de que las esterilizaciones son irreversibles.

¹¹⁴ Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 90.

¹¹⁵ "Obispo Bambarén denuncia práctica arbitraria de planificación familiar", La República, 5.12.1996, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1996/35.

Muchas veces las/los pacientes no habían leído el formulario sobre la autorización, y si no podían leer, nadie se los leyó. Si los médicos, operaron “en serie”, tenían que confiar en que los/las candidatos para la esterilización fueron “adecuadamente” informados por el personal que los “captó”.

Si la firma fue obtenida desprevenidamente, tampoco era posible informar “adecuadamente”. El médico de Ayacucho (sierra), a quien se cita anónimamente, declaró: *“La mayoría de las mujeres son operadas con anestesia total (lo que no es necesario, ya que la mayoría de estas operaciones son realizadas con anestesia local)... cuando están semi-inconscientes, son obligadas a dejar su huella digital... Es fácil convencer a alguien de dejar su huella digital en algo, si están bajo el efecto de productos narcóticos.”*¹¹⁶

Un problema que hasta ahora no fue discutido en el Perú, fue introducido a las conversaciones por la autora (procedente de sus conocimientos de la idiosincrasia indígena en Guatemala). El concepto del tiempo juega un papel diferente en la cosmovisión de los pueblos indígenas a la visión europea. Aquellos no „planifican“ su futuro, viven y sobreviven el ahora; lo que pasó ayer, no es importante en este circuito de tiempo. Cuando dicen: *„Hoy ya no quiero tener más hijos“*, no significa que también mañana o en dos años piensen igual. Es por esto que es comprensible que las campesinas, que fueron solo verbalmente informadas sobre la irreversibilidad de la intervención, insisten en: *“me han engañado.”* Es cuestionable que los pueblos indígenas puedan comprender plenamente el alcance de los métodos irreversibles.

3.3.14 Obligación, fuerza

Hay que distinguir entre obligación y fuerza. *“Ejercer obligación significa... poner a alguien en una cierta situación (¡una situación obligatoria!), de manera que tenga que hacer algo, que no haría por voluntad propia. Esta diferencia categórica no excluye que sea posible obligar a alguien usando la fuerza.”*¹¹⁷ Muchas mujeres fueron llevadas a *“hacer algo que no querían hacer por voluntad propia”*. Además existen indicios de que a veces también se usó la fuerza.

¹¹⁶ "Salud inicia búsqueda de mujeres esterilizadas con su consentimiento", La República, 13.1.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/7.

¹¹⁷ Manual sobre preguntas religiosas del presente, publ. por Ulrich Ruh, David Seeber y Rudolf Walter, Freiburg Br. 1986, pag. 140.

"Una semana antes de su muerte insistieron aún más. Dijeron que ahora terminaría la campaña. Cuando tocaron la puerta, salí... Dije que esto lo tenía que decidir mi mujer sola. Mi mujer se escondió detrás de la puerta, tenía miedo... Las enfermeras llevaron a mi Juana casi a la fuerza. Todos los días venían para convencerla de dejarse operar. Prácticamente le suplicaron, pero ella no quería... Yo tampoco quería, pero un día cuando estuve en el campo, se la llevaron," cuenta el viudo Felipe Castillo a los periodistas. Desde la muerte de su mujer de 28 años, tiene que preocuparse solo por sus tres hijos.¹¹⁸

También aplicaron fuerza cuando encerraron a las mujeres que tenían que esperar por la operación, puesto que la experiencia mostró que algunas cambiaron de opinión en último momento y "escaparon" – así pasó – vestidas solamente con la camiseta de operaciones.

Probablemente no aplicaron fuerza directa; mayormente se debe hablar de obligación. En los testimonios dicen frecuentemente: "me obligaron" u "obligaron a las mujeres de nuestro pueblo..." Esta obligación se debe por un lado a la "obligación de éxito" del personal de realizar muchas esterilizaciones en un determinado tiempo en un determinado lugar...

3.4 Las campañas de esterilizaciones y sus consecuencias

3.4.1 Personal médico

Los médicos, obstetrices y enfermeras que se negaron participar en las campañas perdieron su puesto de trabajo. Algunos sufren de la acusación de que se dejaron usar y/o tienen remordimientos de conciencia. Algunos médicos fueron acusados por una conducta médica inadecuada y castigados con prohibición temporal de ejercer su profesión y multas de dinero. Muchos médicos se sienten inseguros sobre cómo deben reaccionar a las "órdenes de arriba".

Algunos aprendieron a mostrar resistencia pasiva, como relata el Dr. N.N.: *„Cuando nos dijeron que teníamos que esterilizar de cuatro a diez pacientes por semana,*

¹¹⁸ "A mi Juana se la llevaron casi a la fuerza", El Comercio, 24.1.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/15. El caso fue también denunciado ante la "Defensoría del Pueblo".

cumplí mi deber con las cuatro pacientes y no busqué más... Cuando se presentaron las primeras complicaciones... nos culparon a nosotros los médicos... Teníamos la impresión de que nuestros jefes nos traicionaron... Aquellos que habían creado este programa no se atrevían a reconocerlo en público. castigaron al operador...“ Con esto se refieren también a la cólera y al disgusto frente a los “superiores” en el ministerio y a las discusiones internas entre los gremios médicos y el Ministerio de Salud.

La posibilidad de rehusar por motivos de conciencia no existe en el servicio militar; aparentemente había poca consideración por ej. refiriéndose al juramento hipocrático. La Presidente del Colegio de Obstetrices, Zaida Zagaceta Guevara, dio a las obstetrices un consejo muy claro: *“Si no quieren participar, búsquense mejor otro trabajo”*. (Sin embargo, mencionó que algunas obstetrices, que son miembros del Opus-Dei, se negaron refiriéndose a su convicción religiosa; a ellas les habían dado otro trabajo.) Algunas obstetrices y enfermeras se mostraron amargas sobre la falta de protestas por parte de sus organizaciones de base.

Se informa sobre médicos, enfermeras y obstetrices que recién después de publicar los escándalos comenzaron a meditar sobre sus actividades. *“Les habían lavado el cerebro”*, dice la señora N.N., que entrena enfermeras. *“Las convencieron de que a las familias con menos hijos les va mejor, razón por la cual tenían que hacerlo. Creían que estaban haciendo bien.”* Actualmente está tratando de analizar con enfermeras esta forma de pensar, y se está notando que algunas están cambiando de opinión.

Cabe mencionar también, que en los últimos años la asignatura de “ética” fue eliminada completa o parcialmente de los currículos de los futuros médicos y obstetrices.

3.4.2 Afectados

3.4.2.1 Daños en la salud

¿Cuántos fallecimientos ocurrieron por causa de las esterilizaciones? En las conversaciones se mencionó varias veces que “más o menos veinte”. En DEMUS (organización para la defensa de los derechos de la mujer se habla de “16 fallecimientos conocidos oficialmente”.

El Director para planificación familiar del Ministerio de Salud, Dr. Parra Vergara, escribe en 1999 en la varias veces citada carta al periódico "El País", que en el Ministerio de Salud fueron registradas un total de 102 complicaciones y 6 fallecimientos. Se lamentan los casos pero no debe exagerarse. Según Parra la cuota de fallecimientos y complicaciones en el Perú es más favorable que en otra parte: "la tasa de mortalidad de AQV bajó de 5.5 por cada 100,000 esterilizaciones en 1997 a 3,8 por cada 100,000 en el año 1998. Este porcentaje es óptimo comparado con el estándar internacional: 4.5/100,000 en los EE.UU.; 6.0/100,000 en Colombia, 18.0/100,000 en Pakistán. La tasa internacional de complicaciones se encuentra en 20 por cada mil operaciones, mientras que en el Perú se registraron 15 por 1,000. Sabemos que no hay intervenciones quirúrgicas sin riesgos..."¹¹⁹

Los médicos como el Dr. N.N. tienen otra opinión: Cuando se opera "*porque mi calidad de vida o mi vida está en peligro, puedo aceptar... incluso el riesgo de la muerte. Pero en estos casos no acepto ni siquiera la mínima posibilidad de muerte, porque se esta usando un método para evitar que alguien tenga hijos. Aquí se necesita cien por ciento la seguridad de no matar...*"

Aún cuando sea correcto, que la cifra de fallecimientos sea relativamente baja comparada con la cantidad de operaciones, probablemente la cifra de complicaciones es mucho más alta que los 15 casos entre mil operaciones. El Dr. Parra sin duda se refiere a la cifra de complicaciones registradas – la cifra de casos desconocidos es alta. Esto se desprende del hecho de que muchas mujeres nunca aparecieron en las postas médicas para los exámenes posteriores, o no fueron visitadas en su casa por el personal médico – como estaba previsto. Cuando se presentaron complicaciones, por miedo o porque tenían que pagar los remedios de su propio bolsillo (a pesar que les habían prometido que "todo el tratamiento era gratis"), muchas mujeres buscaron ayuda donde un "curandero" en el pueblo o en la parroquia, o aguantaron silenciosamente las consecuencias.

En La República se cita un informe sobre 186 mujeres en Huancabamba; once fueron esterizadas involuntariamente; 182 no descansaron lo necesario después de la operación, cinco han sufrido serios daños (por ej. corte en la vejiga, daños en los

¹¹⁹ Carta de Dr. Jorge Parra Vergara al periódico El País, 7.1.1999, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/2.

intestinos)¹²⁰. No se habla sobre las frecuentes infecciones y hemorragias, ya que aparentemente no cuentan como “complicaciones”. Además de los serios daños en órganos, Giulia Tamayo menciona también reacciones negativas a anestésicos, fiebre, dolores, demora en la cicatrización de las heridas operadas, náuseas permanentes. Debido a la pobreza, muchas mujeres sufren de desnutrición, anemia, inflamaciones crónicas de vientre e infecciones, que hubieran necesitado medidas de cuidado especial antes y después de la operación.¹²¹

3.4.2.2 Consecuencias psíquicas

Giulia Tamayo informa que las mujeres esterilizadas se quejaron de nerviosidad, depresiones, “la sensación de volverse loca”, agresividad y hasta ideas de suicidio, que duraba largos meses – todo esto causado por el trauma de una intervención vivida en forma involuntaria y violenta. Una de las causas era el desconocimiento de la medicina moderna, como se puede concluir de la descripción sobre la anestesia. *“Muchas de las que se opusieron y se escaparon nos dijeron que habían visto como ‘mataban a las otras mujeres’ (se referían a la anestesia).”*¹²²

En muchas mujeres surgían conflictos de conciencia si tomaban la decisión sin consultar con la pareja; acompañados del sentido de culpa, sobre todo cuando se presentaban complicaciones después de la esterilización. Algunas se arrepintieron de su rápida decisión, y ahora creen que si hubieran tenido el tiempo y conocido alternativas, hubieran elegido un método no definitivo. Recién poco a poco se fueron dando cuenta que nunca más en “toda su vida” podrían tener hijos. Paradójicamente este reconocimiento parece aumentaba aún más el deseo de tener hijos, especialmente cuando repentinamente un hijo moría.

Los – frecuentes – casos, en los cuales las esterilizadas manifestaban que se sentían “secas”, “impotentes”, “frías”, y que el sexo “ya no era como antes”, podrían tener motivos psíquicos, al igual que el dolor de cabeza, náusea, dolor de barriga y depresiones severas y duraderas. No eran necesariamente una consecuencia directa de la intervención, sino de la carga emocional causada por esta. Esto confirmaría también la observación de que las mujeres y hombres que se habían decidido por la esterilización después de amplias reflexiones con su pareja, no sufrían molestias algunas.

¹²⁰ "Campañas de Esterilización", La República, 29.3.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/47.

¹²¹ Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O. pag. 114.

¹²² Ibid.

3.4.2.3 Consecuencias sociales

La muerte de la pareja, la inestabilidad de muchas relaciones – también en el sector rural – pueden tener consecuencias imprevisibles en casos de esterilizaciones tempranas. Una mujer que fue abandonada por su pareja (lo que frecuentemente era el caso) y que ya no puede tener más hijos, generalmente nunca más en su vida encuentra una pareja; lo mismo ocurre con los hombres que ya no pueden procrear. Surgen conflictos e incluso violencias en la familia sobre todo si la pareja discrepó antes de la intervención o si la hizo en secreto. El sentido de impotencia y problemas en la relación sexual conllevan a veces a la infidelidad y terminan con el abandono de la pareja.

Sobre todo los hombres sufren cuando debido a prejuicios, los vecinos se burlan de ellos llamándolos “castrados”, lo que afecta su autoestima e imagen.

Cabe mencionar también el miedo y la vergüenza de hablar con otros sobre la esterilización y su posible marginación. Giulia Tamayo informó en una conversación sobre una reunión de mujeres (“dirigentes”) que orientan grupos de mujeres en un asentamiento humano de Lima. A la pregunta de la Sra. Tamayo resultó que de estas 21 mujeres 14 habían sido esterizadas. Contó el caso trágico de una mujer, que no sabía que hacer, ya que ocultó a su nueva pareja el hecho de su esterilización. *“Una de las mujeres contó que la habían esterilizada durante el parto de su hijo; y después le informaron sobre el hecho. Finalmente se resignó: ‘Bueno, así es la vida’... En consecuencia, tenía una mala relación con su pareja, de la que ya se distanció. Actualmente encontró una pareja que la estima pero no le ha podido contar que fue esterilizada y que ya no puede tener más hijos. En esta reunión hablo por primera vez sobre esto...”*

3.4.2.4 Desconfianza frente a los servicios estatales de salud

Un efecto serio a largo plazo en las campañas de esterilización es el retiro de las postas médicas estatales, porque *“en aquel entonces murió una mujer después de la esterilización”*. El centro de salud, la posta médica son considerados como lugares *“donde nos hacen daño”*. Ya no confían en la obstetrix, ni en la enfermera, aunque estas no hayan tenido nada que ver personalmente con las esterilizaciones. Los rumores, que se quieren esterilizar a todas las mujeres pobres, la experiencia de que la vecina o una familiar sufrió de dolores, depresiones y otras consecuencias después de la esterilización, todo esto resulta en que ni siquiera quieren regresar para la

prevención de cáncer y la asistencia prenatal. Esto perjudica las metas declaradas del Ministerio de Salud, de mejorar la asistencia materna. En este sentido las campañas de esterilización han provocado un efecto contraproducente y han dañado la confianza, que será muy difícil de recuperar. Incluso las mujeres que antes posiblemente se hubieran dejado esterilizar voluntariamente, ahora no quieren saber nada de este "método". Esto seguramente es también una de las causas por las cuales las esterilizaciones se redujeron de golpe en 1998.

4. Infracción de las leyes y violación de derechos

La descripción de las campañas de esterilizaciones y de sus consecuencias revela que por este motivo se llevaron acabo violaciones elementales de los derechos. Para poder evaluarlas, a continuación se están resumiendo las bases legales para las esterilizaciones.

4.1 Bases jurídicas generales y legislación

El Perú ha firmado las declaraciones y pactos de derechos humanos internacionales más importantes. A nivel nacional rigen para las esterilizaciones aquellas leyes que regulan la política de salud y población. De la multitud de normas que las autoridades estatales podrían haber violado, se mencionan aquí las más importantes.¹²³

Constitución Peruana:

El **Artículo 1** declara la defensa de la persona, el respeto de su dignidad como objetivos supremos de la sociedad y del Estado. En el **Artículo 2 (Acápites 1 - 3)**, **Artículo 6 y Artículo 7** se reconoce el derecho a la vida, a la integridad de la persona, a la igualdad, a la libertad religiosa y de conciencia, y a la salud. Se asegura el derecho de determinar la cantidad de hijos y el momento de su nacimiento. En el **Artículo 2, Acápito 24** dice: *"Nadie puede ser obligado de hacer algo que la ley no le obliga; nadie puede ser impedido de hacer algo que la ley no prohíbe."*

Leyes internacionales

La Convención Americana de los Derechos Humanos: Artículos 4, 5, 7, 12, 24 garantiza el derecho a la vida e integridad de la persona, la libertad religiosa y de conciencia y la igualdad. En la **Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación de la mujer**, los Estados firmantes aseguran a todos los hombres así como a las mujeres el mismo derecho de decidir *"libre y responsablemente"* sobre la cantidad de hijos y el distanciamiento entre gestaciones. Asimismo tienen *"el derecho a información, educación y a los medios que les permitan ejercer estos derechos."* También se ha firmado la **Convención 169 de la Organización Mundial de Trabajo sobre pueblos indígenas**, así como los acuerdos de la Cumbre Social (Copenhague), de la Conferencia Mundial de la Mujer y de la Conferencia Mundial de la Población.

¹²³ Las leyes son citadas según Defensoría. AQV I. a.a.O. pag. 75f. Según la ley la Defensoría está autorizada de revisar si la actuación estatal viola las leyes. En este sentido también ha investigado si con la „anticoncepción quirúrgica voluntaria“ fueron respetados los derechos y leyes.

Leyes y Resoluciones peruanas individuales con fuerza de ley:

Decreto Ley N° 346: la **Ley sobre la política demográfica nacional**, del 5 de julio de 1985, determina en el Artículo 1, Acápito 2 la decisión libre, informada y responsable de los padres y parejas sobre la cantidad de hijos y el distanciamiento entre los nacimientos.

La Ley N° 25530 sobre la Modificación de la Ley sobre la política demográfica nacional del 8 de setiembre de 1995 cambia el Artículo VI (Titulo Preliminar). Se elimina la prohibición de la esterilización, y se establece que se excluyen “*incentivos*” y “*compensaciones materiales*” en la selección de métodos; la “*libre decisión de la voluntad personal*” es subrayada en la selección de métodos. Esta nota desconcierta, ya que indica que los legisladores sabían del peligro de aplicar métodos sin la libre decisión de la voluntad personal y que la selección podría ser relacionada a incentivos y ventajas materiales.

Ley N° 26842, Ley General de la Salud del 15 de julio de 1997: Entre otros dice, que todos tienen el derecho de elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los métodos naturales. La ley regula en 137 artículos todos los asuntos de salud pública. También norma la autorización en caso de operaciones. En el **Artículo 17** establece que nadie puede participar en acciones que signifiquen un peligro para la salud de terceros.

Según la **Resolución Ministerial N° 071-96 SA/DM**, del 17 de agosto de 1995, todos los establecimientos del Ministerio de Salud tienen que ofrecer gratis toda la gama de los medios anticonceptivos. La **Resolución Ministerial N° 071-96 SA/DM**, del 6 de febrero de 1996 aprueba el “programa sobre la salud reproductiva y planificación familiar 1996-2000”.

La **Resolución Directorial N° 001-DGSP** del 29 de febrero de 1996 establece que para los métodos anticonceptivos quirúrgicos ya no se requiere el consentimiento de la pareja o de la persona con la cual se convive.

"Manual de normas y procedimientos para actividades de la anticoncepción quirúrgica voluntaria": Este “Manual AQV” fue elaborado en 1997 y dicta los lineamientos y normas para la intervención. En realidad no debería ser mencionado en este lugar: Por un lado tiene efecto obligatorio para los médicos, y por el otro lado le

faltan suficientes lineamientos legales. Nunca fue publicado, lo que fue fuertemente criticado por los médicos, ya que ellos pueden basar sus acciones en normas, pero no en una base legal. (Una segunda revisión del manual fue aprobada con la Resolución Directorial N° 001-98-DGSP, así como también la tercera revisión en diciembre de 1998.) Se dice que este "Manual AQV" de cuatro páginas está siendo actualmente revisado por cuarta vez. El Presidente del Colegio Médico, Dr. Max Cárdenas, informó sobre el particular: *"Los médicos deberían estudiar este manual, pero debido al apuro y a la presión (bajo la cual se encontraban los médicos para cumplir con las "metas"), no lo hicieron, además contenía muchas inexactitudes..."* El Dr. N.N. también se quejó de las normas faltantes; todo iba demasiado rápido: *"...Era como si primero deberías actuar y en el curso de la práctica todo se puliera, se mejoraría. Nos han 'instruido', por no decir 'obligado', a comenzar (con las esterilizaciones), y luego después de algunas semanas nos entregaron los documentos (el Manual), en los cuales se encontraba una serie de pasos, por ej. que se debería informar a la candidata de la esterilización, que tenía que firmar... Para esto existía un formulario, y nos dijeron como debía ser llenado... Cuando comenzaron las complicaciones, pedimos instrucciones escritas sobre las técnicas. Nosotros los médicos trabajamos en base de protocolos, pero para este tipo de programa no existían protocolos..."*

Puesto que, según el Artículo 2, Acáp. 24, de la constitución *"nadie puede ser obligado de hacer algo que la ley no ordena"*, los médicos deberían poder referirse a la falta de lineamientos legales si quisieran negarse a participar en las esterilizaciones y las campañas. En la escala de valores de los derechos, la ley constitucional es superior a una "Resolución Directorial", e indudablemente muy superior a las obligaciones, que resultan del contrato de trabajo de un médico.

