Capítulo 3 - Estableciendo el contexto: Estado Peruano y Poder

Resumen

En este documento podrás encontrar información sobre el contexto peruano, conectando el conflicto armado interno con la elección de Fujimori como presidente y los cambios neoliberales en la economía peruana. Además de cómo se implementó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

Esta traducción y resumen se ha realizado en base a la tesis de maestría de The Stories of the Forced Sterilizations in Peru: The Power of Women's Voices.

Para citar, se sugiere ir al documento original:
Flores, M. (2019) *The Stories of the Forced Sterilizations in Peru: The Power of Women's Voices* [Tesis de maestría, Universidad de Ottawa] http://dx.doi.org/10.20381/ruor-23774

Traducción y resumen:
Anayelli Cobeñas
Marieliv Flores

Autora[1]:
Marieliv Flores

Estableciendo el contexto: Estado Peruano y Poder

En este capítulo, menciono las relaciones entre el Estado y el poder que tiene, para entender cómo la implementación de un programa estaba enfocado en la esterilización de ciertas mujeres en Perú y, especialmente, cómo las mujeres identificaron la fuerza usada en contra de ellas. Todo esto relacionado con la noción de biopoder.

Contexto peruano

En 1980 y a inicios de 1990, las fuerzas de la seguridad del Perú luchaban con dos movimientos guerrilleros insurgentes: Sendero Luminoso y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA) (Sánchez, 2011). Desde sus inicios, los dos grupos fueron etiquetados como criminales y la fuerza fue considerada la única respuesta.

---

[1] La autora agradece el gran trabajo realizado de manera voluntaria y colaborativa a quienes tradujeron y resumieron este documento. Con este esfuerzo estamos aportando a que más personas puedan conocer sobre la lucha de justicia de quienes fueron forzadas en contra de su voluntad.

El conflicto armado interno de Perú fue en gran medida ideológico. “Ambos, MRTA y Sendero Luminoso tenían como fin tomar control del país, instalando a sus líderes como gobernantes. Cada grupo seguía una ideología diferente: el MRTA era Comunista/Marxista, mientras que Sendero fue originalmente descrito como Maoísta” (Sánchez, 2011, p.518).

La mayoría de las víctimas, de la violencia generada por estos movimientos guerrilleros, fueron agricultores y autoridades locales, no miembros de la élite política y económica del país (Isla, 2008). Desafortunadamente, de acuerdo al reporte final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), hubo aproximadamente 70 000 personas asesinadas, desde 1980 al 2000, por grupos terroristas y la fuerza militar del gobierno (2003). Además, se estima $24 billones en destrucción de infraestructura y pérdida de producción, con cerca de un millón de peruanos desplazados y un igual número de emigrantes al exterior (CVR, 2003; Palmer, 2012).

Es importante entender que el conflicto armado interno en Perú estuvo concentrado en las regiones más pobres, donde las personas en condiciones de exclusión, que eran consideradas ciudadanos de segunda clase por el Estado, vivían sin representación política y económica en el poder central. Esencialmente, este conflicto, tuvo consecuencias políticas y económicas para las personas en áreas marginales, de forma específica aquellos que vivián en el sur de los andes del Perú, haciendo un blanco de violencia a agricultores indígenas y rurales (Sánchez, 2011).

Fujimori: el cambio de juego.

En julio de 1990, Fujimori fue electo el nuevo Presidente del Perú. Él instituyó un número de medidas drásticas durante el primer mes en el poder. Más específicamente, incluyó “un programa de choque económico que terminó con los subsidios del gobierno y la impresión indiscriminada de la moneda, el restablecimiento de los pagos regulares de la deuda externa, una nueva agencia de recaudación de impuestos, la liberalización económica e incentivos financieros por una única vez para miembros de la burocracia gubernamental con la finalidad de que se retiren" (Iguíñiz, 2000, p. 30). Al mismo tiempo, el Presidente Fujimori inició una agenda frenética de visitas en todoe l Perú (Iguñíz, 2000). Al hacerlo, quería crear un sentido de conexión entre las/los peruanas/os comunes y la persona más importante del país: el Presidente, que sería su salvador. De esa manera, todos podían sentir que sus decisiones no estaban en contra de ellos, sino que estaban diseñadas para crear nuevas oportunidades de éxito.