Resumiendo se puede constatar, que la base legal es suficiente, también según el estándar internacional, para regular los derechos y obligaciones en el sector de salud. En los casos de abusos se trató menos de la falta de leyes que de su estricto cumplimiento.

4.2 Violaciones de derechos

Cuales fueron las leyes violadas particularmente lo indica Giulia Tamayo en su investigación. Aquí se presenta solamente un resumen breve, considerando que con un solo acto se violaban varios derechos.

El derecho a la vida y a la integridad de la persona y a la salud fue violado en todos los casos donde la esterilización causó daños en la salud, complicaciones o la muerte. El derecho a la salud fue violado también por la falta de cuidado previo y posterior, por falta de información e instrucciones. Recién en el año 1997 el Ministerio ordenó que el Estado se encargara de los gastos posteriores en casos de complicaciones (por ej. medicamentos, nuevas intervenciones quirúrgicas), y que esto no siempre fuera tratado así, viola también la ley de la salud. Además debe recordarse que las esterilizaciones son lesiones corporales relacionadas con riesgos a la salud. De acuerdo a los derechos el Estado debería proporcionar métodos que no perjudiquen a la salud.

Contra el **Principio de la igualdad** están dirigidas por ej. las metas en el "Programa para la salud reproductiva y planificación familiar 1996 - 2000", que mencionan solamente a las mujeres como destinatarios para la información sobre métodos anticonceptivos y su aplicación.

La **prohibición de la discriminación de las mujeres** es violada cuando las mujeres indígenas y pobres eran tratadas con aire de desprecio, insultadas y amenazadas por el personal médico. También se trataba de discriminación si no eran informadas en el idioma de las afectadas. Se puede hablar de **discriminación racial**, ya que las campañas fueron dirigidas a la población indígena en la sierra y la Amazonía.

La **libertad religiosa y de conciencia** fueron desacatadas, al no cumplir con la voluntad de las personas, que apoyándose en su conciencia y/o su religión exigían determinados métodos – por ej. naturales. La libertad religiosa y de conciencia del personal médico fue desacatada, cuando estos no querían participar en las esterilizaciones por motivos religiosos o de conciencia y por esto sufrieron desventajas.

Contra el **derecho a la libertad** se atentó de muchas maneras: cuando aplicaron presión y fuerza psíquica y física, cuando el personal médico fue presionado con premios y cuotas. La **libertad de decisión** fue limitada al darse preferencia a los métodos irreversibles y por el hecho de que los usuarios no podían elegir libremente entre métodos reversibles e irreversibles, y a que fueron incentivados con premios materiales. También la falta del tiempo entre la recepción de la información sobre la posibilidad de la esterilización y la realización de la intervención misma limitó la libertad de decisión.

Violaciones de derechos especialmente evidentes significó la falta de la autorización personal y escrita o la autorización sin efectos jurídicos para la esterilización, por ej. cuando se aplicó fuerza y se prometieron premios, cuando no se dio información en forma adecuada y con esto se “inducía” a firmar. La libertad de decisión fue también limitada por la propaganda manipuladora.

Debido a la falta de una base legal, no queda claro cual era el estado de las violaciones de derechos, cuando no se cumplían las disposiciones del Manual AQV. (Algunos sospechan que deliberadamente el manual no fue legalmente asegurado, para que el Estado no fuera responsable.)

En muchas oportunidades las autoridades peruanas han contravenido las leyes estatales y pactos internacionales y han violado los derechos humanos. Pero no hay leyes que ordenaran las esterilizaciones, razón por la cual el concepto “esterilización forzosa” no es muy preciso. Más correcto sería hablar de esterilizaciones “involuntarias”, “forzadas” y campañas “ilegales”.

5. La pregunta de la culpabilidad

5.1. A nivel nacional

A primera vista la culpa la tienen sobre todo los “**autores intelectuales**”: el gobierno, los planificadores de las campañas de esterilizaciones. Para el Estado resulta una “circunstancia feliz” que hasta ahora ningún jurista se haya nombrado abogado de los afectados, para investigar hasta qué punto el Estado fue culpable cuando existen cientos o miles de casos con fallas legales en las declaraciones de autorización; las esterilizaciones se convertirían entonces en lesiones corporales punibles. El Estado tendría que esperar una avalancha de procesos y reclamos de indemnización. Por comprobadas violaciones de derechos humanos se podrían responsabilizar al Estado ante juzgados internacionales.

Los médicos, aunque se refieren a las “*órdenes de arriba*”, son actualmente responsabilizados como “**autores materiales**”, mayormente por lesiones corporales (negligencias). También sería punible, si fuese posible comprobar que el personal médico despistó conciente o negligentemente a los pacientes al darles la información o al fallar en el tratamiento posterior.

Poco clara es la **pregunta sobre la indemnización** de las personas, cuyos cuerpos y vidas fueron afectados por las esterilizaciones. La Defensoría recomienda en su Resolución del 26.1.1998 (artículo 5 e), “... *planificar en el presupuesto del sector salud... los fondos necesarios para indemnizar a las personas – o en su caso a los familiares – si fueron esterilizadas sin su autorización, si sufrieron complicaciones o si fallecieron a consecuencia de la intervención que no cumplió con el estándar de calidad que señala el Artículo 2 y 4 de la ley Nº 2684 (Ley de la Salud) para el procedimiento y las prácticas profesionales e institucionales.*” Si se adoptara esta recomendación, esto significaría un cierto reconocimiento de culpabilidad del Estado. Hasta ahora se está responsabilizando – y ni esto – solamente al médico individual. El Dr. Parra menciona en su carta al periódico El País: En dos casos de fallecidos “*se determinó una actuación médica negligente, los médicos fueron sancionados; los casos fueron entregados al fiscal para su investigación.*”

Considerando la cantidad de daños, la cifra de demandas judiciales es baja. La mayoría de los perjudicados son demasiado pobres para poder pagar abogados y procesos largos. La mayoría no está conciente de su derecho a una indemnización.

Muchos estarían contentos si los asistieran y tratarían sus daños a la salud o si recuperarían su fecundidad.

Las abogadas de DEMUS (organización para la defensa de los derechos de la mujer) se encargaron actualmente de cuatro casos precedentes con la ayuda financiera de la Fundación Ford; en dos casos se trató de esterilizaciones con resultado letal, en los otros dos casos las perjudicadas aún viven. En los procesos se trata de aclarar la culpabilidad, la sentencia de los culpables y la pensión de los deudos.

La Defensoría del Pueblo documenta en su informe sobre la „anticoncepción quirúrgica voluntaria“ (estado: agosto de 1998) nueve casos que fueron denunciados ante su despacho. En una conversación con la autora en la Defensoría del Pueblo la Dra. Rocío Villanueva mencionó (inicios de enero de 1999), que su institución está investigando 155 nuevos casos.

En la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el Perú tiene 21 denuncias pendientes, entre las cuales no se encuentra ninguna denuncia en relación con las esterilizaciones.

5.2 A nivel internacional

Quien pregunta por la culpabilidad, no puede evitar el papel que juegan las instituciones internacionales. Dieron créditos y programas de ayuda, en parte con el requisito de reducir la tasa de crecimiento de la población, sin tener en cuenta que consecuencias tendrá esto en las realidades socio-políticas del Perú. Esto se presentará a continuación.

5.2.1 Presión para reducir la tasa de crecimiento de la población

Frecuentemente indican que sin la “presión de fuera“, especialmente del Banco Mundial, del Fondo Mundial Monetario, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de AID, etc. nunca hubieran surgido los proyectos reclamados. Fujimori solo trató de cumplir exageradamente bien con las exigencias – por ej. mediante “compromisos voluntarios”¹²⁴, que debieron abrirle el acceso a créditos y donaciones

¹²⁴ En "cartas de intención", que se dice que el Perú ha escrito varias veces al Fondo Monetario Internacional desde 1990, se anuncian generalmente objetivos macro-económicos tales como

millonarios. Es difícil comprobar si los requisitos de los acreedores y donantes potenciales incluyeran programas demográficos con esterilizaciones masivas, sin embargo, se tratará de describir el problema.

El periodista peruano Ricardo Verastegui López investigó en 1974 en un artículo periodístico el papel de los norteamericanos, como primeros en preocuparse del crecimiento mundial de la población.¹²⁵ Al inicio de los años cincuenta familias potentes fundaron las primeras organizaciones para programas demográficos: el "Consejo de la Población" (Population Council, el primer Presidente: John D. Rockefeller III), la nacional "Population Association of America", la internacional "Parenthood World Population". La Fundación Ford donó entre 1952 y 1958 un millón de dólares, los Rockefellers 3,2 millones; en total sumaron – libre de impuestos – 18,3 millones de dólares. Pronto el Gobierno los subvencionó, sin embargo – debido a los recuerdos a los programas nacional-socialistas de la eutanasia – evitando una participación directa en los programas de control natal. En 1965 la organización oficial para el desarrollo AID financió 11% de estos fondos privados; en 1968 ya era el 55%; agregando a esto 12.5% del presupuesto del sector de salud pública. El motivo de la disponibilidad para subvencionar lo ve Verastegui en el estudio de una comisión de la Casa Blanca; donde preguntaron si los Estados Unidos disponía de suficientes fundamentos para *"mantener a su civilización"*. La conclusión fue desenmascarante: *"Los Estados Unidos pueden contar con estos fundamentos, siempre y cuando puedan asegurarlos con los recursos del Tercer Mundo"... "En nuestro propio interés nacional es necesario que hagamos todo lo posible para apoyar a los países subdesarrollados en el control de su población."*

Los efectos de este y otros estudios, según Verastegui, se hicieron notar (1974!) en América Latina. Por ejemplo la Fundación Ford ha apoyado con un millón de dólares a un programa piloto en la República Dominicana. AID desarrolló un programa similar para Costa Rica, llamado "Seguro para la familia planificada", según esto cada familia recibiría (después de la esterilización) en forma vitalicia entre seis y siete dólares al mes, pero el experimento fracasó. En la India, opina Verastegui irónicamente, la "tarifa" para la esterilización era más económica. Allá basta un radio portátil. La

fomento de la exportación e importación, pero también medidas de política social en el sector de la salud y educación pública; estas cartas ayudan a los acreedores a evaluar a los países deudores e influyen en su voluntad de donantes.

¹²⁵ Ricardo Verastegui Lopez, "Nacer o no nacer! ¿Deben los yanquis decidir por nosotros?" en Estampa (suplemento del Expreso), 14.7.1974, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O, N° 1974/1.

contribución de Verastegui, escrita en 1974, revela con toda claridad el interés norteamericano en una política demográfica, que también incluye las esterilizaciones.

Una complicidad de los EE.UU. y una presión considerable en el Gobierno peruano trata de comprobar una investigación americana con el título "*U.S.A.I.D. y las esterilizaciones involuntarias en el Perú*", probablemente del año 1998, con muchos datos y hechos.¹²⁶ "*¿Cuánto control tenía el Gobierno peruano realmente sobre las campañas de planificación demográfica?*", preguntan. "*Casi (durante) cuatro décadas el Perú recibió "asistencia" foránea para sus esfuerzos de planificación familiar, la mayor parte de los Estados Unidos. ¿Fue el Ministerio de Salud influenciado para realizar las campañas de esterilizaciones, o fue obligado de hacerlo? ¿Quién fue realmente responsable de los abusos, y quién debería depurar responsabilidades? ¿Quién indicó las metas? y ¿porqué?*"

Según la opinión de los autores del estudio, la culpa la tienen ambos; por un lado nunca se hubiera podido implementar este programa en una forma tan agresiva si los gremios directivos peruanos no se hubieran interesado por esta idea; y por el otro lado "*hay que culpar a los Estados Unidos mayormente por el resultado de las campañas. El programa de población fue diseñado por los EE.UU. para la exportación a Perú. Fue el producto de las deliberaciones cuidadosas durante muchos años y la intensa presión de los donantes externos – donantes como la Agency for International Development (AID), el Banco Internacional para la Reconstrucción y Desarrollo (Banco Mundial), y el Banco Interamericano de Desarrollo – todos bajo el control ejecutivo del gobierno norteamericano. Estas instituciones y una gran cantidad de 'organizaciones no gubernamentales', que ellas han creado y que actúan en su lugar, han empleado considerables esfuerzos y tiempo para fomentar en el Perú y en otros países en desarrollo precisamente este tipo de política demográfica, que conduce al abuso masivo que están reportando desde el Perú.*"

Un papel difícilmente detectable lo asigna el estudio americano a la gran ONG americana "Pathfinder International", que fue elegida por AID como "Institutional Contractor" (contraparte institucional) para el "Management" del "Proyecto 2000" en el Perú. "Pathfinder" tiene una historia oscura que data desde el año 1929: El fundador, el "heredero de jabones" Clarence Gamble, un racista abierto, trató de imponer con

¹²⁶ "U.S.A.I.D. and the involuntary Sterilization in Peru." B y E. Liagin and the Information Project for Africa, Inc. 4938 Hampden (sin otras indicaciones bibliográficas). Una copia de este estudio le fue proporcionada a la autora por círculos eclesiásticos; hasta ahora no le fue posible conectarse con los autores para averiguar más detalles sobre el patrocinador y los motivos del estudio.

todos los trucos y medios el control natal para los negros africanos en los EE.UU. En 1957 se distanció esta organización de su pasado con una nueva fundación, pero el objetivo de la asociación siguió proyectos de salud con prioridad en planificación familiar. "Pathfinder" fue también "contraparte institucional" de AID en Indonesia, donde a fines de los años ochenta se presentaron serias violaciones de los derechos humanos en los programas de planificación familiar. En aquel entonces a las mujeres les colocaban la T de cobre – en parte amenazándolas con un arma. La organización "Pathfinder", que supuestamente recibe fondos del servicio secreto americano CIA, era la encargada de la implementación y del control del "Proyecto 2000", que está directamente anexo al Ministerio de Salud; la oficina de la organización estaba (está?) dentro del alcance del Ministerio de Salud...

En lo que se refiere a la presión, el estudio describe procesos del *"Diálogo Político"* (*"Policy Dialogue"*), de un diálogo, con ayuda del cual asesores de desarrollo (por pedido del donante) tratan de influir en procesos de toma de decisiones en los países beneficiados. *"A un país que está solicitando ayuda, podrían exigirle revocar una determinada ley o reglamento para poder recibir apoyo financiero, o podría ser presionado de dar una declaración, que un determinado proyecto sea bienvenido – generalmente se trata de asuntos altamente controversiales e impopulares, que las personalidades dirigentes nacionales normalmente evitarían."* ¿Fue la modificación de la ley para la liberación de la esterilización uno de estos requisitos de los cuales dependían las generosas donaciones para programas de población y sociales a mediados de los años noventa? ¿Son las declaraciones de Fujimori en la Conferencia Mundial en Pekín (1995) y el consiguiente enfrentamiento con la iglesia católica el resultado de los "diálogos políticos" con los asesores de desarrollo de los países donantes?

En el estudio se describe con lujo y detalle que técnicas aplicaban las empresas privadas de asesoramiento de desarrollo con sus "asesoramientos" en los países beneficiados. Se mencionan entre otros seminarios, entrenamiento político, viajes informativos; la elaboración de manuales para la política demográfica, análisis de necesidades y legislación modelo para la anticoncepción. Los "asesores políticos" deberían ser colocados en los ministerios de los países beneficiados. También las becas serían beneficiosas, ya que *"las experiencias pasadas han demostrado que muchos de los becarios que regresaron a sus países ocuparon luego posiciones claves en el sistema político."* (La autora de esta investigación conoce casos en Guatemala, en los cuales la beca para un estudio de medicina en los Estados Unidos

fue ligada al compromiso escrito de participar luego en programas de planificación familiar.)

Presión directa o indirecta mediante asesoramiento, donaciones o créditos relacionados con requisitos: se puede suponer que muchos gobiernos que dependen de la ayuda para el desarrollo, tal como el de Fujimori, y su antecesor en el puesto gubernamental, estaban expuestos a esta presión por los programas de planificación familiar y posiblemente también de esterilizaciones.

Que Fujimori no cedió vacilando y con cuidado a la presión de afuera, sino que apoyó casi con entusiasmo como un alumno modelo los deseos de los donantes, se debe seguramente a su personalidad. Posiblemente Fujimori, quien se auto-identificó como pragmático, obtuvo mucho aplauso por parte de los “asesores” y donantes, que recién se distanciaron de su política demográfica cuando fueron publicadas las irregularidades y cuando “llovieron” las protestas nacionales e internacionales.

5.2.2 Financiamiento de las medidas de la política demográfica

¿Quién paga las medidas para la política demográfica en países en desarrollo, sobre todo cuando los diferentes medios y métodos son ofrecidos gratis? ¿Quién pagó los programas de esterilizaciones en el Perú? También aquí es difícil comprobarlo.

Según los datos del Banco Mundial se gastaron en 1995 mundialmente 4 a 5 mil millones de dólares en la planificación familiar.¹²⁷ El encargado de Caritas en Chile Baldo Santi Lucherini cita en un artículo periodístico en 1995 a Nafis Sadik (Fondo de Población de las Naciones Unidas)¹²⁸; que había mencionado en 1991, que para alcanzar a las metas políticas de población fijadas mundialmente, se requerían estimadamente 151 millones de esterilizaciones (en hombres y mujeres); 9 mil millones de pastillas, 633 millones de inyecciones anticonceptivas, 310 millones de Ts de cobre, 44 mil millones de preservativos... Según Baldo Santi, muchas instituciones norteamericanas y otras internacionales “*sobornan con muchos dólares a los programas de desarrollo técnico y agrícola en los países del Tercer Mundo para que en cambio reduzcan drásticamente sus tasas de crecimiento natal.*”

¹²⁷ Citado según El Comercio, 11.3.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/45.

¹²⁸ Baldo Santi Lucherini, OMD: "Ha llegado el momento de hablar. En: Diario el Mercurio (periódico chileno), 20 de Setiembre 1995; archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1995/6.

En lo que se refiere al Perú, en la investigación americana sobre las “esterilizaciones involuntarias en el Perú”, dice que en 1993 los Estados Unidos asumieron prácticamente el sistema de salud del país. El elemento más importante había sido el acuerdo bilateral sobre el “Proyecto 2000”. *“Una revisión del documento (contractual) revela que... la oficina de la organización americana para el desarrollo AID en Lima controló en casi todas las formas posibles al sector de la salud peruana – antes y durante los años en los cuales ocurrieron los abusos... Oficialmente la mitad de los fondos para este programa de siete años viene de los Estados Unidos y la otra mitad del Perú, cada lado aporta 30 millones de dólares... Pero realmente 22 millones de dólares del aporte peruano vienen del Fondo PL 480 [un fondo de los Estados Unidos]... los restantes 8 millones... debían ser aportados mediante ‘contribuciones equivalentes’ [servicios propios del Perú]... en este caso mediante el uso de los establecimientos gubernamentales y el personal para fines del proyecto.”*

El estudio norteamericano no solo comprueba tal dependencia financiera, sino menciona también que la revisión de todos los documentos *“indica muy fuertemente que AID-Perú nunca reconoció claramente que las actividades de planificación familiar serían una parte central de este programa [Proyecto 2000].”* Sin embargo, el “Proyecto 2000” representa solo una parte del proyecto de salud del Perú; según las indicaciones del funcionario encargado para la región Puno, *“no tiene nada que ver con la planificación familiar”*. Esto puede ser correcto y al mismo tiempo falso. El autor del estudio norteamericano cita una carta incluida en el contrato para el “Proyecto 2000”: *“Entrenamiento es una tarea importante del 'Proyecto 2000'... Aproximadamente 60,000 empleados del Ministerio de Salud deben ser capacitados...”* En otro lugar dice: *“El Proyecto financiará también la capacitación del personal del Ministerio de Salud, de los voluntarios de las comunidades y de las obstétricas, como parte del programa de asistencia prenatal... el personal de salud será incentivado para proporcionar mensajes de planificación familiar como parte regular de la asistencia prenatal.”* Esto no suena como financiamiento de la capacitación para programas de esterilizaciones – pero en la práctica podría haber sido usado para este fin...

Según una relación del médico Oscar Ugarte Ubilluz y del antropólogo José Antonio Monje el Ministerio de Salud ha presupuestado entre 1994 y 2000 para programas y proyectos 290 millones de US-dólares para cuatro proyectos (entre ellos el “Proyecto 2000”); casi dos tercios de los fondos provenientes de instituciones internacionales: El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM), la ayuda americana

para el desarrollo AID y el Fondo Japonés de Cooperación Ultramar. Con excepción del fondo japonés, todos se encuentran bajo la influencia norteamericana.¹²⁹

No es posible comprobar con cifras públicamente accesibles cuántos fondos extranjeros o fondos del presupuesto peruano fueron empleados para la planificación familiar. Da la impresión que desde que se criticaron las campañas de esterilizaciones estas cifras son reservadas.

Sobre el aporte alemán al financiamiento de las medidas de planificación familiar existe una respuesta del Gobierno Federal alemán a una pequeña consulta sobre las "esterilizaciones forzadas".¹³⁰ Según ésta – a nivel mundial – se gastaron desde los inicios de la cooperación bilateral para el desarrollo, 730 millones de marcos de los fondos para la salud reproductiva /planificación familiar, 3.5 millones de los cuales recibió el Perú. Nunca se habló de esterilizaciones forzadas. Desde el punto de vista de la concepción el programa Perú "*es considerado un programa positivo para la salud reproductiva.*" Se indagará sobre las acusaciones, sobre las cuales el Gobierno Federal alemán recién tuvo conocimiento a fines de 1998. Por lo demás las esterilizaciones son parte de la oferta normal de métodos de proyectos de planificación. Hasta ahora está previsto seguir apoyando al Fondo de Población Mundial y a la International Planned Parenthood Federation (IPPF).

El Gobierno Federal alemán aporta ayuda para el desarrollo por intermedio del Ministerio para la Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) y las organizaciones sub-ordenadas del Ministerio, por intermedio de organizaciones no gubernamentales (obras de caridad eclesiásticas y otras) y por intermedio de instituciones internacionales (por ej. las organizaciones de la ONU, el Banco Mundial, el Fondo Europeo de Desarrollo). En esta ayuda multilateral de desarrollo (una tercera parte de los fondos son alemanes) el Gobierno Federal no influye directamente en el uso de los fondos – es decir, es lo más difícil de controlar, y es lo más expuesto a irregularidades por parte del gobierno beneficiado.

En los proyectos de la GTZ el control está garantizado por el jefe del proyecto en el lugar, los fondos quedan en manos del jefe del proyecto evitando mayormente la

¹²⁹ Ver el manuscrito mencionado de Oscar Ugarte Ubilluz y José Antonio Monje en un seminario "Pobreza y política social" del 14 – 21 de Octubre de Pancarta de 1998, pag. 6.

¹³⁰ Respuesta del Gobierno Alemán a la „pequeña pregunta“ de los Parlamentarios Carsten Hübner, Petra Bläss y de la fracción del PDS; "Esterilizaciones forzadas en el Perú y las conclusiones para la política demográfica", impreso del Parlamento Alemán 14/386 - (sin fecha, inicios de 1999); archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/17.

corrupción y las irregularidades de los gobiernos beneficiados. En la oficina de la GTZ en Lima fue excluida posibilidad que fondos públicos podrían haber sido conducidos por intermedio de la GTZ a los programas de esterilizaciones; hasta ahora no han apoyado a programas para la salud reproductiva.¹³¹ La autora tampoco ha podido encontrar pruebas de que ONGs alemanas hayan participado en forma financiera o técnica en programas de planificación familiar.

Es de suponer que los principales donantes de la planificación familiar y por último también de las campañas de esterilizaciones debían ubicarse en los Estados Unidos, sobre todo en AID. AID manifestó que el Gobierno peruano no recibía fondos de ella, sino que estos eran directamente asignados a las "agencias de operación" (v.a. PRISMA, CARE), las mismas que distribuían, coordinaban y controlaban los fondos de los donantes en las pequeñas ONGs. (Cabe mencionar aquí también que el financiamiento de AID de la capacitación arriba mencionada de los colaboradores del "Proyecto 2000", era controlado por "Pathfinder".)

En AID deben haber conocido el destino de los fondos. Ya que en 1996 AID envió un grupo de observadores al Perú, para evaluar los primeros festivales de la salud. A continuación lo que escribieron a la entonces Ministra de Salud Schenone: "*Aunque AID está prestando apoyo a la 'anticoncepción quirúrgica voluntaria' no ha participado en las campañas para la anticoncepción quirúrgica voluntaria que se están llevando a cabo desde junio de 1996, ni participará*"¹³².

Mark Schneider, quien el 25 de febrero de 1998 tenía que informar ante una comisión del Congreso de los EE.UU. sobre la participación de AID en los programas de esterilizaciones en el Perú, es citado en el estudio sobre „esterilizaciones involuntarias“ prometiendo que la práctica de esterilizaciones terminaría. Un mes después – según el estudio – AID anunció al Congreso un acuerdo con la organización para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AVSC): "*para un programa de esterilizaciones*

¹³¹ La GTZ planea actualmente dos proyectos sobre „salud reproductiva“ en el Perú: 1) „Mejora de los servicios de planificación familiar en Puno“. El objetivo es mejorar el uso de los servicios integrados de salud en los distritos de Azángaro, Melgar y Carabaya. El proyecto incluye los servicios locales de salud y quiere motivar la participación de la población en los programas estatales de salud existentes teniendo como prioridad las realidades socio-culturales de la región y en el lugar. 2) "Salud reproductiva en Puno": Este proyecto se dirige a los jóvenes en Puno, Huanuco, Ucayali y Lima/ Callao. Los jóvenes deben aprender a usar los servicios estatales sexuales y de salud del sector público y no público. – Ambos proyectos, según información de la central de la GTZ en Lima – se basan en una amplia comprensión de la „salud reproductiva“. Están concientes de los abusos de la práctica pasada de esterilizaciones y pero por la concepción de los proyectos excluye cualquier tipo de abuso.

¹³² Citado según Giulia Tamayo, "Nada Personal", a.a.O., pag. 80.

voluntarias y servicios relacionados“ en países en desarrollo. En otras palabras: las ofertas de ayuda de AID incluyen el financiamiento de programas de esterilizaciones.

Otro indicio sobre el financiamiento de las esterilizaciones por AID es el hecho de que AID aumentó su ayuda al Perú después de la modificación de la ley para la liberación de las esterilizaciones. La política de esterilizaciones después de 1995 “... *encontró aparentemente suficiente aprobación por parte de AID... para aportar más dinero al Proyecto 2000 (de salud), esta vez se trató de un millón de dólares, específicamente destinado a medidas de control demográfico en el marco del Proyecto 2000*“. En la justificación para el apoyo adicional se puede leer: “...*Esto es en respuesta a las declaraciones de intenciones políticas del Presidente de la República, Ing. Alberto Fujimori ... en su mensaje a la nación por motivo de la inauguración de su segundo período de Gobierno.*“

*

Lo cierto es que los programas peruanos de planificación familiar – sobre todo las campañas costosas de esterilizaciones – no hubieran sido realizables sin la ayuda exterior, aunque dicen que el Ministerio de Salud ha pagado de su propio presupuesto las pastillas, inyecciones, material de operaciones, etc. En la realización de las campañas (pago del personal, premios, movilidad y combustible para atraer “usuarios“, etc.) se gastaron sumas millonarias, fondos que nunca estuvieron disponibles para otras áreas del sector salud.

6. Crítica en la práctica de las esterilizaciones y la opinión pública

En 1995 y al inicio de 1996, antes del inicio de las campañas, la modificación de la ley sobre la liberación de las esterilizaciones fue sobre todo criticada públicamente por la Iglesia Católica, el Colegio Médico, el Colegio de Abogados y la Universidad Católica.

A partir de 1996, se publican los primeros informes y reportajes sobre las campañas de esterilizaciones. Las irregularidades reportadas dieron motivo a comentarios por parte del Ministerio de Salud.

A mediados de 1997, aumentaron los informes escandalosos sobre fallecimientos y negligencias médicas. También comentarios, que en principio aprobaban la planificación familiar, empiezan a criticar la “política de esterilizaciones” y las actuaciones del personal médico.

A inicios de 1998, se presentan consultas del Congreso; se exige la renuncia del Ministro de Salud. En los Estados Unidos se informa en el Capitolio sobre el caso de dos mujeres peruanas afectadas; la noticia repercute en la prensa peruana. En los comentarios se cuestiona el papel de AID. El Ministerio de Salud informa sobre el “éxito” en el decrecimiento demográfico, enmienda irregularidades y declara que se continuará el programa de planificación familiar. Se comunican las primeras correcciones.

A fines de 1998, aparecen artículos en periódicos alemanes – probablemente también en otros periódicos europeos – que hablan de la presentación de la investigación de Giulia Tamayo en el periódico español “El País”. Las noticias escandalosas se reducen.

A inicios de 1999, algunos reportajes de trasfondo publican otros casos del pasado.

*

Los obispos del Perú fueron los primeros que atacaron las esterilizaciones y las campañas. Sin embargo, con su crítica siempre se indicó que a los católicos se les permitían solamente los “métodos naturales”. Con esto proporcionaron al Gobierno argumentos para decir que las declaraciones sobre irregularidades provenían de “la iglesia católica y los círculos conservativos”. Los críticos acusaron a la iglesia, que siempre habló valientemente en contra de la tortura, la desaparición y otras violaciones de los derechos humanos, de no estar defendiendo igualmente el respeto del derecho de auto-determinación en la planificación familiar y los “derechos reproductivos” de las mujeres. La acusaron de evaluar las esterilizaciones solamente bajo criterios „morales“ y no desde el punto de vista de los derechos humanos.

Anteriormente ya habían protestado las organizaciones feministas y de mujeres, pero poco se publicó sobre sus manifestaciones y marchas. A la autora también le llamó la atención que en el material de la prensa que tenía figuraba poco sobre sus protestas. Esto pudo deberse a la selección de las contribuciones por las comisiones episcopales o a un reportaje incompleto, pero también podía deberse a que no les convenía, *“que existieran violaciones de derechos humanos en un programa, en el cual habían participado. Es por esto que un sector del feminismo se escapó de la pregunta, evitó este tema”*.¹³³ Sin embargo, las organizaciones feministas "Manuela Ramos" y "Flora Tristán" (que ayudaron en iniciar la investigación de Giulia Tamayo) exigieron la renuncia del Ministro de Salud.

El Colegio Médico manifestó cada vez más su rechazo a la práctica de esterilizaciones y en abril de 1998 presentó recomendaciones para las correcciones. Entre estas se encontraba también *“la suspensión de todas las actividades de anticoncepción quirúrgica”* durante 90 días. Al no cumplir con su consejo, ocurrió una rotura de relaciones con el Ministerio de Salud – sobre la cual informó solamente el periódico médico *“Gestión Médica”*. No se conoció nada sobre una crítica pública del **Colegio de Obstetras**, del **Colegio de Abogados** ni de las **organizaciones del personal de enfermeras**.

Las **organizaciones nacionales e internacionales de derechos humanos** reaccionaron sorprendentemente poco en público. No se conoce que denunciaran públicamente casos individuales, excepto dos instituciones: la "Defensoría del Pueblo" y CLADEM ("Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer").

En agosto de 1998 la "**Defensoría del Pueblo**" presentó un informe¹³⁴, en el cual expuso los resultados de una investigación *“sobre supuestas irregularidades en la aplicación de anticoncepciones quirúrgicas voluntarias”*. (Las correcciones recomendadas en este informe son tratadas en el capítulo 7.4.) A pesar de su importancia, este documento fue poco publicado. Muchos entrevistados/as por la autora indicaron haber escuchado de este documento, el mismo que cualquiera podía obtener en la "Defensoría", pero nada o poco sabían sobre su contenido.

¹³³ Giulia Tamayo en una entrevista con TAZ alemana. "Estrategia de las esterilizaciones", en: TAZ, 22.12.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/65.

¹³⁴ Defensoría. A.Q.V. I. a.a.O. Es interesante que en el dorso del fascículo figura AID – como donante financiero?

El **Informe CLADEM** es el estudio de la abogada Giulia Tamayo, que todavía no se había publicado al concluir el presente trabajo. Lo que para unos significó la fuerza de su informe, lo hizo para otros atacable: los testimonios personales de los afectados. El método científico de esta investigación es el de "*fact-finding*", la búsqueda de hechos. Esto significa que no se trata tanto de la cantidad de violaciones de derechos, sino más bien de cada caso individual. Los afectados mismos tienen la palabra. Este tipo de esclarecimiento de la verdad debía contribuir a que el gobierno corrigiera su política para evitar los abusos en el futuro. Los críticos definieron al método como "no científico", "partidario", con mucho peso en los casos individuales, etc. Se criticó que los casos fueran del pasado (1996/97) y que no se consideraran suficientemente las correcciones realizadas entre tanto. Contra esto se puede argumentar, que el asunto del tiempo ("¿cuándo ocurrieron estos casos?") juega un papel secundario cuando se trata de descubrir la verdad sobre delitos atroces, para "superar al pasado", y sensibilizar la conciencia pública. El informe de la señora Tamayo incluye la perspectiva de las víctimas y de esta manera critica en forma dramática la política demográfica del gobierno de Fujimori.

*

Los documentos originales sobre la planificación de las campañas de esterilizaciones, sobre premios y cuotas filtradas a la prensa fueron citados o copiados por ella. Los medios de comunicación, sobre todo la prensa, criticaron las campañas, a veces presentadas y comentadas en forma polemizada. En el extranjero las campañas quedan desconocidas – en parte hasta ahora.

La opinión pública peruana fue ampliamente notificada con los informes. La razón por la cual no se produjo un levantamiento popular, se debió indudablemente al hecho que la población estaba ocupada con asuntos de la sobre-vivencia diaria, y que los daños, que afectaron sobre todo a los pobres, a los socialmente débiles, a las mujeres indígenas, no fueron suficientemente entendidos como violaciones de los derechos humanos. En cualquier Estado democrático hubieran caído los Ministros, el gobierno debió justificarse, reconocer los errores y corregir sus programas en una forma comprensible para todos. Si esto no fue así y el Ministerio de Salud solamente cambió los programas, lo más silenciosamente posible, se debió a las estructuras autoritarias no democráticas del sistema político.

7. Modificaciones en la práctica de esterilizaciones 1998-1999

7.1 Observaciones

Desaparecen las pancartas con los anuncios "Festival de ligaduras de trompas", y la propaganda agresiva para la familia pequeña es reemplazada por textos más discretos, como:

"Planifica tu familia – el futuro está en tus manos", "La Planificación familiar nos ayuda a vivir mejor. Tienes el derecho de elegir el método que mejor te parece." Según dicen, quedaron suprimidas las cuotas de esterilizaciones, los premios para los médicos y los incentivos para los que consentían la esterilización.

La disminución de las intervenciones quirúrgicas de 110,253 a 22,672 en el año 1997 en los servicios estatales de salud, indica un distanciamiento en la preferencia de métodos irreversibles. La información sobre complicaciones y fallecimientos tenía aparentemente el efecto positivo de provocar una actitud reservadamente cuidadosa frente a las intervenciones quirúrgicas y desestabilizó el tema de la planificación familiar. Tampoco a las mujeres pobres se les podía convencer tan fácilmente del uso de ciertos métodos y consultaban más por los riesgos, ventajas y desventajas. Las asociaciones de mujeres pidieron que la "planificación familiar" fuera parte de su agenda de reuniones. Dicen que los donantes extranjeros ya no apoyan fácilmente otros proyectos ni a las ONGs que implementan estrategias unilaterales de planificación familiar.

7.2 Nuevas leyes

Relativamente poca atención de la opinión pública recibieron dos Resoluciones Ministeriales del 6 de noviembre de 1998: En ellas se determina el equipamiento de los centros de salud, en los cuales se podía efectuar las esterilizaciones y se establece que solamente podían operar aquellos médicos que cuenten con un certificado de conocimientos para realizar ligaduras de trompas y vasectomías.¹³⁵ La declaración del Dr. Jorge Parra Vergara en enero de 1999 afirma que estas resoluciones no solo existían en el papel, y que la parte teórica de la especialización de los médicos en

¹³⁵ Resolución Ministerial N° 439-98-SA/DM: "Normas para la calificación de puntos de entrega de servicios para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria"; Resolución Ministerial N° 440-98 SA/DM: "Normas para la calificación de médicos cirujanos para Anticoncepción Voluntaria"; ambas resoluciones archivadas en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/60.

AQV habría terminado. La parte práctica sería un proceso paulatino, que dependería de la demanda de intervenciones. *"Con referencia a la calificación de los establecimientos en los que se practicaban AQV, a la fecha han terminado el proceso solo el 10%."*¹³⁶

7.3 Cambios deseados en la actitud

En la conversación con la autora, el Dr. Parra, un experto médico administrativo, quien asumió en 1998 por dos años la dirección para la planificación familiar, evitó reconocer errores del Ministerio de Salud; habló de "problemas cualitativos". El Dr. Parra explicó que para el concepto defendido por él *"no interesa la cifra de los que practican la planificación familiar ni los métodos que usan para esto, decisivo es únicamente que cada persona tiene el derecho de decidir cuántos hijos quiere tener – y el estado tiene que garantizar que efectivamente puede hacer esta elección."* Estaban justamente imprimiendo carteles sobre los "derechos del usuario", que se colocarían en los establecimientos de salud. El texto ya existía: *"En este servicio de planificación familiar puedes: expresar todas tus dudas y preocupaciones en un ambiente respetuoso y privado; pedir información sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, para que sepas como usarlos correctamente, cuan seguros son, y qué molestias podrían causarte al usarlos; elegir el método anticonceptivo que más corresponde a tus necesidades, preferencias, valores y objetivos; tomarte todo el tiempo que necesitas para pensarlo libremente y con información suficiente para decidir que es lo correcto para ti. Los servicios de planificación familiar apoyan tu decisión."*¹³⁷

El Dr. Parra se refiere a "usuario", quien aprovecha los "servicios"; quien busca un método para la planificación familiar no es un "paciente". Quiere lograr un cambio en la actitud de los "oferentes" (personal médico). El oferente tiene que tratar bien al "usuario", éste tiene "un derecho al servicio". En establecimientos privados, en parte también en los centros de salud de administración comunal CLAS, este concepto ya era común desde hacía algún tiempo.

El Dr. Parra era conciente de que muchas "usuarias" potenciales pedían planificación familiar natural y que no se estaba correspondiendo suficientemente a este deseo, razón por la cual se informó personalmente sobre cursos del "método Billing", sin

¹³⁶ "Seguirán cambios en Programa de Planificación Familiar", *Gestión Médica*, 8 – 4 de Marzo de 1999, archivado en: Colección de informaciones para *Justitia et Pax*, a.a.O. Nº 1999/10.

¹³⁷ Borrador del texto archivado en: Colección de informaciones para *Justitia et Pax*, a.a.O. Nº 1999/16.

embargo no cree que fuera posible enseñarlo en establecimientos estatales. Estaría abierto para todas las sugerencias practicables, pero mientras tanto debían conformarse con el método de "La Regla".

Para el Dr. Parra la "educación e información" de la población son importantes. A la pregunta sobre si la campaña informativa en los medios de comunicación anunciada para abril de 1999, no hubiera sido mejor organizarla antes de las campañas de esterilizaciones, encoge los hombros sonriéndose: "*... en aquel entonces todavía no fui el encargado...*"

El Dr. Parra es optimista sobre la superación de conflictos con el Colegio Médico ("*son mis colegas, también soy médico*"), tan pronto como se elabore el nuevo manual sobre las normas y que se incorporaren las sugerencias de los gremios médicos.

7.4 Las recomendaciones de la "Defensoría" y la respuesta del Ministerio de Salud

La Dra. Rocío Villanueva, que elaboró el informe de la "Defensoría del Pueblo", comentó satisfactoriamente que casi todas las recomendaciones de su Resolución 138 al Ministerio de Salud fueron aceptadas:

- Contar con un "tiempo adecuado para reflexionar" (mínimo 72 horas) entre la fecha de la autorización y el día de la intervención. (Excepciones: casos de "riesgos reproductivos" o renuncia escrita al plazo para reflexionar por parte del paciente.)
- El asesoramiento debería incluir un mínimo de dos sesiones.
- Las campañas, exclusivamente dirigidas a las esterilizaciones, deberían ser reemplazadas por otras en las cuales no se de preferencia a un solo método.
- La meta del "Programa para la salud reproductiva y planificación familiar" debería abandonarse, es decir, el 100% de las mujeres que se presenten en un establecimiento de salud para ser atendidas por un parto o una pérdida deberían comenzar a usar un método anticonceptivo al salir del establecimiento. En su lugar todas deberían estar bien informadas sobre los métodos de planificación familiar al salir de los establecimientos de salud.
- Todos los métodos – también los naturales – deberían estar disponibles.