Con el fin de explorar y entender la aceptación y soporte recibido por Fujimori, es importante reconocer su interacción con diferentes grupos de la población. Su imagen estaba basada en la idea que pertenecía al pueblo. Conectó, rápidamente con la población a través de sus cortos discursos públicos, su estilo plano de hablar, sus gestos e incluso por su ropa (solía usar jeans y camisetas deportivas, mientras que otros candidatos se vestían formalmente),y bailaba la música de las comunidades que visitaba (Oliart, 2012)

Tomando ventaja del contexto de violencia del conflicto armado interno, su carisma y desdén por los partidos y procedimientos democráticos, Fujimori dio un autogolpe de Estado en abril de 1992. Suspendió la constitución, censuró los medios de comunicación y la fuerza militar le ayudó a disolver el Congreso Nacional, hasta que las organizaciones

internacionales le obligaron a restablecer la democracia formal. Sin embargo, el apoyo nacional al autogolpe de Estado fue superior al 70% y para entonces ya había aprobado una nueva constitución que le permitía seguir en el poder (Ewig, 2010/ 2012; Getgen, 2009; Iguíñiz, 2000; Vargas, 2006). No fue sino hasta que la atención se centró en el gobierno, debido al autogolpe de Estado y a la tercera vez que Fujimori trató de prolongar su régimen en 2000, que la comunidad internacional intervino. Naturalmente, las pruebas de sus actos de corrupción eran indiscutibles y el régimen de Fujimori se derrumbó en el 2000 (Isla, 2008).

Nuevas políticas neoliberales para el sistema de salud.

Con la implementación de una perspectiva neoliberal durante el gobierno de Fujimori se generó diferentes y severos cambios en el sistema de salud de Perú. Considero que estas decisiones se basaron en los beneficios económicos para el país en lugar de proteger y mejorar la calidad de vida de las/los peruanas/os (Rousseau, 2007).

De esta manera, el nuevo sistema de salud pública no se construyó sobre la idea de que todas/os las/os ciudadanas/os tienen derecho a la salud, sino que se basó en acciones verticales y autoritarias que reflejaban las actitudes de las elites hacia los pobres, los no blancos y las mujeres. Es importante señalar que las mujeres indígenas y las mujeres en condición de pobreza "se consideraban un grupo que debía ser limitado en nombre del desarrollo económico y social de la nación" (Ewig, 2010/2012, pág. 74). Por lo tanto, el Estado tenía que controlar sus cuerpos y regular sus aptitudes y deseos maternos para que el nuevo y mejorado sistema de salud pública peruano pudiera funcionar. En definitiva, las mujeres eran consideradas, por un lado, como sustanciales para el desarrollo de la sociedad porque eran vistas como productoras de la futura fuerza de trabajo, pero por otro lado, constituían una amenaza para el crecimiento económico debido a su imparable fertilidad.

Además, el ex Presidente Fujimori se apropió del discurso basado en los derechos para mejorar su reputación internacional, especialmente después de su autogolpe de Estado, mientras mantenía engañosamente las mismas políticas demográficas malthusianas básicas. Fue el único jefe de Estado varón que habló en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas en Beijing, donde apoyó los derechos reproductivos de la mujer (Ballón, 2014; Lerner, 2011).

No es casualidad que antes de la Conferencia de Beijing (alrededor de septiembre de 1995), el Congreso dominado por el partido de Fujimori aprobara la legalización de la "anticoncepción quirúrgica voluntaria", que hasta ese momento era ilegal en el Perú (Lizarzaburu, 2015). A pesar de la oposición, el Gobierno amplió el acceso a los servicios de anticoncepción prestados por el Estado, incluidas las vasectomías y las Ligaduras de Trompas (LT) "voluntarias". Teniendo en cuenta esta información, no fue una sorpresa que el Gobierno implementara formalmente el PNSRPF 1996-2000.

Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF)

La ruta de la planificación familiar en el Perú.

En América Latina durante el siglo XX, la regulación sobre fertilidad era un tema importante y estrechamente relacionado con el desarrollo en la región. En ese momento, la élite médica académica argumentó que el crecimiento de la población indígena necesitaba ser controlado para que puedan civilizarse y convertirse en parte de la idea de progreso nacional (Necochea, 2014).