¹³⁸ Recomendaciones de la resolución de la Defensoría (Nº 1 - 98) y respuesta del Ministerio de Salud, citadas según Defensoría AQP I. a.a.O. pag. 8 - 10; pag, 75f.

- Debería respetarse la libre decisión de las personas.
- Debería castigarse los incentivos y compensaciones por la aplicación de determinados métodos.
- Los pacientes deberían recibir instrucciones escritas para el tratamiento post-operativo.
- Debería asumirse todos los gastos del tratamiento posterior.

La Defensoría también había exigido una nueva formulación de las metas del programa: No se debería reclutar una determinada cantidad de personas, sino deberían hacer indicaciones programáticas basadas en la demanda estimada. El Ministro de Salud dijo sobre el particular, que todos los programas requerían metas aproximadas para proporcionar los medios. Las metas del programa de planificación familiar se habían basado en estimaciones de la demanda no satisfecha. Esto no significa una fijación de cuotas (es decir, se sigue negando las cuotas).

En la Resolución se citan otras advertencias, recomendaciones, recuerdos, por ej. dirigidos al Ministerio Interior, al de Justicia, al Comité de Mujeres en el Congreso, etc. Según la Defensoría el Ministerio de Salud no aceptó las siguientes recomendaciones: Los métodos anticonceptivos no deberían dirigirse exclusivamente a mujeres; debería asignarse fondos presupuestarios del Ministerio de Salud para la indemnización de los afectados o sus deudos; debería informarse cuántos hombres y mujeres fueron esterilizados con que edad, y como se compone proporcionalmente el uso de los métodos.

7.5 La reacción de la "Mesa Tripartita"

El 4 de febrero de 1999 se publicó una declaración discutida de la "Mesa Tripartita" con el complicado título *"Posición de la mesa tripartita de seguimiento a la implementación del programa de acción de la Conferencia de El Cairo (CIPD) con respecto a las actividades de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Ministerio de Salud del Perú"*.¹³⁹ La "Mesa Tripartita" es una asociación abierta; asiste al Ministerio de Salud en el

¹³⁹ "Posición de la Mesa Tripartita de Seguimiento a la Implementación del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo (CIPD) con respecto a las actividades de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Ministerio de Salud del Perú." El Comercio, 4.2.99, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/3.

mejoramiento del programa de planificación familiar. El ejecutivo y el legislativo forman un sector, las ONGs feministas de planificación familiar y las universidades representan al sector no estatal, las organizaciones internacionales para el desarrollo forman el tercer sector.¹⁴⁰

Este documento de posición, el cual la Universidad Católica se habría negado a firmar, causó desconcierto y hasta indignación. Surge la pregunta: ¿Porqué han firmado las organizaciones feministas de crítica, como "Flora Tristán" y "Manuela Ramos" este documento, que da la impresión de resolver todos los problemas? ¿Fueron presionadas por las organizaciones donantes o el gobierno – representados en la misma mesa?

En el documento se alaba el *"éxito del Estado"*, que con la oferta gratuita de métodos y la eliminación del consentimiento de la pareja a la esterilización, facilitó: *"... acceso a estos servicios a una gran cantidad de gente pobre"*. En relación a las acusaciones de la prensa nacional e internacional sobre *"un programa de esterilizaciones masivas con carácter forzado"*...*"representa la mesa tripartita la opinión, que esta es una información errónea, que no corresponde a la realidad..."* Pero al menos se admite *"ciertos problemas de calidad"*, que *"están relacionados con las metas de cobertura, con la información y el asesoramiento deficiente de los usuarios/ías...; las deficiencias – en algunos casos – en los que se refiere al lugar y la calificación del personal, que practica las intervenciones quirúrgicas; la falta de la atención posterior en algunas intervenciones..."* el Ministerio de Salud está investigando 35 de estos casos. *"En la Defensoría del Pueblo fueron denunciados 155 casos, y en un acuerdo con CLADEM y CRLP la ONG Flora Tristán ha registrado 243 casos similares [vea el informe de Giulia Tamayo]."* Las medidas de mejoramiento del Ministerio de Salud y las modificaciones del Manual AQV son detalladamente explicadas. Finalmente la mesa tripartita reconfirma *"su decisión firme"* de implementar el programa de acciones de la Conferencia de la Población Mundial de El Cairo, especialmente en lo que se refiere a las medidas correctivas.

Resumiendo: Han habido "problemas de calidad", pero solamente en "algunos casos"; la política de planificación familiar resultó exitosa, ya que facilitó a "los pobres" el

¹⁴⁰ Firmantes del sector estatal: Ministerio de la Mujer, Relaciones Exteriores, Educación y Salud, el Congreso, Secretariado para la Cooperación Técnica Internacional, Consejo Ministerial, Instituto Nacional de Estadísticas. Del sector no estatal: Universidad Cayetano Heredia, Red Nac. de Promoción de la Mujer, Redes Jóvenes, Flora Tristán, Manuela Ramos, INPPARES, APROPO. Sector Internacional: UNFPA, Organización Panam. de Salud, UNDP, AID.

acceso a la planificación familiar y a la esterilización; las irregularidades fueron eliminadas, y los consejos de los críticos fueron tomados en serio. No hay ninguna razón para acusar las irregularidades del pasado...

Entre los firmantes del documento figuran representantes de los "autores"/ "instigadores" (por ej. MINSA, organizaciones como AID) y de las "víctimas" (organizaciones de mujeres). ¿Qué motivos pueden haber existido para la redacción de este documento? El momento de la publicación – pocos días antes de la Conferencia Internacional de Población de La Haya – hace suponer, que se ha querido adelantar a posibles críticas. Últimamente el Estado, el Ministerio de Salud han sido seriamente presionados por las noticias en la prensa; y tuvieron temor que se descontinúe la ayuda para programas de planificación familiar. Era necesario un "certificado de descargo", que certifique la buena voluntad del Estado y los cambios en la práctica - también en vista de la próxima publicación del estudio de la señora Tamayo. Las organizaciones de mujeres, así como INPPARES y APROPO reciben casi todos fondos externos, ("Manuela Ramos" una suma anual de 5 millones de dólares de AID); una negación de la firma probablemente les hubiera quitado su base existencial.

En "Flora Tristán" justifican la firma con un tipo de ponderación de logros: se ha logrado que en un documento que incluye la firma del Ministerio de Salud se reconozcan errores por primera vez públicamente. "Manuela Ramos" rechaza enérgicamente la acusación de haber sido chantajeada por el apoyo de AID. Hay que admitir correcciones en el programa. Para lograr cambios se prefieren las conversaciones a puerta cerrada.

El problema de este documento es obvio. Por un lado se refiere al derecho de modificaciones, por el otro lado minimiza las irregularidades. No hay respuesta a las preguntas como "¿quién tiene la culpa?", "¿qué pasa con las víctimas?", "¿cómo se implementará la 'salud reproductiva' según el concepto de la Conferencia de El Cairo?"

8. La Conferencia Mundial sobre la Población en El Cairo y la práctica peruana

Muchas preguntas quedaron sin resolver desde la pretensión del Gobierno peruano de querer implementar el programa de acción de la “Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” en El Cairo (“Conferencia de la Población Mundial”, 1994). Los temas “salud reproductiva” y apoyo a las mujeres constituían el punto central de esta conferencia, a partir de la cual también se impuso el concepto de “salud reproductiva”. A continuación se tratarán algunos puntos de la declaración de El Cairo que están relacionados con esta investigación.¹⁴¹

8.1 "La salud reproductiva" en el Perú

En el capítulo sobre la “salud reproductiva” del plan mundial de acciones, la política demográfica – al menos en forma programática – *“se despidió de los programas meramente anticonceptivos, que unilateralmente estaban interesados en los resultados demográficos, pero no en la salud y la auto-determinación de las parejas y sobre todo de las mujeres. En El Cairo se dio una negativa rotunda a la obligación en el ámbito de la planificación familiar. Se estableció que en el futuro la evaluación de los programas debería realizarse más en base a criterios cualitativos (y no cuantitativos bajo el concepto de una divulgación amplia de los anticonceptivos). En la planificación familiar debería estar disponible para los usuarios la más amplia gama de ofertas. Se subraya la importancia de un asesoramiento individual. Además en el futuro el fomento de la planificación familiar debería ser integrado en los amplios servicios para la salud reproductiva, los cuales tendrían un amplio espectro de tareas, entre ellas: asistencia pre- y postnatal, parto seguro, asesoramiento sexual, lucha contra la infertilidad, prevención y tratamiento de enfermedades venéreas y prevención de HIV/ SIDA.”*¹⁴²

Quien investiga a la política demográfica del Perú tiene que llegar a la conclusión que los planificadores familiares peruanos nunca leyeron el programa de El Cairo o lo interpretaron completamente mal. Han violado todos los puntos, sobre todo la exigencia que la planificación familiar debe ser parte de un “paquete” de medidas de la salud reproductiva.

¹⁴¹ Ulrich Pöner, Gerente General de Justitia et Pax y miembro de la delegación alemana en El Cairo, resumió y analizó críticamente los resultados. Ver Ulrich Pöner: "Negativa a toda forma de obligación", en: Herderkorrespondenz N° 11/1994. pag. 555f.

¹⁴² Ibid. pag. 557

A la planificación familiar, sobre todo a las esterilizaciones, se les dio tanta prioridad, que en 1996/97 esta "... ocupó todas las capacidades. Todo lo demás faltaba. Las postas médicas tenían anticonceptivos – pero ni siquiera los remedios más esenciales."¹⁴³ Se critica especialmente que cada examen preventivo, cada parto costaba dinero – solamente la planificación familiar era gratis. Una mujer dispuesta a esterilizarse era transportada gratis al próximo hospital – pero no así una mujer embarazada.

Asistencia prenatal y postnatal, prevención del cáncer: En 1999 se estaban haciendo esfuerzos para convencer a la máxima cantidad de personas de cuatro exámenes de control. En las postas médicas estaban disponibles para la mayoría de mujeres la asistencia prenatal y postnatal, aunque con un costo mínimo. Fueron promocionadas en grupos de mujeres, en consultas domiciliarias y en pancartas en los centros de salud.

En otros exámenes preventivos, como por ej. la prevención de cáncer, surgió nuevamente el problema económico. El diagnóstico costaba (en Cusco) aprox, 1.50 dólares. Al detectar cáncer – relativamente frecuente – cada uno tenía que ver como pagar el tratamiento. Por lo menos muchos sabían que existía la prevención de cáncer; también para las mujeres de habla quechua les resultaba fácil pronunciar la palabra difícil Papanicolau. Pero también aquí se encontraron barreras culturales. Muchas mujeres están horrorizadas por la introducción de "*un instrumento frío*" y no regresan nunca más: "*El médico me enfrió adentro*", dicen, y todas las molestias posteriores, no importa de que tipo, son atribuidas a esto. "Caliente" y "frío" son conceptos que relacionan con valores como bueno y malo, sano y enfermo, etc. También la desconfianza frente a los servicios públicos de salud por la práctica de esterilizaciones estorba la implementación de los exámenes preventivos.

"Parto seguro": Entre las mujeres con poca educación escolar en el campo mueren ocho por día en promedio durante o después del parto. Después de Bolivia y Haití el Perú figura en el tercer lugar de mortalidad materna. "*Solo el 30% de las mujeres dan a luz en un hospital*", dice Magda Mateos de la ONG de mujeres AMAUTA en Cusco. "*Aquí en el hospital tienen que pagar hasta 120 Soles (aprox. US\$ 60) por un parto... algunas mujeres no lo tienen, dan la vuelta y el hijo nace en la calle...*"

¹⁴³ Giulia Tamayo en una entrevista periodística con TAZ, 22.12.1998, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1998/65.

Actualmente en el Perú se está promoviendo mucho el “parto seguro” en un establecimiento de salud pública. Sin embargo, especialmente las mujeres indígenas no quieren dar luz en un ambiente extraño y encima pagar por ello. Un parto en la casa no cuesta nada, allí la vecina o la comadre presta ayuda. Con el parto se involucran muchas costumbres y cultos, para los cuales el personal en la posta médica tiene poca comprensión, por ej. la “sopa caliente” después del parto, agua tibia, ayuda de los familiares, el deseo de dar luz acurrucada...

Asesoramiento sexual y planificación familiar: Al respeto vale lo que se comentó generalmente hasta ahora sobre el asesoramiento en la planificación familiar. Se dirigía solamente a las mujeres, era hasta ahora deficiente y con poca sensibilidad y discreción. Frecuentemente las conversaciones eran realizadas en presencia de terceros. Un ambiente exclusivo para el asesoramiento no estaba previsto en la mayoría de los centros de salud. *“Hay que dirigirse a las mujeres personalmente, sobre estas preguntas no se puede informar con videos en una asamblea comunal”*, contradiciendo la práctica que empleaban las obstetrices de realizar “públicamente” asesoramiento en planificación familiar. En algunos hospitales las parturientas eran instruidas con videos sobre los diferentes métodos.

Eliminación de la infecundidad: La eliminación de la infecundidad, en la cual teóricamente deberían poder insistir también las esterilizadas involuntariamente, no estaba prevista en los programas de salud. Aún cuando la especialización de un médico la hacía posible, por motivos de los costos resultaba inalcanzable para la mayoría.

Evitar y tratar las enfermedades venéreas: Las enfermedades venéreas – un gran problema especialmente para las mujeres del campo – no eran tratadas gratuitamente, aunque fueran diagnosticadas en los exámenes preventivos. *“A veces el amor no es lo único que transmites a tu bebé”*, dice en los carteles de publicidad, *“ven al examen preventivo”*. Sobre todo se informaba muy poco sobre el SIDA, dice Magda Mateos de AMAUTA. *“Cuando por ej. se escuchaba a algunos empleados en la salud pública decir que el SIDA era un problema de homosexuales y turistas. Existen muchos prejuicios, a pesar que cada día más mujeres y jóvenes son infectados, especialmente en los distritos pobres. Creo que falta la comprensión política... se están cubriendo mucho.”*

Sin embargo, la instrucción sexual en las escuelas y en los servicios de asesoramiento juega hoy un papel importante evitando las enfermedades venéreas y el HIV/ SIDA .

*

La situación de la salud reproductiva en el Perú se puede evaluar resumiendo una cita de Magda Mateos: *“El Gobierno ha firmado los acuerdos de El Cairo, pero los interpretó con una política que se concentra exclusivamente en la planificación familiar.”*

8.2 Los derechos de las mujeres

“El concepto clave en el capítulo de las mujeres (en el programa de El Cairo) es: ‘Empowerment’. La meta es una ‘habilitación’ de las mujeres, que les debe permitir tomar sus propias decisiones en todas las áreas de su vida (incluyendo las áreas sexuales y reproductivas). Esta meta... representa... al mismo tiempo una de las condiciones más importantes para el éxito de los programas demográficos. El plan de acción exige entre otros la participación de las mujeres con igualdad de derechos en el ámbito político, el mismo acceso de las jovencitas y mujeres a la educación, instrucción, trabajo y los sistemas de seguridad social; los mismos derechos para la compra y venta de propiedades y acceso a créditos; asimismo la prohibición de toda discriminación en el mundo laboral.”¹⁴⁴

En el Perú principios como igualdad de derechos, igualdad de acceso a la educación y al trabajo son – teóricamente – indiscutibles. El establecimiento de un Ministerio de la Mujer, un reglamento de cuotas, según el cual el 25% de los concejales y congresistas deben ser mujeres se orientan hacia el “Empowerment”. También se cambiaron algunas leyes en este sentido: por ej. ya no se evita el castigo de violación al casarse con la víctima; los gastos para la determinación de la paternidad mediante la prueba de sangre (examen ADN, aprox. 1000 dólares) los asume el Estado – antes este proceso era inalcanzable para la mayoría de las mujeres por motivos económicos.

Los contrastes son fuertes: 19 de 100 mujeres tienen educación secundaria, 18 de 100 mujeres son analfabetas... Últimamente el Estado ha construido muchas nuevas escuelas – sobre todo en los “núcleos de pobreza” – y se trata de convencer a los

¹⁴⁴ Ulrich Pöner, *Negativa a toda forma de obligación*, a.a.O., pag. 556.

padres de familia para que manden también a las hijas a la escuela. Este es el punto de partida de la sensibilización de las aprox. 20,000 organizaciones de mujeres: por ej. las ollas comunes, los clubes de madre y "comités del vaso de leche", las organizaciones eclesiásticas y feministas. Las mujeres son el mayor grupo de pobladores organizados en el Perú. Los grupos de mujeres cambian la autoestima: dicen que en lugares donde las mujeres han podido informarse en grupo sobre las esterilizaciones, se han producido menos irregularidades.

AMAUTA y otras organizaciones nacionales y regionales de mujeres informan en seminarios, charlas, reuniones y con programas radiales a las mujeres sobre sus derechos y incentivan su auto-ayuda. También ofrecen cursos: de alfabetización hasta cursos de higiene, y de costura hasta la capacitación en asuntos organizativos. Por otro lado se dirigen a las instituciones políticas o también a contrapartes en el lugar. *"Hemos realizado por ejemplo una investigación en diez centros de salud sobre el tratamiento de las mujeres, y luego nos hemos dirigido al personal médico"*, informa Magda Mateos sobre su trabajo, *"... al comienzo lo han tomado muy negativamente... La población no es alguien que tiene derechos en la salud reproductiva..."*

Todos los grupos de mujeres dan valor especial a la formación de la conciencia del derecho y la autoestima. *"Si las mujeres tuvieran conciencia, de que tienen derecho a decidir sobre su cuerpo... entonces no se hubieran producido estas exageraciones"* (se refiere al programa de esterilizaciones).

Las mujeres deberían saber sobre todas que tienen derecho a una vida sin violencia, *"pero lamentablemente todavía creen que el hombre tiene derecho de corregir a la mujer"*. ("Corregir incluye reprimendas y órdenes, y también golpes.) La experiencia de las mujeres, cuando por ej. una mujer golpeada busca ayuda de la policía, sigue siendo que, en primer lugar los hombres toman partido contra las mujeres según el lema *"el hombre seguramente habrá tenido una razón, si la ha pegado..."*

En pocas provincias existe policía encargada de mujeres, el Estado no tiene dinero para esto. Por ello en Cusco existe un acuerdo entre la policía y AMAUTA (en Lima entre la policía y "Flora Tristán", "Manuela Ramos" y DEMUS), para que ésta preste apoyo psicológico y asistencia judicial. Pero sus posibilidades son limitadas.

Las iniciativas para el "Empowerment" de las mujeres proviene hasta ahora casi exclusivamente de las mujeres y organizaciones de mujeres (ONG), que con mucha

creatividad compensan su falta de fondos. La mayoría de las colaboradoras trabajan ad honorem y tienen que pedir limosna para sus actividades. Aparentemente el Estado considera también el lado económico del "Empowerment", el acceso a créditos, construcción de talleres y cooperativas, etc. como un asunto de las organizaciones no gubernamentales.

Si hasta ahora la educación de las mujeres no ha jugado un papel en los programas para la salud reproductiva, es porque el Estado da poca importancia a la relación entre la educación de la mujer y la política demográfica.

8.3 Educación sexual

La pregunta, si los jóvenes deben incluirse en las medidas de política demográfica y hasta que punto, fue fuertemente discutida en El Cairo. Finalmente fueron acordadas declaraciones que consideran diferentes aspectos: *"Por un lado se exige un mejor acceso de los jóvenes a la planificación familiar y la educación sexual (mencionando también el fomento de la abstinencia sexual voluntaria), y por el otro lado se refiere claramente a los derechos elementales de educación y también a la responsabilidad de los padres."*¹⁴⁵ Como ya se ha mencionado (ver el punto 2.3), el Estado ha reconocido la importancia de la educación sexual y ha elaborado programas de enseñanza. Puesto que para la concienciación de los jóvenes en asuntos sexuales también se requiere la orientación de valores, es de suponer que el asesoramiento "neutro" y la educación sexual en las escuelas e instituciones no es suficiente.



9. Preguntas y problemas sin resolver

Las siguientes preguntas indican hasta que punto las "correcciones" en la práctica de las esterilizaciones son todavía insuficientes y que hay que hacer para evitar violaciones de derechos.

¿Siguen las campañas?

El Dr. Max Cárdenas, Presidente del Colegio Médico, opina que las campañas continúan bajo el título de "jornadas". Se refiere a la tercera edición del "Manual AQV",

¹⁴⁵ Ibid. pag. 558.

donde dice "jornadas integrales para la información y el tratamiento", son realizadas con autorización expresa y "en zonas con una fuerte demanda". Esto, según Cárdenas, sigue la lógica de las campañas y produce los mismos problemas técnicos y éticos.¹⁴⁶ Las campañas de salud se justifican solamente en casos extremos; pero las medidas de planificación familiar no son "casos de emergencia". Solamente la observación meticulosa de las campañas de salud puede aclarar si éstas cumplen con las disposiciones.