En este contexto, en Perú, el 28 de julio de 1990, se implementó el Programa Nacional de Población 1991-1995. Este programa estableció nuevas pautas de política demográfica, así como nuevos métodos para lograr los objetivos que propuso y, lo más importante, recibía todo el apoyo de la Comisión Interministerial para Asuntos Económicos y Financieros del Perú (Subcomisión investigadora AQV, 2002).

En ese momento, el diagnóstico demográfico del Comité Técnico Sectorial demostró una relación negativa entre el crecimiento de la población y el crecimiento económico. En base a esta suposición, el Programa Nacional de Población estableció estrategias y métodos restrictivos para el control de la población. Además, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) actuó como Secretaría Técnica del programa, en coordinación con el Consejo Nacional de Población. Como muchos ya han discutido, UNFPA tenía un historial de apoyo al control de la población en los países en desarrollo (Subcomisión investigadora AQV, 2002).

En ese escenario, las actividades del Programa Nacional de Población se centraron en el comportamiento sexual de las personas clasificadas como de alto riesgo, ya que la alta fertilidad en sí misma estaba relacionada con altas tasas de enfermedad y muerte, que debían regularse a través del "Programa de Salud Reproductiva" (Subcomisión investigadora AQV, 2002).

Es así que en 1991, el presidente estableció el "Año de Austeridad y Planificación Familiar". El objetivo demográfico para el período 1990-1995 era reducir el crecimiento de la población a una tasa anual de no más del 2%, así como una tasa de fertilidad global de 3.3 niñas/os por mujer.

Luego, en 1992, se declaró que la década de 1990 sería la "Década de la planificación familiar" (Rousseau, 2007). Este fue también el año en que se implementó el Programa Nacional de Atención de Salud Reproductiva Familiar 1992-1995 con el objetivo de contribuir a la disminución de la fertilidad, en armonía con la libre decisión de la población sobre el tamaño de sus familias y el intervalo entre cada hijo/hija (Ministerio de Salud, 1992).

Ayuda internacional.

Las estrategias de reforma de salud defendidas por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Mundial de la Salud en la década de 1990 se guiaron por premisas neoliberales básicas. Sus decisiones se basaron en el análisis de costo-beneficio para determinar las prioridades de salud, control de costos, incentivos para una mayor participación del sector privado y una gestión pública más eficiente. Esto significaba que la forma en que la población estaba creciendo en el Sur Global no contribuía al mercado libre, en teoría porque los países se estaban enfocando en crear políticas nacionales para ayudar a sus ciudadanos. Al mismo tiempo, se creía que si el crecimiento

no se detenía, las materias primas para la alimentación no serían suficientes para todas las personas (Wilson, 2015).

En el contexto político de 1995 Fujimori, en teoría, por un lado, lideró un régimen democrático, que era un requisito para la ayuda internacional y, por otro lado, tenía el control de la legislatura. Todo esto resultó en reformas audaces que en realidad no requirieron aprobación porque él ya tenía el poder suficiente para ejecutar sus planes, como los implementados en el campo de la planificación familiar (Rousseau, 2007).

¿De dónde provino el dinero?

Después de la conferencia de El Cairo en 1994, aumentaron los préstamos para el control de la población; el Banco Mundial informó que había prestado casi $1 mil millones de dólares en apoyo de los objetivos de población y salud reproductiva (Mosher, 2008). Los programas antinatalistas se extendieron rápidamente, especialmente debido al trabajo grupal de organizaciones internacionales, como USAID y UNFPA, Estados Unidos y el creciente número de países desarrollados que querían participar para alcanzar sus objetivos económicos (Mosher, 2008).

Según Liagin, los documentos internos de USAID revelaron que en 1993, Estados Unidos estaba a cargo del Sistema Nacional de Salud del Perú, como parte del acuerdo bilateral entre Perú y Estados Unidos (desde 1993 hasta 2000). Con esto, podemos decir que USAID estuvo a cargo del sistema de atención médico antes y durante la implementación de PNSRPF, donde se ejecutaron las Esterilizaciones Forzadas (EF), y que EE. UU. a través de USAID fue responsable de la financiación del programa, su progreso, la capacitación del personal de atención médica, los objetivos establecidos y el plan de monitoreo (Subcomisión investigadora AQV, 2002).

Sin embargo, es importante aclarar que cuando las quejas sobre las EF llegaron al Congreso de los EE. UU., USAID eliminó su contribución económica por un período de tiempo. En ese momento, el presidente Fujimori buscó otras fuentes de financiamiento, como la Fundación Nippon. Por lo tanto, el Ministerio de Salud organizó un proyecto específico para llevar a cabo acciones de esterilización en comunidades nativas de la selva del Perú, bajo los auspicios de los servicios de Salud Integral, con el objetivo de disminuir las tasas de fertilidad. Como resultado, extinguieron a más de diez grupos indígenas de la Amazonía (Subcomisión investigadora AQV, 2002).

Consentimiento: ¿Las mujeres "aceptaron" la LT?

Según los testimonios, puedo argumentar que el personal médico utilizó diferentes técnicas para contactar y brindar información insuficiente para que las mujeres pudieran aceptar (no tomar) una decisión, esto se explicará en el próximo capítulo. Existen diferentes escenarios e historias, pero la forma en que el personal médico las trató fue muy similar. Parece que no querían que las mujeres entendieran qué era una LT, no querían que las mujeres tuvieran la información completa. Además, el desequilibrio de poder entre el médico tradicionalmente masculino y la paciente también lleva información sobre la clase, el origen étnico y las ideas de desarrollo que influyen en la dinámica de poder entre ambos (Sifris, 2016).

En este punto, es importante resaltar que hubo una "cadena de estímulo" entre el gobierno, el Personal de Salud (PS) y las mujeres. Hay evidencia de que, en algunos casos, PS recibieron incentivos para realizar LT, como: comida, viajes o reconocimiento especial. Además, también fueron amenazados con despidos si no lograban cuotas mensuales de LT (Subcomisión investigadora AQV, 2002). Por otro lado, PS a veces ofrecía alimentos a las mujeres o sus parejas a cambio de la LT; en otros casos, los PS les intimidaban diciéndoles que no podrían pagar los alimentos y la educación de sus hijos (Subcomisión investigadora AQV , 2002).

Decisiones forzadas. La solicitud de consentimiento siempre debe incluir factores culturales y demográficos para obtener una respuesta verdaderamente informada de las mujeres. En el caso de Perú y el PNSRPF, se debería haber preparado diferentes tipos de consentimiento y diferentes formas de explicar todo el proceso de LT, de acuerdo con los contextos sociales y culturales (Paz y Blair, 2006).

> *Una vez que conoció mi casa, venían, venían las enfermeras y yo al último dije: pero estos doctores, estas enfermeras a cada rato van a estar viniendo. Ya pues, qué voy hacer, voy a ir y quizás, más adelante, tenga más hijos y no poder hacerlos estudiar, no podré quizás mantener a mis hijos y me animé, pues. (Rosa, Septiembre 22, 2018).*

Algunas mujeres no saben cómo su firma terminó en el formulario de consentimiento para la LT, porque no lo hicieron. Otras, que firmaron, se sintieron culpables y avergonzadas, incluso cuando fueron obligadas a hacerlo. En ese momento, ellas sintieron que era su responsabilidad entender cuáles eran las consecuencias de la LT, que no podrían tener más hijos y que experimentarían dolor.

> *Pero yo le digo [a la enfermera], no he dado mi consentimiento y me dice pero todo está bien, tú te sientes bien. Y yo recuerdo, lo que sí recuerdo y nunca me voy a olvidar, que estaba muy mareada, me sentía mareada, recién estaba despertando. Entonces, sí me dijeron, tú tienes que firmar este papelito, que tú estás bien, porque estás bien. Cómo te llamas, te sientes bien, te duele algo? No, no, no, no. Entonces, yo la verdad digamos que hasta ese entonces yo era muy, yo era muy ignorante en muchas cosas y una de ellas era eso. Entonces, yo he firmado un papel, no sé qué papel firmé, nunca leí, nunca supe, solamente era la voz del médico, porque en ese momento ya era doctor el que estaba a mi costado, era un doctor y me hizo firmar un papel. (Ana, Noviembre 1, 2018)*

En este testimonio, Ana describe cómo fue obligada a firmar el consentimiento después del procedimiento LT. Ella no sabía de qué se trataba el documento, solo siguió las instrucciones del médico, justo después de despertarse de la anestesia.