¿Más violaciones de derechos humanos – también sin campañas?

"... ¿Quién niega que existieron nuevos casos en 1998? ¿Quién aseguró que en el programa para la anticoncepción quirúrgica voluntaria ya no existieran estas prácticas?" Así comienza un reportaje de seis páginas sobre las esterilizaciones involuntarias del 22 de febrero de 1999 en la revista "SI".¹⁴⁷ Los casos en el reportaje apoyan la sospecha formulada, que "no existiera la voluntad efectiva de cambiar las cosas."

Rufina Aparco Escobar, cocinera de 22 años, un hijo, se encontraba con cinco meses de gestación. Se fue al hospital en Huancavelica porque sufría de constantes dolores de cabeza y mareos. Fue tratada, pero cuando quiso irse, el médico le dijo: "¿Qué, quieres irte? Te haz vuelto loca?" Si insistiera en irse, llamaría al fiscal, quien también vino. Rufina tuvo que firmar que dejaba el hospital bajo su propio riesgo y que sabía que terminaría en la cárcel si algo le pasaba al hijo. Dos semanas más tarde su estado se había empeorado y regresó. "Me dijeron que a mi bebé le iba mal, y mandaron a llamar a mi esposo; él tuvo que firmar, dijeron que era para la cesárea." Por pura casualidad Rufina Aparco se enteró que la habían esterilizado. Tuvo que quedarse un mes en el hospital: durante este tiempo, dice, había conocido a cuatro mujeres a las cuales les había pasado lo mismo.

Gregoría Condori, 40 años, 7 hijos, fue al mismo hospital en Huancavelica por un raspado, con el cual fue esterilizada aunque lo había rechazado expresamente antes. – El hijo de su hija de 25 años murió en una cesárea. El médico quiso esterilizarla: „Eres una asesina si quieres tener aún más hijos.“ Solamente la intervención de otro médico evitó la esterilización.

¹⁴⁶ "Colegio Médico ya no participa en planificación familiar", en "Gestión Médica", del 15 al 21 de Marzo de 1999, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/12.

¹⁴⁷ "Las esterilizaciones - Nada los detiene"; Revista "SI", 22.2.1999, archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/8.

¿Casos individuales en los cuales un médico irresponsable tiene la culpa? ¿O (todavía) no funcionaban las correcciones? ¿Cambiaron la práctica de esterilizaciones aplicándola a las mujeres que daban a luz en los establecimientos estatales? Si seguían dándose los abusos a pesar de las disposiciones legales: ¿Quién los controlaba? Sobre todo si las afectadas eran mujeres pobres e indígenas.

¿Qué es información "adecuada"?

Queda poco claro como se revisará si la irreversibilidad de la esterilización era realmente entendida. El abogado Mario Rios Barrientos, docente en salud pública de la Universidad Cayetano Heredia, escribe un trabajo sobre la declaración de autorización. Se refiere al problema de las informaciones "*partiendo de la lógica de los usuarios*". Además para el paciente el médico es una autoridad, a la cual se "cree" y se "obedece": "Si doctor, si le creo doctor". Los médicos hablan mayormente en "jerga médica", y si a esta se agregan otros problemas lingüísticos, el paciente ya no entiende nada. ¿Porqué la asignatura de "ética" no juega ningún papel en la formación profesional? ¿Cómo son elegidos y preparados los/ las asesores? ¿Es el "Manual de planificación familiar" suficiente?

¿Existe realmente una „demanda“, una „necesidad“ de esterilizaciones?

"Doctor, deme algo para no tener más hijos, pero que no me haga daño". Una mujer que se expresa de esta manera ha probado métodos y dice claramente que no quiere tener más hijos, dice el médico Vladimir Aguirre. Con ella hablaría sobre todas las alternativa – también sobre la esterilización – para corresponder a su "demanda". Pero cómo se puede hablar de la "demanda", si se pregunta a una mujer poco después del parto: *"Vamos, a su edad, en su situación - ¿quiere tener realmente más hijos? Sería realmente práctico si la esterilizamos a la misma vez..."* El deseo de no querer tener más hijos no necesariamente expresa la demanda de métodos definitivo. Entonces ¿cómo se quiere medir esta demanda?

¿Porqué no se fomenta la "planificación familiar natural"?

Es de suponer que existe una demanda efectiva de los métodos "naturales". ¿Porqué fue discontinuada la promoción del proyecto ATLF, que debería difundir estos métodos? ¿Porqué no se están haciendo esfuerzos para enseñar estos métodos? ¿Porqué no se promueve la investigación sobre métodos naturales?

¿Cuándo reconoce el Ministerio sus errores?

Hasta hoy día el Gobierno, ante todo el Ministerio de Salud, no asumió la responsabilidad política para las campañas de esterilizaciones. No se publicaron las cifras, como las que la Defensoría exigió. Se ocultó la dimensión cuantitativa de las esterilizaciones y la dimensión de las fallas cualitativas. ¿Puede tomarse en serio su voluntad de corregir, si no reconocen sus errores?

¿Cómo se pueden considerar a las realidades culturales?

Para despertar la comprensión para la necesidad de la planificación familiar y la „salud reproductiva“ en la población indígena, tendría que considerarse su cosmovisión. ¿Porqué no incluyen en la planificación familiar a los sociólogos o antropólogos y representantes de estos grupos étnicos? ¿Porqué diseñan en Lima en el „escritorio“ las estrategias para lugares y gente que son un mundo extraño para los planificadores? ¿Cómo se quiere lograr de informar „adecuadamente a los usuarios/ias“, cuyos valores son considerados „atrasados“? ¿Porqué no capacitan a personal que habla idiomas indígenas?

¿Cómo se puede disminuir el miedo y la desconfianza?

Los daños de confianza causados por la práctica de esterilizaciones son grandes. ¿Cómo pueden repararse? ¿Cómo se puede disminuir el miedo de que alguien ya no sea atendido en las postas médica cuando denuncia las irregularidades? ¿Cómo se puede crear confianza si los médicos y obstetrices son enviados por solo corto tiempo a zonas alejadas? ¿Porqué no refuerzan la administración comunal de los centros de salud? ¿Cómo se pueden incluir a los promotores y obstetrices locales que gozan de la confianza de la población?

Pero también se trata de otra disminución de miedo y desconfianza. Las mujeres que denunciaron o criticaron las esterilizaciones fueron amenazadas. ¿Cómo se puede reducir el miedo a los intentos de intimidación? ¿Cómo se pueden crear canales, por los cuales las mujeres puedan denunciar sus casos sin que tengan que tener miedo a represalias?

¿Cómo se pueden incluir a los hombres en la planificación familiar?

¿Porqué no hay publicidad que se dirige a los hombres? ¿Porqué las obstetrices no invitan a los hombres también a las reuniones de asesoramiento? ¿Porqué no hay asesores de planificación familiar?

Un gran problema es la gran cantidad de hijos ilegítimos. La socióloga Violeta Sara Lafosse exige rigurosamente: "*Quien no paga los alimentos, va a la cárcel*" – las leyes están para eso. En muchas cárceles los presos ganan dinero en proyectos artesanales para mantener a sus familias de "afuera". De esta manera también los padres no responsables podrían pagar por sus hijos ilegítimos y serían accesibles para la planificación familiar. ¿Porqué estas leyes no son aplicadas? ¿Porqué las denuncias de paternidad terminan mayormente en nada?

¿Cuándo hay una "mesa redonda" para discutir el problema?

"La paternidad responsable y la planificación familiar son necesarias y correctas" – este consenso mínimo unifica a los médicos, obstetrices, enfermeras, políticos, asociaciones de mujeres, organizaciones para el desarrollo, la iglesia católica y muchas ONGs. ¿Porque no se reúnen todos en una mesa para discutir sobre asuntos básicos de la planificación familiar en concordancia con los derechos humanos? La mencionada "mesa tripartita" no es representativa. ¿Quién tomaría la iniciativa para una "mesa redonda", en la cual los representantes de la sociedad busquen un consenso? ¿Existe el reconocimiento de que es necesario encontrar un consenso, y existe la voluntad de hacerlo?

¿Quién cita a las violaciones de derechos por su nombre?

Hasta ahora solo pocos abogados se han pronunciado públicamente en el Perú sobre los asuntos de las esterilizaciones. Sobre todo fueron los periodistas los que denunciaron los abusos. Es conocido que el gobierno ejerce presión sobre los periodistas y medios de comunicación críticos o los amenaza. También las ONGs que dependen de la benevolencia del Estado, fácilmente están sometidas bajo presión. ¿Quién protege a los medios de comunicación y a las ONGs de las intrusiones del Estado? ¿Quién les filtra las informaciones y documentos? ¿Cómo se puede desarrollar una conciencia de derechos reclamables en un Estado que solamente tiene el nombre de ser democrático? ¿Cuándo se pronuncian los abogados?

¿Quién se preocupa por las afectadas?

Muchos casos son conocidos, algunos denunciados ante los tribunales, pero hasta ahora ninguna institución se ha preocupado de las afectadas. Aquí nos referimos no solamente a la indemnización material; la mayoría de las mujeres tienen problemas psíquicos y familiares, depresiones, problemas de sobrevivir cuando la pareja las abandona... Están solas con sus preocupaciones. ¿Quién se preocupa de ellas? ¿Quién anima a estas mujeres a unirse a grupos de auto-ayuda para romper el silencio y para intercambiar experiencias?

10. Sugerencia para correcciones y asesoramiento acompañado ("monitoring")

Uno de los objetivos del presente estudio fue la elaboración de sugerencias sobre el como investigar y corregir las irregularidades; como se puede evitar la repetición de estas y otras en el Perú y en otros países.¹⁴⁸ El siguiente listado contiene recomendaciones, que ya fueron presentadas en escritos por personas e instituciones peruanas; también se están considerando las sugerencias verbales, que las/los diferentes entrevistados mencionaron a la autora; sumándose a estas las sugerencias propias de la autora resultantes de la lógica de esta investigación. En el listado no se ha considerado, si las recomendaciones parezcan "utópicas" o al menos no fácilmente practicables; decisivo fue la transmisión de los diferentes solicitudes en la forma más precisa posible.

Sugerencias para el Gobierno y las instituciones estatales

- ❖ El Gobierno debería procurar que se acepten todas las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo (por ej. la revelación de las estadísticas sobre las medidas de planificación familiar, la mención de los lugares donde se están practicando las esterilizaciones, etc.)
- ❖ Se debería castigar al encubrimiento, a las noticias falsas sobre errores y violaciones de derechos, al engaño deliberado sobre los abusos y los fallecimientos dentro de la institución.

¹⁴⁸ Poco antes de finalizar el presente manuscrito, la autora recibió una noticia de Venezuela, en la cual la iglesia católica denuncia que el nuevo Presidente Hugo Chávez intenta iniciar el 27 de Febrero de 1999 en los hospitales con una "*campana masiva de esterilizaciones de mujeres*". "Iglesia denuncia campaña de esterilización masiva" (sin lugar y fecha), archivado en: Colección de informaciones para Justitia et Pax, a.a.O. N° 1999/9.

- ❖ Si la Defensoría del Pueblo lo estima necesario, el Gobierno debería ampliar su competencia para revisar la práctica de la planificación familiar.
- ❖ Conjuntamente con el Ministerio de Salud y otras entidades estatales, el Gobierno debería crear gremios de control y mecanismos para vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales. Instituciones como la Defensoría del Pueblo deberían controlar con visitas sorpresa a los centros, en los cuales según la nueva ley podrían practicarse las esterilizaciones, si su equipamiento cumple con las disposiciones legales y si solamente los médicos especializados esterilizan.
- ❖ Conjuntamente con los expertos encargados (médicos, obstetras, enfermeras, médicos legales) el Ministerio de Salud debería revisar las normas para la salud reproductiva, los manuales AQP y de asesoramiento, de tal manera que estos representen una base clara para las actividades del personal médico, considerando las recomendaciones de las organizaciones gremiales (también del Colegio de Obstetras y las organizaciones gremiales del personal de enfermeros). Deberían aprobar la recomendación del Colegio Médico de elaborar normas para todos los médicos.
- ❖ Las "normas AQP" deberían ser respaldadas legalmente.
- ❖ Sobre las "normas para el asesoramiento" deberían desarrollarse claros lineamientos para la "información adecuada" sobre todos los métodos (incluyendo los métodos naturales). El objetivo supremo debería ser el facilitar a los/las usuarios una libre elección del método.
- ❖ Sobre las "normas para el asesoramiento" deberían elaborarse criterios, relativos a la revisión (por ej. mediante un cuestionario), si el/la usuario comprendió plenamente, de que trata cada método.
- ❖ En las normas debería establecerse que el consentimiento de la pareja (cónyuge) debe ser obligatorio en los casos de métodos irreversibles. Las excepciones (por ej. alcoholismo de la pareja, etc.) deberían ser definidas claramente.
- ❖ Adicionalmente a las "normas" el Ministerio de Salud debería emitir un tipo de decálogo para la actuación médica, que se publicaría en carteles similares a los de "derechos del usuario" planeados, en los centros de salud y las instituciones de planificación familiar.
- ❖ El plan de acciones de El Cairo debería ser el lineamiento para todos los programas y proyectos reproductivos en el sector salud.
- ❖ En las normas y leyes, debería eliminarse todo aquello que limita el derecho a la autodeterminación, por ej. que en caso del "riesgo reproductivo" se pueda eliminar el tiempo para reflexionar.

- ❖ Debería asegurarse por ley que el Gobierno asuma los gastos de tratamiento (tratamiento post-operativo, medicina, transporte del paciente, etc.).
- ❖ Para el uso de la T de cobre debería existir una autorización escrita – igual como para la esterilización.
- ❖ En todas las estrategias de planificación familiar deberían incluirse específicamente a los hombres.
- ❖ Todos los programas de planificación familiar deberían ser adaptados a los aspectos culturales específicos. En la elaboración de las “normas para las actividades“ y „normas para el asesoramiento“ deberían considerarse las exigencias de los grupos étnicos, al igual que a las que fueron formuladas (en agosto de 1998) en una resolución de aprox. 15 organizaciones de mujeres de la Amazonía y de los Andes.¹⁴⁹ Entre otros se plantea exigir que: las estrategias y programas de planificación familiar sean coordinados con las organizaciones indígenas; éstas deberían ser incluidas en la planificación mediante la capacitación de promotores propios que se dirijan a las mujeres y a los hombres; el personal activo en zonas indígenas debería hablar el respectivo idioma, conocer las culturas y los costumbres... Según la Convención 169 de la Organización Mundial del Trabajo todos los programas para grupos étnicos deben ser coordinados y aprobados por ellos antes de su aplicación; el Gobierno debería proporcionar fondos para investigar plantas medicinales y la medicina natural, con miras a emplearlas en la planificación familiar.
- ❖ De allí resulta la exigencia general de que el Gobierno incluya los aspectos culturales en la planificación de los servicios reproductivos (por ej. también el parto en casa con la ayuda de obstetricas entrenadas del lugar, consideración de tabúes y costumbres culturales, etc.).
- ❖ El Gobierno, los médicos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover, quizás mediante becas, la capacitación del personal para los grupos de la población indígena.
- ❖ Los servicios de la salud reproductiva deberían excluir cualquier discriminación de los pobres, especialmente de las mujeres en pobreza e indígenas.
- ❖ La publicidad para la salud reproductiva y las medidas de planificación familiar no deberían dar la impresión de que con menos hijos aumenta el bienestar.
- ❖ El Gobierno/ Ministerio de Salud debería exigir a las universidades y centros de educación que los temas de derechos humanos y ética formen parte del programa educativo.

¹⁴⁹ Giulia Tamayo, a.a.O. pag. 134/135.

- ❖ Los/las usuarios deberían ser informados sobre sus derechos reproductivos. Sobre todo en regiones rurales deberían existir maneras para denunciar violaciones de estos derechos. Los/las usuarios potenciales deberían estar informados cuando sus derechos son violados por ej. con medidas médicas o administrativas; este catálogo de derechos debería estar editado en un lenguaje simple. (Habría que revisar en este sentido el cartel sobre los “derechos del usuario“.)
- ❖ El Gobierno debería aumentar los esfuerzos para una responsabilidad compartida local en el sector salud (centros de salud con participación en las comunidades, capacitación de las obstetrices y promotores de salud en las regiones, etc.).
- ❖ Las “campañas de salud“ deberían ser usadas solamente en caso de emergencia (desastres, epidemias, etc.). En lo demás las instituciones regulares y los instrumentos de la política de salud deberían ser usados para una información continua sobre la planificación familiar, asistencia prenatal, prevención de enfermedades venéreas, etc.
- ❖ Para evitar y eliminar la violencia contra las mujeres en los centros de salud, el personal debería ser entrenado en relación a los derechos humanos. Esto se aplicaría tanto a quienes toman las decisiones (en los ministerios, direcciones de salud, etc.) como a quienes actúan (médicos, enfermeras, obstetrices, promotores, etc.). Las estrategias para la planificación familiar deberían considerar aspectos de los derechos humanos.
- ❖ En la contratación de personal en los servicios de salud, la selección no solo debería orientarse a las calificaciones técnicas, sino que debería revisarse también la sensibilidad con los usuarios y pacientes. Debería desarrollarse un catálogo de criterios que permita preguntar sobre las actitudes, responsabilidad, etc.
- ❖ En la evaluación del rendimiento del personal deberían eliminarse todos los criterios cuantitativos, medir la rentabilidad y productividad de las medidas de planificación familiar, etc. (por ej. ¿Cuántas T de cobre se colocaron? ¿Cuántas esterilizaciones se practicaron?).
- ❖ Para el asesoramiento debería permitirse suficiente tiempo y el personal debería ser capacitado especialmente para este fin. En los centros de salud más grandes deberían existir ambientes y ofertas separadas para el asesoramiento.
- ❖ Debería iniciarse el seguro madre-hijo planificado. Debería facilitarse gratuitamente a las mujeres en pobreza el uso de todas las medidas para la salud reproductiva (incluyendo la prevención de cáncer, tratamiento contra la infertilidad, etc.). Si el seguro madre-hijo proveyera una escala de costos según la necesidad, debería desarrollarse criterios que tengan validez a nivel nacional y que no dependan del criterio del personal o de la situación financiera del establecimiento de salud.

- ❖ En todos los proyectos de salud reproductiva deberían incluirse los aspectos de la prevención y el tratamiento de las enfermedades venéreas.
- ❖ Deberían reforzarse los servicios de asesoramiento (consultas telefónicas!). Debería crearse una red de lugares de asesoramiento familiar, que incluya todos los aspectos de la salud reproductiva (asesoramiento sexual, asesoramiento legal en caso de violencia familiar, etc.)
- ❖ Los proyectos de planificación familiar deberían incluir la educación de mujeres.
- ❖ El Ministerio de Educación debería considerar en los programas de enseñanza para la educación sexual los valores de grupos cosmovisionales (iglesias, grupos étnicos, etc.).
- ❖ La educación sexual no debería dirigirse unilateralmente a evitar el embarazo y enfermedades venéreas, debería incluir también valores tales como la conducta responsable entre parejas, la abstinencia sexual, etc. Especial importancia debería prestarse a la educación sexual de acuerdo a la edad.
- ❖ Deberían proporcionarse los medios financieros (quizás mediante solicitudes para donaciones especiales) para fomentar los métodos naturales de planificación familiar. Además, deben proporcionarse medios para la investigación de los métodos naturales (plantas medicinales, hierbas, etc.).
- ❖ La justicia debería perseguir por iniciativa propia a los casos de abuso en la práctica de la política demográfica; los culpables deberían ser castigados, debería imponerse indemnizaciones efectivas para las víctimas. La justicia debería velar que en todos los programas se cumplan con los estándares internacionales de los derechos humanos.
- ❖ En una denuncia debería garantizarse la protección de los datos personales (discreción, no mencionar en público los nombres, “denuncia protegida”, etc.)
- ❖ Deberían buscarse mecanismo que faciliten a los perjudicados la denuncia de las violaciones de derechos. La Defensoría debería buscar formas para canalizar las denuncias sobre todo en las zonas rurales, por ej. por intermedio de ONGs, organizaciones de mujeres, servicios sociales Caritas, oficinas eclesiásticas de derechos humanos, etc.
- ❖ Deberían aplicarse las leyes, según las cuales los padres deben mantener a sus hijos ilegítimos. Los padres que no cumplan con sus obligaciones deberían ser castigados (también con pena de cárcel).
- ❖ Debería mejorarse la protección legal para las mujeres (por ej. mediante asistencia judicial gratis, psicólogos/as en las comisarías policiales, etc.)

- ❖ Deberían crearse bases legales claras para negar la actuación médica en las medidas de planificación familiar por motivos de conciencia. La negación también debería ser posible para las obstetrices, enfermeras, promotores.
- ❖ Debería mejorarse el presupuesto del Ministerio de la Mujer; el Ministerio de la Mujer debe dedicarse más a los derechos reproductivos de las mujeres y al mejoramiento de la situación general de las mujeres (protección de la maternidad, protección contra la violencia, etc.).

Sugerencias para las organizaciones gremiales

- ❖ El Colegio Médico debería participar en la elaboración de las “Normas para las actividades AQV” y éstas deberían incluir el “asesoramiento AQV”. Debería fomentarse la protección de los derechos reproductivos. Debería ceder a todas las denuncias sobre violaciones del código ético de los médicos. Debería exigir que se incluyan en los programas de estudios médicos la ética y los derechos humanos. Debería considerar las exigencias de los grupos étnicos (dominio lingüístico de los médicos que trabajan en zonas indígenas, etc.). Debería desarrollar catálogos de preguntas con las cuales se pueda evaluar la actitud ética del personal médico.
- ❖ Las organizaciones gremiales deberían insistir que en las publicaciones no se hable de los “anticonceptivos quirúrgicos voluntarios” y “AQV” sino de las “esterilizaciones” y “operaciones”.
- ❖ Las asociaciones médicas deberían aclarar en sus declaraciones que las esterilizaciones son lesiones corporales riesgosas, cuya ilegalidad se elimina solamente con el "consentimiento informado".
- ❖ El Colegio de Obstetrices y las organizaciones del personal de enfermería deberían dar recomendaciones sobre la elaboración de las normas de asesoramiento. Deberían incluir en sus programas de estudios la asignatura de ética y preguntas sobre los derechos humanos. Deberían formar obstetrices y enfermeras con especialización en asesoramiento. En su formación deberían incluirse también la capacitación en todos los métodos naturales.
- ❖ El Colegio de Abogados debería aclarar las bases legales para el consentimiento, que deben ser observadas en las “Normas de asesoramiento”.
- ❖ Deberían sugerirse leyes, que permitan al personal médico negarse a participar en medidas de planificación familiar.
- ❖ Todas las organizaciones gremiales del personal médico deberían insistir en que se desarrollen claras bases legales para negarse a ejecutar medidas de planificación familiar.

Sugerencias para las Organizaciones No Gubernamentales e Instituciones

- ❖ Las facultades médicas y los centros de formación para el personal médico deberían crear sus programas de estudios de tal forma que incluyan no solo aspectos técnicos “bio-médicos”; la ética debe introducirse como una asignatura obligatoria e incluir asuntos de derechos humanos.
- ❖ Las organizaciones de derechos humanos deberían revisar las acciones estatales también en relación a las violaciones de los derechos humanos en el ámbito de la salud reproductiva (y no sólo preocuparse de las violaciones de la libertad de prensa, práctica de tortura, desaparecimientos, etc.). Las violaciones de los derechos humanos en los servicios de la salud reproductiva – por ej. esterilizaciones involuntarias – deberían ser reconocidas y denunciadas como tal.
- ❖ Las organizaciones de mujeres deberían verificar hasta que punto las medidas de planificación familiar cumplen con las exigencias del Programa de El Cairo.
- ❖ Las organizaciones de mujeres deberían hacer valer los derechos de las mujeres, exigir más protección legal para las mujeres, y acusar las violaciones de derechos contra mujeres, sobre todo en el área de la salud reproductiva. Deben animar a las mujeres a iniciar la acción del reconocimiento de la paternidad y darles asistencia legal. Deberían ampliar su papel como “punto de contacto” y “canal” para la denuncia de violaciones de derechos.
- ❖ Las organizaciones de mujeres deberían denunciar la publicidad discriminadora y sexista.
- ❖ Deberían priorizar su trabajo en la concienciación.
- ❖ Las organizaciones de mujeres y otras ONGs deberían crear “centros de refugio” para las mujeres (“Casa de la Mujer”).
- ❖ Las organizaciones de mujeres y establecimientos sociales deberían iniciar grupos de auto-ayuda para las mujeres afectadas por las esterilizaciones.
- ❖ Las ONGs deberían crear proyectos para la educación sexual integrada. No deberían tratar solamente la prevención de enfermedades venéreas y embarazos, sino también la conducta responsable con la pareja, la paternidad responsable, etc.
- ❖ Las ONGs deberían fomentar los proyectos económicos dirigidos a las mujeres (cooperativas, pequeños talleres artesanos, “bancos de mujeres”, etc.).

Sugerencias para la iglesia católica

- ❖ Los obispos del Perú deberían reconocer expresamente el "derecho a la planificación familiar".
- ❖ Deberían comenzar una conversación sobre los valores básicos con representantes de "buena voluntad" de la sociedad y el Estado y si es posible, tomar la iniciativa.
- ❖ En sus declaraciones deberían fijarse en que se hacen públicas aquellas doctrinas del concilio ("Gaudium et Spes"), según las cuales al acto matrimonial mismo le corresponde dignidad moral, aunque el "fin" primario no sea la procreación.
- ❖ En sus declaraciones deberían subrayar la decisión de conciencia de las parejas en la elección de los métodos de planificación familiar.
- ❖ Deberían aclarar que en sus propios programas la iglesia toma como base los "métodos naturales", pero que adopta una actitud diferenciada, si se trata de la oferta estatal de métodos. Debe admitir que el Estado tiene que considerar la pluralidad de las convicciones religiosas y morales y las ideologías sociales de todos los ciudadanos.
- ❖ Los obispos deberían formar una comisión teológica compuesta pluralmente, que discuta estas preguntas – partiendo de la realidad del Perú – y formule recomendaciones.
- ❖ Las Comisiones Episcopales para Asuntos Familiares, Sociales y de Salud deberían coordinar su trabajo, intercambiar y elaborar opiniones conjuntas.
- ❖ La Conferencia Episcopal no solo debería canalizar los casos de violaciones de derechos en la práctica de la planificación familiar y filtrarlas a los medios de comunicación, sino también hacer las denuncias.
- ❖ Todas las denuncias públicas de las autoridades eclesiásticas, de los obispos individuales y de la Conferencia Episcopal deberían presentar pruebas.
- ❖ En la formación teológica debería repararse que se informe correctamente sobre la sexualidad y los métodos de planificación familiar así como temas sobre derechos humanos.
- ❖ Las declaraciones episcopales deberían cuidarse de no difamar a aquellos ciudadanos que fueron esterilizados – voluntaria o involuntariamente – para que no se sientan excluidos y excomulgados. Los obispos, sacerdotes y religiosas deberían prestar ayuda pastoralmente a aquellos que sufren por esta decisión.
- ❖ La Iglesia debería ofrecer asistencia legal a aquellas personas que sufrieron violaciones de derechos durante las campañas de esterilizaciones, por intermedio de sus establecimientos sociales (Caritas, oficinas de derechos humanos, comisiones sociales, etc.) y canalizar sus denuncias.

- ❖ Debería solicitar a las organizaciones internacionales de ayuda – eventualmente con una ONG – la implementación de un gran proyecto para enseñar y divulgar los métodos naturales, que no solo se dirija a católicos. En este proyecto debería informarse sobre todos los métodos.
- ❖ Debería ofrecer al Estado alternativas practicables para proyectos de “planificación familiar natural” con la exigencia de incorporarlas en los servicios estatales de planificación familiar.
- ❖ Debería ampliar la pastoral de salud de tal manera que genere servicios para la planificación familiar y asesoramiento (formación de promotores, etc.). En estos servicios deberían informarse sobre todos los métodos.
- ❖ En los proyectos eclesiásticos de ayuda y en los proyectos de ONGs católicas no deberían excluir a las mujeres y familias que usan otros métodos que los naturales para la planificación familiar. Lo mismo vale para los colegios católicos: Por razones del respeto a la intimidad y la libertad de conciencia, no debería realizarse un “examen” a los padres para saber si usan y que método de planificación familiar.
- ❖ Igualmente como el Estado no debería usar presión para el uso de determinados métodos, tampoco la iglesia debería usar presión para el uso de los métodos naturales.
- ❖ Debería crear – al menos en las ciudades más grandes – una red de lugares de asesoramiento familiar que ofrezca asesoramiento sexual, asesoramiento sobre violencia familiar, etc.
- ❖ Los proyectos deberían orientarse especialmente en la educación de mujeres.
- ❖ Deberían incluir la educación sexual en los trabajos juveniles.

Recomendaciones para los Medios de Comunicación

- ❖ Los medios de comunicación deberían hacer un seguimiento de todas las denuncias sobre violaciones de derechos en el área de la salud reproductiva y presentarlas públicamente. Sobre todo deberían informar sobre violaciones de derechos en zonas aisladas y dar a conocer el testimonio de los “afectados silenciosos”.
- ❖ Deberían reforzar en sus informes la conciencia sobre los derechos (reproductivos) de las mujeres.
- ❖ Los medios de comunicación deberían rechazar como inmoral la publicidad que sugiere que con menor cantidad de hijos se incrementa el bienestar.
- ❖ Deberían rechazar como inmoral la publicidad que discrimina a las mujeres.

- ❖ En sus reportajes deberían proteger la personalidad de los afectados.
- ❖ Deberían renunciar al reportaje sensacionalista y también informar verazmente sobre las correcciones de las irregularidades para contribuir en forma constructiva a lograr los cambios.
- ❖ No deberían ceder la palabra solamente a los afectados, sino también a los médicos, teólogos, científicos, etc.
- ❖ Deberían discutir no tan solo la actualidad del día sino también cuestiones de principios de la política demográfica y los problemas éticos y cosmo-visuales relacionados.

Sugerencias para las Organizaciones/ Instituciones Internacionales y Gobiernos Extranjeros

- ❖ La Organización Mundial de la Salud debería elaborar normas detalladas (no solo normas generales) para las actividades del sector de la salud reproductiva, considerando especialmente las experiencias sobre abusos en caso de los métodos irreversibles.
- ❖ Debería desarrollar un estándar internacional para el cumplimiento de los derechos humanos sobre las medidas de política demográfica.
- ❖ La Organización Mundial de la Salud debería lograr que se hable sobre las esterilizaciones (voluntarias), ligadura de trompas y vasectomía cuando se toca el tema de los métodos irreversibles. Debería evitarse internacionalmente el concepto de “anticoncepción quirúrgica voluntaria” (AQV).
- ❖ Las instituciones donantes internacionales deberían exigir para la aprobación de los proyectos expresamente el cumplimiento de los derechos humanos.
- ❖ Deberían planificar los proyectos de cooperación internacional de tal manera que se fortalezcan los derechos humanos y los derechos de las mujeres. Esto significaría por ej. que se aprobarían proyectos de planificación familiar solamente cuando éstos incluyan la concienciación de las mujeres, información sobre sus derechos, etc.
- ❖ Debería fijarse si las solicitudes de proyectos sobre salud reproductiva, indiquen directa o indirectamente que la planificación demográfica es considerada como un medio para la lucha contra la pobreza. Debería fomentarse solamente los proyectos de desarrollo que entienden a la salud reproductiva en forma integral y que se orientan en las necesidades reproductivas de la población y no en metas para disminuir el crecimiento de la población.

- ❖ La aprobación de los proyectos de ayuda para el desarrollo no debería ser ligada a los éxitos en la reducción de la tasa de nacimientos y las medidas de la política demográfica.
- ❖ En los contratos de los proyectos debería mencionarse claramente que cualquier uso de los fondos para fines diferentes sería causal para discontinuar la ayuda.
- ❖ Los donantes deberían controlar en forma adecuada – in situ – si los fondos son usados parcial o totalmente para fines extraños, y si el proyecto respectivo limita o anula en alguna forma el ejercicio de los derechos reproductivos.
- ❖ Antes de la aprobación de una solicitud de ayuda deberían informarse sobre las bases legales del respectivo país referente a la salud reproductiva y a la planificación familiar y exigir el cumplimiento de estas leyes en el contrato de la ayuda.
- ❖ Antes de la aprobación de una solicitud de ayuda deberían exigir que los Estados den información detallada sobre lo que hacen para proteger a las mujeres de las medidas abusivas en la planificación familiar, de la discriminación y de la violencia.
- ❖ Antes de la aprobación de una solicitud de ayuda deberían informarse sobre las declaraciones de intenciones del respectivo Estado en las conferencias internacionales (por ej. El Cairo, Pekín, Convención 169 de la Organización Mundial del Trabajo para pueblos indígenas, etc.) y verificar hasta que punto el Estado ha implementado estas declaraciones a la fecha.
- ❖ Deberían fomentar específicamente los proyectos económicos y educativos de las organizaciones de mujeres (proyectos para créditos pequeños, bancos de mujeres, cooperativas de mujeres, etc.).
- ❖ En todos los proyectos sobre salud reproductiva deberían asegurarse que se respeten y hasta que punto se respetan los derechos especialmente de las mujeres pobres y de las indígenas.
- ❖ Deberían fomentar específicamente los proyectos integrales para la salud y la educación (por ej. proyectos que relacionan la planificación familiar con la educación sexual, escuelas para padres de familia, capacitación de promotores en todos los métodos de planificación familiar, etc.).
- ❖ Deberían fomentar proyectos sin obligaciones conceptuales, que tengan como objetivo la enseñanza y la divulgación de los métodos “naturales” en gran escala en áreas no urbanas. (Considerando en este sentido las experiencias con modelos existentes para estos proyectos, como en áreas indígenas en Bolivia y Brasil.)
- ❖ Deberían fomentar específicamente los proyectos para crear lugares de asesoramiento familiar y “Casas de la Mujer”.

- ❖ Las instituciones y organizaciones que acompañan proyectos de política para el desarrollo, que incluyen medidas de salud reproductiva y planificación familiar, deberían elaborar recomendaciones que obliguen a los Estados a respetar los derechos y leyes, especialmente para que cumplan con el estándar internacional de los derechos humanos.
- ❖ Las ONGs internacionales y nacionales que trabajan en el área de la salud reproductiva y la planificación familiar, deberían incluir en la implementación de los proyectos a la población (dirigentes locales de la opinión pública, grupos étnicos, etc.) y respetar su cultura, costumbre y valores.
- ❖ Los proyectos no deberían ser concebidos por metas fijadas “desde arriba”, sino que deberían partir de las necesidades de los respectivos afectados. Antes de la aprobación y ejecución de un proyecto estas metas deberían ser consultadas con los afectados y conjuntamente analizadas, para evitar que el proyecto fracasase desde el comienzo o que no considere las necesidades. (Este riesgo existe sobre todo en grandes proyectos de ayuda bilateral para el desarrollo, que son solicitados por el gobierno beneficiado).
- ❖ En lo posible debería darse preferencia a los solicitantes regionales y locales de proyectos, así como a las ONGs en vez de a las solicitudes de gobiernos.
- ❖ Las organizaciones internacionales (de derechos humanos) deberían reaccionar lo antes posible a todos los indicios y señales de violaciones de derechos (también en las medidas reproductivas), examinarlos – en el lugar – y publicar internacionalmente los resultados. (Esto es especialmente importante, ya que es difícil que las organizaciones de los derechos humanos en los países afectados sean escuchadas a nivel nacional. Frecuentemente las violaciones de los derechos humanos recién se hacen públicas en el respectivo país a través de fuentes extranjeras.)
- ❖ Las organizaciones internacionales (de derechos humanos) que acompañan mediante “monitoreo” a proyectos estatales de planificación familiar en países en desarrollo, deberían buscar los medios y las formas para los estudios, las documentaciones e investigaciones sobre la práctica de las medidas reproductivas en el respectivo país, los mismos que deberían servirles en el asesoramiento de los proyectos de desarrollo multilaterales y bilaterales, estatales y no estatales. Con esta “documentación de pruebas” deberían resaltar a los donantes potenciales los puntos débiles en las solicitudes de proyectos. (Con esto los donantes tendrían también un motivo para poder ejercer cierta presión en los beneficiados para que se respeten los derechos humanos.)

- ❖ Las organizaciones internacionales (de derechos humanos) deberían interconectarse en forma adecuada para encargar conjuntamente estudios, intercambiarlos, establecer bancos de datos y comparar los resultados de sus investigaciones. (Esto también evitaría la duplicidad de investigaciones.) Las investigaciones fundamentales deberían ser traducidas en varios idiomas, sobre todo en el del país investigado y deberían ser entregadas a las instituciones correspondientes en los países beneficiados.

11. Final: Política Demográfica y Derechos Humanos

Partiendo de la experiencia que con medidas estatales de la política demográfica se pueden violar los derechos individuales – especialmente de las mujeres – se instó en la Conferencia de la Población Mundial en El Cairo 1994 a una política demográfica en concordancia con los derechos humanos.

El hecho de que hasta ahora no se presentaran protestas más enérgicas contra las violaciones de derechos en los programas de planificación familiar, tiene sus motivos. Uno se encuentra en la ambivalencia de la política demográfica misma: El Estado planifica medidas, que a primera vista parecen “buenas”: las mujeres y hombres deben aprender a planificar responsablemente su familia – para su propio bien y para el bien de sus hijos – y con el acceso a los diferentes métodos deben poder hacerlo. Deben poder practicar su derecho a la “salud reproductiva” – incluyendo la planificación familiar – y estar liberados del “destino de la suerte”, que su relación amorosa tenga como consecuencia hijos no deseados. Al mismo tiempo la planificación familiar sirve también en beneficio del Estado, si éste no puede cumplir con su deber de proteger a la creciente cantidad de pobres.

Por el otro lado, precisamente estas medidas para la planificación familiar – deseadas por la mayoría de la población y generalmente consideradas como “buenas” - son las que se prestan para los abusos: se convierten en “malas” cuando violan los derechos sociales e individuales de los ciudadanos, especialmente de los miembros más débiles de la sociedad.

Esta discrepancia, sobre todo en un Estado laico, hace difícil para un individuo de reconocer cuando y como estas medidas “buenas” se convierten en malas. En el Perú llama la atención que muchos políticos, médicos, obstetrices y enfermeras insistan siempre en que su actuación era “solamente para el bien” de los pobres, de la sociedad, del Estado. No quieren o no pueden entender que su actuación ayuda al Estado, pero posiblemente perjudica a los pobres, a los cuales quieren ayudar al mismo tiempo.

Lo mismo ocurre en el caso de las instituciones internacionales, desde las Naciones Unidas y las organizaciones internacionales de planificación familiar hasta los gobiernos del “Primer Mundo” que ayudan a la planificación demográfica en países en vías de desarrollo. Se refieren a su responsabilidad global – por la totalidad mundial, la

limitación de las materias primas, etc. el “buen fin” debe justificar los medios, para alcanzar el bien de la comunidad internacional, la meta anhelada de un crecimiento cero de la población mundial en tiempo no lejano. Sin embargo, si la aplicación de los medios no es ligada a las exigencias éticas básicas – por ej. el respeto de los derechos y de la dignidad de las persona – el “buen fin” lleva a consecuencias “malas” para el individuo: es privado de su derecho a la vida, la salud, la libertad. Precisamente para aquellos que ven en sus hijos la esperanza, el futuro, la continuación de su propia vida, las consecuencias son fatales. Esto significa concretamente que: cuando la política demográfica se orienta unilateralmente en las cifras para reducir el crecimiento de la población y coloca los asuntos humanitarios en segundo lugar, éste tiene que generar obligatoriamente violaciones de derechos humanos.

*

El acuerdo de la comunidad internacional sobre un catálogo mínimo de derechos humanos en la Carta de las Naciones Unidas es uno de los logros más grandes de la época moderna. El punto de partida es la exigencia fundamental de una existencia legalmente segura en el Estado. De éste derivan los derechos ciudadanos (como la vida en libertad, igualdad, independencia); están íntimamente ligados con los derechos morales institucionales, que de acuerdo a los conceptos actuales son importante para una existencia humana (por ej. el derecho a la libertad de creencia, matrimonio y familia, educación, lengua materna propia, trabajo, etc.). Estos no son solo “derechos privados”, sino derechos comunitarios, el derecho a la autorrealización en la comunidad. Ya anhelan una “ética mundial”, un consenso fundamental sobre los valores obligatorios, normas definitivas y conductas básicas personales, sin los cuales un orden del mundo terminaría en caos...