En todos los escenarios, está claro que las mujeres no tuvieron la oportunidad de rechazar la LT (CLADEM, 1999). Al mismo tiempo, es importante notar que cuando los PS no le explican al paciente todos los riesgos del procedimiento, se clasifica como negligencia (Curran, n.d.). Con todo esto, el Estado peruano no garantizó el derecho a la información y el libre albedrío de las mujeres y no las protegió de la violencia y la discriminación por motivos

de género, raza, etnia e idioma. *"(…) los doctores hicieron una mala práctica con nosotras, porque ellos recibieron un bono por cada mujer esterilizadas, entonces ellos vieron el valor comercial de esto, pisoteando nuestros derechos humanos". (Carmen, September 30, 2018).*

Bibliografía

Ballón, A. (2014). *Memorias del caso peruano de esterilización forzada.* Lima: Biblioteca Nacional del Peru. Retrieved from https://www.academia.edu/37537715/Memorias_del_Caso_Peruano_de_Esterilizaci%C3%B3n_Forzada

Ewig, C. (2010/2012). *Neoliberalismo de la segunda ola: género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: IEP Instituto de Estudios Peruanos.

Getgen, J. E. (2009). Untold truths: The exclusion of enforced sterilization from the Peruvian Truth Commission's Final Report. *Boston College Third World Law Review, 29*(1).

Iguíñiz, J. (2000) "La estratégia económica del gobierno de Fujimori: Una visión global," in J. Crabtree and J. Thomas (eds.) *El Perú de Fujimori*, Lima: Universidad del Pacífico y el Instituto de Estudios Peruanos, pp. 15–43.

Isla, A. (2008). Peruvian Truth and Reconciliation Commission: A Summary of the Final Report and an Epilogue. *Canadian Woman Studies; Downsview*, *27*(1), 40- 44,88.

Lerner, A. L. E. (2011). Las polémicas mediáticas en la campaña de esterilizaciones masivas en el Perú de Fujimori (1994-1998).

Lizarzaburu, J. (2015). Forced sterilisation haunts Peruvian women decades. Retrieved November 11, 2018, from https://www.bbc.com/news/world-latin-america-34855804

Mosher, S. (2008). *Population control: Real costs, illusory benefits*. Somerset, UNITED STATES: Transaction Publishers. Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com/lib/ottawa/detail.action?docID=3410706

Necochea, R. (2014). *A history of family planning in twentieth-century Peru*. The University of North Carolina Press. Retrieved from https://muse.jhu.edu/book/35169

Oliart, P. (2012). Alberto Fujimori: The man Peru needed? In S. J. Stern (Ed.), *Shining and Other Paths* (pp. 411–424). Duke University Press. https://doi.org/10.1215/9780822398059-018

Palmer, D. S. (2012). Overcoming terrorism in Peru without negotiation or reconciliation: David Scott Palmer, 16.

Rousseau, S. (2007). Reproductive health policies in Peru: Social reforms and citizenship Rights. *Estudos Feministas; Florianopolis*, *15*(2). http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1590/S0104-026X2007000200003

Sanchez, A. (2011). Give war a chance revisited – The price to pay: The military and terrorism in Peru. *Defence Studies*, *11*(3), 517–540. https://doi.org/10.1080/14702436.2011.630178

Sifris, R. (2016). The involuntary sterilisation of marginalised women: power, discrimination, and intersectionality. *Griffith Law Review*, *25*(1), 45–70. https://doi.org/10.1080/10383441.2016.1179838

Subcomision investigadora de personas e instituciones involucradas en las acciones de anticoncepcion quirurgica voluntaria (AQV). (2002). *Informe final sobre la aplicación de la acticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) en los años 1990- 2000* (p. 109). Lima: Congreso de Peru.

Vargas, J. R. N., & Granados, J. P. A. (2016). Fracture of the surgery table prior to perform a tubal ligation on a patient. *Case Reports*, *2*(1), 1–6.

Wilson, K. (2015). Towards a radical re-appropriation: Gender, development and neoliberal feminism: Debate: gender, development and neoliberal feminism. *Development and Change*, *46*(4), 803–832. https://doi.org/10.1111/dech.12176