¿Quién tiene la responsabilidad para que este consenso fundamental no termine en deliberaciones éticas filosóficas, exigencias y recomendaciones, sino que se convierta en acciones políticas de la comunidad internacional y de cada Estado? ¿Es esta solamente una tarea para las religiones mundiales, las iglesias y las organizaciones internacionales de derechos humanos?

Indudablemente juegan un papel importante para la sensibilización de los Estados, pero también de la población. Deben aclarar que nadie puede delegar la responsabilidad – ni para si mismo ni para la comunidad – que cada uno tiene la responsabilidad por su actuación en relación a la implementación de exigencias éticas por el cumplimiento de los derechos humanos. En caso de violaciones contra los

derechos humanos o cuando se participa en actuaciones ilícitas nadie debe poderse acoger a “órdenes”, “comandos desde arriba”. “*Tenía que hacerlo*”, “*no tenía otra alternativa*” – estas declaraciones de los actores en los procesos de Auschwitz fueron repetidas textualmente por los médicos y obstetrices que han participado en las campañas de esterilizaciones, a pesar que estaban concientes de la cuestionabilidad de sus acciones. Frecuentemente no se sienten culpables personalmente; no existe la conciencia de que han atentado seriamente contra la humanidad y los derechos y dignidad humana; la falta de conciencia de injusticia subjetiva corresponde a la falta de conciencia de injusticia del gobierno, de la “autoridad” que ordenó esta actuación.

*

¿Qué debe, qué puede ocurrir para fortalecer la responsabilidad de cada uno, de los Estados y de la comunidad internacional con miras al cumplimiento de los derechos humanos, para que inicien procesos de aprendizaje a fin de evitar futuras violaciones de derechos humanos en los programas de la política demográfica? Más allá de la multitud de sugerencias que se dirigen a la eliminación de abusos concretos, cabe mencionarse aquí algunos factores, sin los cuales no se puede implementar una política demográfica respetuosa de los derechos humanos.

Fortalecer la democracia y la conciencia del derecho

La condición primordial para que los derechos humanos puedan convertirse en eficientes son participación y colectividad. Todos los ciudadanos de un Estado deben poder decidir su propia historia común, deben tener el mismo derecho de cogestionar el destino de la sociedad para poder convivir en paz en un Estado. Las elecciones libres y la participación de poderes son condiciones elementales para la “colaboración” de los ciudadanos.

En un Estado que se compromete a respetar los derechos humanos, se trata más que de la libertad individual e igualdad ante la ley: se trata del respeto incondicional de la dignidad del otro, que es consecuencia de la igualdad. Las violaciones de los derechos humanos en Estados autoritarios, a veces también patriarcales, son una consecuencia lógica porque el gobierno o la elite política auto-nombrada – no el pueblo – indica las metas políticas. El dominio autoritario no busca el consenso, el compromiso político; las leyes pueden ser dictadas o eliminadas según el criterio de las autoridades; la cogestión de la población dificulta solamente la implementación de las metas. Es justo

lo que el gobierno determina, aunque éste no tenga ningún interés de que surja una conciencia de derecho fuera del marco establecido por él.

En consecuencia: solamente en una democracia funcional se puede implementar una política demográfica que respete los derechos humanos. Es poco probable que se pueda lograr una conciencia de derecho en la población de un Estado no democráticamente establecido.

Pero de lo anterior se deriva también una pregunta sobre la actuación de las organizaciones e instituciones internacionales: ¿Qué democráticas son las indicaciones para la política demográfica, que no se orientan hacia la igualdad de todos, en el respeto de la dignidad humana? ¿Son estas indicaciones, que vienen en forma de conceptos “liberales” “sin prejuicios”, la negada expresión de una ideología autoritaria, paternalista, por ej. la idea de la “anticoncepción quirúrgica voluntaria?” hasta qué punto respetan – por ej. también las organizaciones internacionales de mujeres – la dignidad de las mujeres de otros círculos culturales y formas de pensar, cuando les presentan su propio concepto de emancipación y autodeterminación como ideal y tratan de imponerse? ¿Qué democráticas, que “respetuosas de la dignidad humana” actúan las poderosas organizaciones internacionales para el desarrollo, cuando ligan su ayuda a la implementación de ciertas medidas de política demográfica?

Quien quiere una política demográfica que respeta los derechos humanos tiene que fomentar la democracia y la conciencia del derecho; pero no solo debe exigir a los “otros” el cumplimiento de los derechos humanos, sino tiene que exponerse personalmente a estas preguntas y permitir que le formulan este tipo de preguntas.

Buscar normas para los valores éticos

Referente a los motivos de los abusos en el Perú se mencionó siempre la falta de la formación ética de los médicos. Esto guarda relación con el Estado laicista y el régimen económico neo-liberal, en la cual la “ideología” de una relación de costos-beneficios, pragmáticamente orientada en la eficiencia y la productividad, se convierte en una medida de valores de cualquier actuación – no solo de la economía. El ejemplo del Perú muestra, que – aunque la mayoría de los ciudadanos son bautizados católicos y donde la iglesia tiene un alto aprecio moral – aparentemente ya no se

puede suponer que existe un consenso de valores. La planificación familiar estatal toca los derechos humanos individuales y las normas morales, los valores fundamentales como la familia, el matrimonio, la sexualidad, y la libertad de decisión requieren de bases éticas. La política neo-liberal, la orientación de la formación médica en la perfección técnica sin medidas de valores éticos – sean estas fundamentadas en valores cristianos o humanísticos o que sea – necesariamente deben conducir a las violaciones de los derechos humanos; degradan al individuo, cuya dignidad según el concepto cristiano se origina en su fiel retrato de Dios, a un factor económico, a un número o un factor perturbador en la estructura del mercado.

Quien desea deshacerse de los abusos en las medidas de la política familiar o evitarlos en el futuro, pero solamente denuncia y reclama derechos, está curando solamente los síntomas, si no considera estas preguntas. En los países empobrecidos, en los cuales la actuación y el pensamiento se dirigen prioritariamente a los problemas diarios de sobre-vivencia, a muchos, los debates sobre valores básicos les parecen más bien un lujo. A pesar de esto es urgente que los representantes de “buena voluntad” de la sociedad se sienten en una mesa con aquellos del Estado y la Iglesia, para acordar normas sobre los valores éticos para la actuación médica y estatal en política demográfica.

Los temas para esta discusión sobre valores deben incluir también el examen crítico de las palabras o formulaciones fraudulentas o disimuladas: ¿Qué revelan los conceptos como “Anticoncepción quirúrgica voluntaria” (AQV), “control demográfico” o “control de nacimientos” sobre la imagen humana detrás de estos conceptos y de la comprensión de la democracia? ¿Qué significa, cuando las obstetras y enfermeras, el personal de profesiones vinculadas a la salud son enviados a las zonas rurales para “captar” candidatos/tas de operaciones? ¿Qué concepto de la libertad del individuo tienen aquellos que formulan estas palabras, que toda la gente usa con naturalidad, sin pensar en que imagen de valores expresan?

Si políticos y científicos, médicos y teólogos quieren entenderse sobre valores fundamentales en la política demográfica, hay que despolitizar primero la temática, y los interlocutores tienen que estar dispuestos a respetar la competencia del otro. Un consenso mínimo como punto de partida puede ofrecer la defensa de todos a la vida, a la protección de los más débiles, al bienestar global y al respeto de la dignidad humana, tal como está establecido en la constitución, en los documentos eclesiales y en el juramento hipocrático de los médicos.

Igualmente lo mismo rige a nivel internacional: Las Naciones Unidas y sus organizaciones deben encontrar, con las grandes agencias internacionales para el desarrollo, un consenso sobre las normas de valores universales para una política demográfica, que tenga su origen en el respeto de los derechos humanos; hay que evaluar las declaraciones y conceptos de las organizaciones para el desarrollo con un catálogo de estos valores y si es necesario hacer las correcciones.

Aprender del pasado

Al observar la política demográfica de algunos Estados, pero también de algunas organizaciones para el desarrollo, pareciera que no hubieran aprendido nada del pasado. Para aprender es necesario conocer y analizar el pasado. La "verdad" debe salir a la luz, debe quedar claro lo que realmente pasó. Esto por supuesto no está en el interés de los "actores": después de las correcciones quieren olvidarse del pasado, dejarlo y pasar al orden del día. Psicológicamente es comprensible, porque si la verdad sale a la luz, también se debería hablar de culpas.

Sin embargo, el recuerdo de las víctimas de la injusticia sufrida, un recuerdo que es articulado públicamente, ya representa una parte de la indemnización, contribuye en gran medida a evitar futuras violaciones de derechos. Aquí se encuentra la importancia de las "Comisiones de la Verdad", las cuales dan una contribución para "asimilar el pasado" después de guerras civiles, violaciones masivas de derechos humanos por el Estado, los militares, los grupos paramilitares y de resistencia, que existen actualmente en algunos países (Chile, África del Sur, Guatemala y otros). La primera meta de estas "Comisiones de la Verdad" no es generalmente la formulación de demandas de indemnización o procesos jurídicos; también el listado de las violaciones de derechos es secundario; se trata de ver las violaciones de derechos desde la perspectiva de las víctimas, darles la oportunidad de decir: "*Esto me pasó a mí*", "*Esto lo sufrimos mi familia y yo*."

Cuando esta verdad sale a la luz, se crea conciencia: Ya nadie puede decir: "*No lo sabía*". Una mujer que relata ante la cámara de TV como fue engañada, persuadida o forzada a la esterilización y como sufre de las consecuencias, contribuye más a evitar estas violaciones de derechos que las indicaciones estadísticas de que en un lugar en la sierra fueron esterilizadas 5 ó 10 mujeres contra su voluntad. Los testimonios

personales generan consternación; superan el desinterés, la orientación en problemas propios, que muchas veces son el motivo del desinterés. Las víctimas que provienen quizás de otro nivel, pertenecen a otro grupo étnico y viven “muy lejos”, se acercan, no se dejan “borrar del mapa” con un movimiento de la mano como “atrasados que no me incumben”.

Quien quiere evitar que se repitan las medidas de planificación familiar que violan los derechos humanos, tiene que confrontarse con la verdad, debe ceder la palabra a los silenciosos. Precisamente las organizaciones para el desarrollo, en las cuales existe la comprensión de que – quizás involuntariamente – han contribuido directa o indirectamente a las violaciones de los derechos humanos, deberían financiar generosamente las investigaciones, documentaciones y “Comisiones de la Verdad”, considerando las altas sumas con las cuales han apoyado a los proyectos en los cuales se han violado derechos humanos y dignidad humana. Las organizaciones no gubernamentales y de los derechos humanos, pero también las autoridades eclesiásticas deben documentar y publicar con todos los medios la verdad sobre lo que ocurrió, desde la perspectiva de las víctimas, para que esto “nunca más” ocurra.

"Deberíamos haber gritado"

"Solamente aquél que gritó con los judíos puede también cantar gregoriano", dijo el teólogo evangélico Dietrich Bonhoeffer asesinado por los nacionalsocialistas en una conferencia. Y en su ética escribió: *"(la iglesia) reconoce su pusilanimidad, su divergencia, sus peligrosos compromisos... se quedó silenciosa donde debería haber gritado, porque la sangre de los inocentes gritó hacia el cielo."*

Lo que Bonhoeffer dice sobre la responsabilidad de la iglesia vale para todos los que reconocen la injusticia y mantienen silencio por desinterés, cobardía, por falso espíritu de compromiso, por miedo a conflictos, para proteger sus propios bienes. Ghandi lo expresó similarmente: *"La no-cooperación con el mal es igualmente un deber como la cooperación con el bien."*

De manera que, en relación a la política demográfica y los derechos humanos resulta aplicable para los actores titulares de las medidas de esterilizaciones, los políticos así como los médicos y otros: de negarse a participar directa e indirectamente en las medidas “malas”.

"¿No deberíamos haber gritado desde hace tiempo?" Esta pregunta no debe dejar descansar la conciencia de aquellos que sabían de estas violaciones de derechos, pero que por diferentes motivos se quedaron silenciosos, no las tomaron en serio, no actuaron, a pesar de que hubiera sido posible hacerlo para ellos. Para aquellos que están nacional o internacionalmente en la posición de hacerlo, el "gritar" es una obligación moral: "gritar" por los que no tienen voz, que son mudos o damnificados a callarse..."

También el presente trabajo se entiende como una llamada, un "grito" por las violaciones de derechos humanos en la política demográfica, como una contribución para encontrar la verdad – conjuntamente con sugerencias, que deben contribuir a eliminar a las irregularidades y abusos y evitarlos en el futuro.

*

P.S. Después de terminar las investigaciones en el Perú, escribió Margarita Villanueva, una joven madre soltera, que ayudó a la autora a ordenar el material de archivo: *"creo que nosotros las mujeres en el Perú, en Alemania y en muchos otros países, somos capaces de defender nuestro derecho a la salud... Pero aunque quizá nuestras voces aquí en el Perú sean débiles, la voz de este estudio puede provocar un eco más grande para defender los derechos de las mujeres en el Perú. Gracias!"*

A n e x o

Bibliografía¹⁵⁰

Documentos y materiales

ACTIVIDADES DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA. Informe Final. Comisión de Expertos. Colegio Médico del Perú, 1998. *Informe Final de una Comisión de Expertos del Colegio Médico, que ha investigado las acusaciones sobre los abusos con las esterilizaciones.*

CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y FOMENTO DEL DESARROLLO. Declaración de los obispos alemanes, Bonn 1993.

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA I. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Publ.: Defensoría del Pueblo. Serie Informes Defensoriales N° 7. 2ª Edic. Octubre 1998. *Investigación de la Defensoría del Pueblo con recomendaciones para el Ministerio de Salud.*

COMO MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD EN PAÍSES EN DESARROLLO. Resumen de las Conclusiones del Comité Nacional sobre Población de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, Preparado por el Population Reference Bureau, 1875 Connecticut Av, NW, Suite 520, Washington DC 20009, Estados Unidos. *Sugerencias para mejorar la „salud reproductiva“ después de la Conferencia Mundial sobre la Población en El Cairo, con lista de literatura.*

FECUNDIDAD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA EN EL PERÚ. (Informe Técnico N° 4). Análisis de la Situación de Salud del Perú (ASIS 95). Publ.: Ministerio de Salud, 1996.

GUÍA DE EDUCACIÓN FAMILIAR Y SEXUAL PARA DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA. Primer Grado de Educación Sexual Secundaria. Publ.: Ministerio de Educación, 1998. *Reciente guía para la educación sexual del primer grado de la secundaria.*

¹⁵⁰ Se están seleccionando solamente los documentos, materiales y artículos más importantes accesibles. Una lista detallada de los artículos, folletos y manuscritos usados y mayormente no publicados, cuya copia fue entregada a Justitia et Pax, se encuentra en la versión original de esta investigación. Todas las contribuciones recopiladas fueron entregadas al archivo de Justitia et Pax. Las indicaciones entre paréntesis en algunos materiales – por ej. (A-12) – indican el lugar en donde se encuentra el material archivado en Justitia et Pax.

INDICADORES SOCIALES, POBREZA, MUJER Y NIÑEZ, Curso-Taller Subregional 9 al 18 de Diciembre de 1996. Preparado por la Sub-Jefatura de Estadística. Publ.: Fondo Nacional de las Naciones Unidas (UNICEF); Organización de los Estados Americanos (OEA), Centro Interamericano de Enseñanza de Estadística; Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima Julio 1997. *Cifras, estadísticas sociales (incl. asuntos de la salud) sobre pobreza, mujeres, niños.*

INFORME. ESTERILIZACIONES PRACTICADAS EN EL PERÚ EN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. *Colección de material no publicada de la Comisión de la Familia de la Conferencia Episcopal Peruana con fecha de Enero de 1998.*

LA IDEOLOGÍA DE GÉNERO, SUS PELIGROS Y SUS ALCANCES. Publ.: Comisión ad-hoc de la mujer, Comisión del Apostolado Laical, Conferencia Episcopal Peruana, Abril, 1998. *Librito sobre la discusión de "género" sobre el papel de las "feministas marxistas" en el "control natal".*

LIAGIN, E. AND THE INFORMATION PROJECT FOR AFRICA, INC., "U.S.A.I.D. and Involuntary Sterilization in Peru", 4938 Hampden Lane Nr. 192, Bethesda, Maryland 20814 - USA. *Investigación sobre el papel de la US Agency for International Development (AID) en las medidas de política demográfica en el Perú y en otros países del Tercer Mundo.*

NOSOTROS Y EL SEXO. 24 fascículos. Publ.: APROPO (sin indicaciones bibliográficas) (B-15). *Serie de 24 fascículos sobre la educación sexual como suplemento del periódico El Expreso.*

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS A LAS "GUÍAS DE EDUCACIÓN FAMILIAR Y SEXUAL PARA DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA" publicadas en agosto de 1966" por el Ministerio de Educación". Publ.: Comisión de Familia de la Conferencia Episcopal Peruana, Febrero, 1997. *Librito de la Comisión de Familia analizando y criticando las guías del Ministerio de Educación.*

PLANIFICACIÓN FAMILIAR. 7 fascículos. Publ.: Ministerio de Salud-CARE Perú (sin indicaciones bibliográficas). (B-17). *Siete fascículos ilustrados sobre métodos anticonceptivos.*

POR LA VIDA Y LA SALUD. PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1996 - 2000. Publ.: Ministerio de Salud, Enero 1996.
Explicación programática para el sector salud reproductiva y planificación familiar.

POPULATION REFERENCE BUREAU, "Catálogo de publicaciones de temas de salud reproductiva". (B-9). *Lista de literatura sobre "salud reproductiva", asuntos de mujeres.*

PROPUESTA MÉDICA 1997 - 2000. Diez Lineamientos de Política para una Auténtica Reforma en Salud y Seguridad Social. Publ.: Federación Médica Peruana 1997.

RESUMEN GRAFICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PERÚ. (Informe Técnico Nº 4). Análisis de la Situación de Salud del Perú (ASIS 95). Publ.: Ministerio de Salud, 1996.

TAMAYO, Giulia: "Nada Personal". Anticoncepción Quirúrgica en el Perú. Reporte de Derechos Humanos. Publ. Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de la Mujer (CLADEM). *Manuscrito de un estudio, en el cual se presentan aprox. 250 casos de violaciones de derechos humanos con las medidas de esterilizaciones.*

TAMAYO, Giulia: Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Salud en el Perú. Publ. Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de la Mujer, (CLADEM), CRLP, Centro Flora Tristán. Febrero 1998.
Manuscrito de un estudio, en el cual se investigan las violaciones de derechos humanos de mujeres en el servicio estatal de la salud.

UN HOMBRE Y UNA MUJER QUE SE AMAN DE VERDAD SABEN QUE... Publ. Comisión Episcopal de la Familia. Con Licencia Eclesiástica. 2da. Edición. Julio, 1997. (B-18). *Pequeño cuaderno ilustrando los diferentes métodos anticonceptivos.*

UNICEF-INEI, "La situación de la mujer" Resumen del estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú, Dic. 1996. (A-6).

UN SECTOR SALUD CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD. El Desafío del Cambio del Milenio. Lineamientos de Políticas de Salud del Perú 1995-2000. Publ.: Ministerio de Salud, 1995.

Artículos

PÖNER, Ulrich, Negativa a toda forma de obligación, en: Herder-Korrespondenz, Freiburg, 48. año 1994, fascículo 11, (A-17). *Informe sobre la Conferencia Mundial sobre la Población en El Cairo.*

SCHWARZ, Leo, "A favor de una activa política social y de mujeres" en: Katholische Nachrichten-Agentur, Documentos 2/ Febrero 1997 (KNA - 477/479), pag. 10 - 14. (P-6). *Declaración del obispo Leo Schwarz en un coloquio de la Sociedad Alemana para las Naciones Unidas.*

Abreviaciones (selección)

AID también USAID	U.S. Agency for International Development (Agencia para el Desarrollo Internacional - organización oficial de los Estados Unidos para la ayuda al desarrollo)
APROPO	Apoyo a Programas de Población (ONG)
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
ATLF	Asociación de Trabajo Laico Familiar (ONG ya no existente para la planificación familiar natural)
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BMZ	Ministerio Alemán para la Cooperación Económica y el Desarrollo
CCP	Confederación Campesina del Perú
CEAS	Comisión Episcopal de Acción Social
CEDAW	Convención Internacional sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer
CEPROFARENA	Centro de Promoción Familiar y Regulación Natural (ONG)
CLADEM	Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CLAS	Comités Locales de Administración de Salud
CRLP	Center for Reproductive Law and Policy (centro para el derecho reproductivo y la política)
DEMUS	Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (ONG)
DEPAS	Comisión Episcopal para la Pastoral de Salud
DGVN	Sociedad Alemana para las Naciones Unidas
ENDES	Encuestas Nacionales de Demografía y Salud
ESSALUD	Seguro Social en Salud (Seguro privado social y de enfermedades; desde 1999 seguro sucesor del IPSS)
GTZ	Cooperación Alemana al Desarrollo
ICPD	"Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable (ONG)
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social (ex Seguro Social semi-estatal)
MINSA	Ministerio de Salud

NRO	ONG organización no gubernamental
PLANFAMI o PLANIFAM:	Proyecto Planificación Familiar (ONG)
PROMUDEH ReproSalud	Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (Proyecto sobre la "salud reproductiva" de la ONG Manuela Ramos)
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SOMUC	Secretaría de la Organización de la Mujer Campesina
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para Población
VSC	Voluntary Surgical Contraception (anticonceptivo quirúrgico voluntario)

Lista de los/ las entrevistados/as y fecha de la entrevista

Fecha	Entrevistado/a ¹⁵¹	Función/ Institución, lugar de entrevista ¹⁵²
07.1.	Padre Wolfgang Klock	Comunidad Alemana, Lima
07.1.	Hermana Maria van der Linde	Secretaria Ejecutiva de DEPAS, Comisión Episcopal para la Pastoral de Salud, Lima
08.1.	Dr. Miguel Rodríguez	Ginecólogo, Médico jefe del Hospital de la Aviación Peruana, Lima
09.1.	Pedro Sánchez	Periodista, Director de la "Coordinadora Nacional de Radio", (CNR, organización central de aprox. 70 estaciones de radio – mayormente eclesiásticas), Lima
11.1.	Lic. Leslie Villapolo	Psicóloga social, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Practicada (CAAAP), Lima
12.1.	Violeta Sara-Lafosse	Socióloga, Profesora en la Pontificia Universidad Católica, Lima
12.1.	G. Miguel Huerta Barrón	Abogado, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos DDHH (organización central de aprox. 50 organizaciones regionales de derechos humanos), Lima
13.1.	Wolf Ocker	Director Ejecutivo, Diaconía, Lima, Asociación Evangélica Luterana de Ayuda para el Desarrollo Comunal, Lima
13.1.	Leena Hokkanen	Coordinadora en la Diaconía, Lima
13.1.	César Pantoja Carrera	Abogado en CEAS, Comisión Episcopal de Acción Social, Lima
13.1.	Dr. N.N. ¹⁵³	Médico y cirujano práctico en posición ejecutiva de los servicios del Ministerio de Salud, Lima
14.1.	Giulia Tamayo ¹⁵⁴	Abogada trabaja para el grupo feminista "Flora Tristán", Lima

¹⁵¹ Si en un casillero figuran varios entrevistados, esto significa que se habló simultáneamente con varias personas.

¹⁵² El último lugar mencionado es el lugar en el cual se realizó la entrevista, y no necesariamente es el lugar donde el/la entrevistado ejerce su función.

¹⁵³ Permite una entrevista solamente bajo la condición de no citar su nombre, ya que como médico contratado por el gobierno no puede opinar públicamente, salvo sobre preguntas netamente médicas: „*De lo contrario, arriesgo mi puesto y el de mis colaboradores*“.

¹⁵⁴ Es la única "especialista" para las preguntas discutidas; recibió amenazas, fue varias veces asaltada, la última vez (fines de 1998) robaron en su casa (destrucción de computadora, material de archivos), sin robar bienes de valor, lo que hace sospechar de una „criminalidad política“.

15.1.	Rocío Villanueva Flores	Abogada en la Defensoría del Pueblo, "Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer", Lima
17.1.	Hermana Gisela Reich y otros miembros de su comunidad	Trabajadora social, (Hermanas Misioneras Médicas), Lima-Callao
20.1.	Jorge Guerra	Economista jubilado, jefe del "Comité de Defensa de los Derechos Humanos de la Diócesis de Huacho" Huacho
20.1.	Monseñor Lorenzo León Alvarádo	Obispo de Huacho, Huacho
21.1.	Alicia Rochas	Colaboradora libre del "Comité de Defensa de los Derechos Humanos de la Diócesis de Huacho", desde hace 22 años encargada del trabajo social en el hospital de Huacho, Huacho
21.1.	José Noli	Padre de la parroquia El Divino Maestro, Huacho
21.1.	Domitila Valenzuela	Promotora de salud, parroquia El Divino Maestro, Huacho
21.1.	Cecilia Bazalar	Asistente parroquial, parroquia El Divino Maestro, Huacho
22.1.	Wilfredo Woitschek-Tschork	Padre de Churin, Churin
23.1.	Hermana Luz Marina Mamián y otras hermanas	"Hermanas de la Asunción", encargadas de la catequesis y trabajo con mujeres en Churin, Churin
24.1.	Tomás Quispe y miembros de CEDRUM	Alcalde de Churin y jefe de la ONG CEDRUM (Centro de Desarrollo Rural y Urbano Marginal), Churin
24.1.	Luis Castillo Polo	Caritas Huacho, Churin
25.1.	Dr. Luis Robles Guerrero	Médico directivo del Hospital, Presidente del Directorio de la "Sociedad de Beneficencia Pública de Huacho", Guacho
26.1.	Hermana Genoveva de Saint André	Dominicana de la Sta. Catarina de Siena, trabaja con grupos de mujeres y cocinas comunes en Paramonga, Lima

28.1.	N.N. ¹⁵⁵	Obstetriz, antes en servicios estatales, Lima
29.1.	Obispo Augusto Beuzeville	Vice-Presidente de DEPAS, Lima
30.1.	Dr. José Rueda	Médico práct. proyecto para la formación de „promotores de salud“, educación de salud en

¹⁵⁵ Pide anonimato, ya que entre otros por su crítica de las esterilizaciones había perdido su puesto..

		escuelas, etc., Talavera (Andahuaylas)
30.1.	Obstetrix N.N. ¹⁵⁶	Puesto de Salud de Argama (Andahuaylas)
31.1.	Paciente A. Y Paciente B.	En el consultorio del Dr. Rueda, S. Jerónimo ¹⁵⁷ A. practica regularmente "planificación familiar", recibe regularmente la "inyección de tres meses"; B. practica planificación familiar con Norplant (implante para cinco años)
31.1.	Sebastián Castro Martínez	Catequista, promotor de salud en Tancayllo- Uranmarca
01.2.	Daisy Paredes ¹⁵⁸	Obstetrix en Lliupapuio
01.2.	Roberto Mancaylle Hurtado	Promotor de salud, Presidente comunal en Sipillvay
01.2.	Grupo de 13 mujeres de la comunidad de Sipillvay	Sipillvay
01.2.	Leonarda Rojas Ríos	Desde hace 20 años obstetrix en el hospital estatal en Andahuaylas, Talavera
02.2.	Nancy N. y Julia N. ¹⁵⁹	Enfermeras auxiliares en la posta medica de Kawira
03.2.	Hermana Maria Teresa Ruiz	Enfermera (Dominicana) en hospital estatal Antonio Lorena, Cusco
03.2.	Dr. Vladmir Arregui	Director médic. en el Centro de Salud de Ttio (Centro de Salud, CLAS), Cusco, y colaborador de la ONG CIPA (Centro de Investigación y Promoción Amazónica)

04.2.	Gisela Gründges	Teóloga en el Instituto de Pastoral Andina (IPA), Cusco
04.2.	Giovana Villafuerte	Encargada de asuntos de mujeres en IPA, Cusco
04.2.	Dr. Paul Casafranca Buob	Abogado en la "Defensoría del Pueblo" de Cusco, Cusco
04.2.	Magda Mateos	Directora de AMAUTA (organización de mujeres), Cusco
05.2.	Dr. Darcy Aguirre	Ginecólogo, Hospital Antonio Lorena, Cusco y consultorio privado, Cusco

¹⁵⁶ No se le pidió el nombre, ya que se temía que no daría informaciones en la entrevista.

¹⁵⁷ La autora era „testigo mudo“ en el consultorio; por razones de discreción no se les pidió los nombres.

¹⁵⁸ La conversación se llevó a cabo primero en el auto hacia Sipillvay (ella estaba „tirando dedo“); la obstetrix vino de Lima. Decía que tenía un contrato con el Ministerio de Salud para trabajar en Andahuaylas, de donde iba este día a Lliupapuio para la „planificación familiar“.

¹⁵⁹ No se les preguntó por sus apellidos, ya que se temía que las mujeres no hubieron dado información durante la entrevista.

05.2.	Zelmira Carillo B.	Red de la Promoción de la Mujer, Cusco
07.2.	Fernando Rodríguez y Dr. Isabel de la Barreda Sureda y Livia Tapia Ríos	Vicaría de la Solidaridad, Sicuani; Sociólogo, Caritas Sicuani Abogada, directora de la Vicaría de Solidaridad Sicuani, Profesora, encargada para el „Servicio para la Solución de Conflictos“ en la Vicaría de Sicuani
07.2.	Isabel Suyo Medina	Coordinadora en la Pastoral de Mujeres, desde hace 15 años trabajo con grupos de mujeres, encargada de div. programas radiales, Sicuani
07.2.	Adela Jallo ¹⁶⁰	"Secretaria de Mujeres" en la "Federación de Campesinos" y promotora de un grupo de mujeres, Ercca, (Sicuani)
07.2.	Augusta Tejado	Representante nacional de mujeres en la "Confederación Campesina del Perú" (CCP), ex Regidora, San Pablo
08.2.	Cirila Sabina Arovilca y grupo de mujeres	Secretaría de la Organización de la Mujer Campesina (SOMUC), representante de la juventud, Yauri SOMUC, Yauri
08.2.	Hermana Gladis Manzur y Hermana Carolina Sánchez	Dominicana, psico-pedagoga en Yauri, Yauri Dominicana, trabajadora social en Yauri, Yauri

08.2.	Domitila Pacci Fuentes y Maria del Pilar Chuctaya Arias	Municipalidad de Yauri Directora del "Club de Madres", promotora para derechos humanos, Yauri, Encargada de la Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA), Yauri
08.2.	Padre Fidel Percca	Vicario parroquial, Sicuani
09.2.	Mons. Albano Quinn Wilson	Administrador Apostólico, Obispo de Sicuani
09.2.	Hermana Emiliana Santillana	Orfelinato "Maria Auxiliadora", Orden "Hijas de la Caridad", experiencia con mujeres, trabajo con jóvenes, etc., Ayaviri
10.2.	Dr. Edgardo Rodríguez Gómez y Dra. Rosmiriam Machaca Torreblanca y Salome Arizaca Gutiérrez	Vicaría de la Solidaridad, Ayaviri, Abogada, Vicaría de la Solidaridad, Ayaviri encargada de trabajos educativos, Vicaría Ayaviri Secretaria, asistente social, Vicaría Ayaviri

¹⁶⁰ Pide anonimato; sin embargo fue citada con nombre y foto en el periódico El Comercio (20.12. 1997). Ahora teme por su seguridad, ya que en un congreso de campesinos en Lima había denunciado la esterilización de mujeres en su pueblo y luego fue amanecida; sus denuncias fueron publicadas en los medios de comunicación. Las mujeres, sobre las cuales informó fueron esterilizadas bajo presión y sin la información adecuada.

10.2.	Hermana Margarita Recavarren	Coordinadora del "Programa de Profesionalización Docente" del Instituto Nacional Monterrico Pedagógico, Ayaviri
10.2.	Clemente Condori Espinilla	Coordinador de Laicos en la Prelatura Ayaviri
11.2.	Hermana de Toribia Mamani Betancourt ¹⁶¹	Campesina; a Toribia le colocaron una T de cobre sin su conocimiento, Llalli (Ayaviri)
11.2.	Porfidia Chara	Campesina; a ella le colocaron una T de cobre sin su conocimiento, Llalli (Ayaviri)
11.2.	Padre Hilario Huanca Mamani	Vicario general de la Prelatura Ayaviri, Ayaviri
11.2.	Ángela Chislla Palomino	Coordinadora del trabaja con mujeres en la Prelatura de Ayaviri, Ayaviri
12.2.	Norma Cáceres	ex (y futura) directora de la Vicaría en Ayaviri, ex Regidora, Ayaviri
12.2.	N.N. ¹⁶²	Enfermera, profesora para la instrucción de enfermeras, Puno
13.2.	N.N. ¹⁶³	Periodista, Puno
14.2.	Dr. Luis Zambrano	Padre en Juliaca y Vicarop de la "Vicaría de la Solidaridad" de Puno, Juliaca
14.2.	N.N. ¹⁶⁴	Voluntariamente esterilizada; Promotora para planificación familiar en una organización no gubernamental, Juliaca
15.2.	Dra. Obdulia Polar Ponce	Coordinadora regional para las Aymaras en ReproSalud (Proyecto para la salud reproductiva de la organización de mujeres "Manuela Ramos), Puno
15.2.	Yolanda N.N. ¹⁶⁵	Obstetriz, ReproSalud (antes en servicio estatal)
15.2.	Prof. Juan U. de la Riva Bermejo	Profesor, Director administrativo de PLANFAMI, Puno
16.2.	Dr. Luis Eloy Enriquez Lencinas	Ginecólogo, "Director General" del Ministerio de Salud para la región Puno, Puno
16.2.	Dr. Amilcar Vargas	Epidemiólogo, encargado del proyecto de las „Brigadas de Salud“ en el Ministerio de Salud de

¹⁶¹ A la entrevista vino la hermana de la afectada, a la cual no se le pidió su nombre ya que parecía desconfiada; según su declaración el estado de salud de su hermano no le había permitido venir.

¹⁶² Pido anonimato, ya que está en servicio público.

¹⁶³ Pide anonimato, ya que había perdido su puesto de trabajo debido a su actitud crítica (no tan solo sobre la „planificación familiar“).

¹⁶⁴ No se pidió el nombre, la conversación resultó después de la misa en la comunidad "Pueblo de Dios".

¹⁶⁵ No se le pidió su apellido, ya que se temía que no daría más información en la entrevista, o que no estaba autorizada de dar información.

		Puno, Puno
16.2.	Dr. Cristóbal Yugra Villanueva	Abogado de la Vicaría de la Solidaridad Juli, Puno
16.2.	Hilda Valenzuela	Obstetriz, Secretaria en la Vicaría de la Solidaridad de Puno, Puno
16.2.	Dr. Edgar Cotacallapa Gutiérrez	Médico, director administrativo del proyecto "Plan 2000", para servicios de salud del Ministerio de Salud de Puno, Puno
17.2.	Dr. Pedro Valero Gallegos	Coordinador regional para el "Programa de Administración de Acuerdos de Gestión" (PAAG), Puno
17.2.	Lic. Gustavo Quilca Lovatón	Administración regional de CARE, Puno
18.2.	N.N. ¹⁶⁶	Enfermera en la Amazonía (entrevista durante el encuentro nacional de la pastoral de salud en Lima)
18.2.	Hermana Maria Rosa Pérez y José Alvez Ricopa y Lic. Ana Soplin García	Enfermera, Parroquia Sta. Rita, Iquitos (Amazonía) Promotor de salud (Parroquia Sta. Rita) Enfermera (Parroquia Sta. Rita); todas las entrevistas durante el encuentro nacional de la pastoral de salud en Lima

18.2.	Hermana Elsa Bermejo	Trabajo comunal en Tambobamba, clínica parroquial, (Hermanas Misioneras Franciscanas del Sagrado Corazón), entrevista durante el encuentro nacional de la pastoral de salud en Lima
20.2.	Maria Teresa Torres Morales	Economista con especialización en asuntos demográficos, estudiante de psicología, Lima
22.2.	Dr. Joachim Roth	Representante de la Fundación Konrad-Adenauer, Lima
22.2.	Padre Pablo Schuler y Padre José Castillo	ex cura en Cusco, Cura en la comunidad alemana (conversación en la comunidad alemana en Lima)
23.2.	Dr. Ángeles Matesanz	Representante de "Médicos del Mundo" en Peru, Lima
24.2.	Maria Borja Bazalar Alícia Armye Mejía	Promotora de salud en Paramonga (PRODESA) Promotora de salud en la zona marginal de "Alto Peru Manacaná", Paramonga
24.2.	Diana Barsanti	Profesora de arte, autora de un programa radial

¹⁶⁶ Pide anonimato, teme la expulsión (en caso de declaraciones críticas sobre la salud pública), tampoco debe mencionarse el lugar, ya que con éste sería fácilmente identificable.

		semanal, Paramonga
24.2.	Fortuna Cárdenas	Grupo de mujeres Paramonga (experiencias con campañas de esterilizaciones en su pueblo de origen Raquina), Paramonga
24.2.	Cristina Cruz y Nelly Salazar	Miembro de una cocina común en Paramonga Miembro de una cocina común (fue esterilizada bajo presión), Paramonga
26.2.	Carmen Lora de Ames ¹⁶⁷	Psicopedagoga, Lima
02.3.	Dr. Max Cárdenas Díaz	Médico, Decano del "Colegio Médico del Perú" Lima
08.3.	Obispo Luis Bambarén Gastelumendi S.J.	Presidente de la Conferencia Episcopal Peruana, obispo de Chimbote, Lima
08.3.	Bertha Canales de Rodríguez	Secretaria Ejecutiva de la Comisión Episcopal para la Pastoral de la Familia, Lima
08.3.	Julio Zavala Rodríguez	Consultor Asistente bei APROPO (Apoyo a Programas de Población), Lima
08.3.	Trixi Vargas Vásquez	Psicóloga, coordinadora para el servicio de asesoramiento; consultorio telefónico para planificación familiar y asuntos sexuales en APROPO, Lima

09.3.	Lucién O. Chauvin y Elsa Chanduvi Jaña	Periodista, Editor Asociado de Noticias Aliadas, Latinamerican Press Periodista, directora de redacción, encargada de asuntos de mujeres en Noticias Aliadas, Lima
09.3.	Dr. Hermes Vallejos	Médico, especialista para Salud Pública, desde hace 20 años miembro de la Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
09.3.	Ana Alcántara	Psicóloga, desde hace 15 años trabajando como consultora para planificación familiar en el Instituto Peruano de Paternidad Responsable, INPPARES, Lima
10.3.	Mario Ríos Barrientos	Abogado, Prof. para Salud Pública en la Universidad Caetano Heredia; Maestría en Salud Pública; escribe un trabajo sobre la "declaración de consentimiento informado", Lima
10.3.	Dr. Higienio Galindo	Médico pract., especialista para Salud Pública y 15

¹⁶⁷ Trabaja en el Instituto Bartolomé de Las Casas y en el Centro de Estudios y Publicaciones (CEP); dice que en su función no se siente autorizada de contestar preguntas relacionadas con la planificación demográfica.

		años de experiencia como médico en la zona marginal de Villa el Salvador, proyecto de salud pública de CARE, Lima
11.3.	María Esther Mogollón Ch.	Periodista libre, co-fundadora del Movimiento Amplio de Mujeres (unión de diversas asociaciones de mujeres; defiende los derechos de las mujeres y la concienciación), Lima
12.3.	N.N. ¹⁶⁸	USAID (United States Agency for International Development), Lima
20.3.	Marieta Menacho Torre Sandra Horno Vera	Trabajadoras sociales (ambas trabajan por años en la Asociación de Trabajo Laico Familiar (ATLF), proyecto para la planificación familiar con „métodos naturales“, desaparecido en 1997, Lima
23.3.	María Isabel Rosas Bellinas	Abogada en DEMUS (Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer), asesoramiento para mujeres en asuntos legales, Lima
24.3.	Lic. Susana Galdos Silva	Coordinadora Técnica de ReproSalud en "Manuela Ramos" (organización de mujeres), Lima
25.3.	Lic. Zaida Zagaceta Guevara	Decana del "Colegio de Obstetrices del Perú", Consejo Nacional, Lima
30.3.	Lic. Ivonne Macassi León	Abogada, Directora de "Flora Tristán", (Centro de la Mujer), Lima
31.3.	Dr. Jorge Parra Vergara	Médico, Director del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en el Ministerio de Salud, Lima
12.4.	Dr. Michael Zink	Ministerio Federal de Cooperación Económica, Bonn (por teléfono)
19.4.	Peter Luhmann	Director de la central peruana de la Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Lima
21.4.	Dr. Ingolf Dietrich	Encargado de la Cooperación Económica en la Embajada Alemana, Lima (por teléfono),
24.4.	Ramiro Escobar	Periodista de la revista "Caretas", está preparando un artículo sobre el tema de esterilizaciones, Lima

¹⁶⁸ Insiste en no mencionar su nombre; que esto no era una „entrevista autorizada“, y que debe considerarla solamente como su opinión personal y como información básica.