



**LA BÚSQUEDA DE DESARROLLO
ECONÓMICO DISFRAZADO DE RESPETO A LA
AUTONOMÍA DE LA MUJER EN EL CASO DE
LAS ESTERILIZACIONES FORZADAS**

Jessy Pamela Vergara Rodríguez



RESUMEN

En el presente texto trata acerca de la esterilización quirúrgica como método de planificación adoptado en el periodo de Alberto Fujimori. Se describe sus regulaciones, que impacto social tuvo, cuál fue su aplicación real frente a la que refería el gobierno. Se mostraron testimonios tanto de pacientes como de personal técnico y documentos para demostrar la existencia de violación de derechos de las pacientes, se presentó el caso de la señora Mestanza Chávez, quien fue víctima de esa política y su caso llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. En ese sentido, se informa también sobre los problemas que tuvo esta política en el ámbito nacional, dentro de ello se demuestra que la justificación que tuvo el programa no fue respetar el derecho de la autonomía de la mujer, sino que su objetivo era lograr el desarrollo económico, sin importar los derechos de las mujeres andinas, a quienes iba dirigido el programa.



INDICE

A. INTRODUCCIÓN.....	6
B. PRIMER CAPÍTULO: La inclusión de la esterilización quirúrgica como método de planificación familiar en el gobierno de Fujimori.....	8
1. Planificación familiar	9
1.1 Definición de planificación familiar.....	9
1.1.1 Según la Organización Mundial de la Salud	9
1.1.2 Según el Ministerio de Salud en el Perú.....	9
1.2 Objetivos, tipos y métodos de planificación familiar.....	9
1.3 Las esterilizaciones quirúrgicas voluntarias.....	11
1.3.1 Concepto de esterilización quirúrgica.....	11
1.3.2 Concepto de la esterilización quirúrgica voluntaria como método anticonceptivo en la planificación familiar.....	11
1.3.3 ¿Qué derechos serían afectados por la esterilización quirúrgica forzada y de manera serían vulnerados estos? Derechos sexuales y reproductivos, consentimiento informado, igualdad ante la ley, la libertad individual, de conciencia y de religión, a la atención post-quirúrgica, entre otros	11
2. Legislación peruana	14
2.1 Antecedentes legislativos en el Perú sobre de planificación familiar.....	14
2.1.1 Ley de política nacional de población: Decreto Legislativo N° 346	15
2.1.2 Otras normas que regulan la planificación familiar.....	15
2.2 Contexto histórico entre 1990 y 2000.....	15
2.2.1 Informe anual sobre la situación de los derechos humanos en el Perú según La Coordinadora de Derechos Humanos (CNDDHH) en el año 1995.....	15
2.2.2 Situación del sector salud, económico y social en el Perú en 1995.....	16
2.3 Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1990-2000..	17
2.3.1 Objetivos de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)	18
2.3.2 Justificación para considerar a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) como método de planificación familiar.	18
2.3.3 Reglamento de aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria ...	18
C. SEGUNDO CAPÍTULO: El enfoque económico como factor que facilitó la vulneración de derechos en las esterilizaciones quirúrgicas	20
1. Aplicación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1990-2000	21
1.1 Aplicación teórica	21
1.1.1 Según el Estado peruano.....	21
1.1.2 Impacto social del programa: ¿Qué reacciones produjo la producción de dicha norma en el sector religioso salud y social?	21
1.2 Aplicación real.....	22
1.2.1 Implicaciones para el personal técnico según testimonios.....	22
1.2.2 Implicaciones para el paciente según testimonios.....	23
1.2.2.1 Caso de María Mamérita Mestanza.....	23
1.2.2.2 Otros testimonios.....	24

2. Consecuencias.....	25
2.1 Internacionales.....	25
2.1.1 Admisión del caso de María Mamérita Mestanza Chávez a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por violaciones a los derechos a la vida, integridad personal, igualdad ante la ley, protección contra la violencia.....	25
2.1.2 Recomendaciones por la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos al Estado peruano sobre los derechos de la mujer en los servicios públicos de salud así como también a la prevención y respuesta ante la violencia; y la verificación del cumplimiento de dichas recomendaciones.....	26
2.1.3 Solución amistosa en el caso de María Mamérita Mestanza Chávez: indemnización y modificaciones legales dictaminadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.....	26
2.2 Nacionales.....	27
2.2.1 Problemas detectados en la aplicación de la Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) por el informe de la Defensoría del Pueblo.....	27
a) Derechos vulnerados: derechos reproductivos, consentimiento informado, igualdad ante la ley, la libertad individual, y de conciencia y de religión	
b) Falta de garantías para la libre elección: la insuficiente consejería previa, la ausencia de un plazo entre la decisión y la intervención quirúrgica, y el ofrecimiento de estímulos en alimentos	
c) Campañas, falta de seguimiento post intervención quirúrgica, metas referidas a los métodos de planificación familiar.	
2.2.2 Proceso judicial inconcluso a Alberto Fujimori y a sus ex ministros de salud sobre el caso de las esterilizaciones forzadas.....	31
2.2.3 Legislación vigente sobre planificación familiar.....	32
D. CONCLUSIONES.....	35
E. BIBLIOGRAFÍA.....	36



INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es un tipo de regulación que le presenta a la pareja la probabilidad de usar algún método anticonceptivo pertinente para planificar su familia (la cantidad de hijos y cuando debería tenerlos), en algunos países sirve para controlar el crecimiento poblacional. Esta debería ser una decisión libre, voluntaria e informada. Los tipos más resaltantes son la promoción de la natalidad y la contención demográfica como pasó en el gobierno de Alberto Fujimori.

El sustento fue que gran parte de la población, en especial la que residía en la zona andina, tenía un gran número de hijos y esa era una de las razones de su pobreza, lo cual iba en contra del desarrollo económico. Es por ello que en 1995 se estableció la Ley N° 26530 para incluir a las esterilizaciones, como parte de la política de planificación familiar, a la “Ley de Población” y en 1996 con la Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM se aprobó el "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 - 2000" para que quienes lo desearan se esterilizaran. Sin embargo, en la ejecución de la norma se vulneraron los derechos de algunas personas, ya que algunas esterilizaciones fueron forzadas; el caso representativo es el de la señora Mestanza Chávez. Es, entonces, cuando se plantea el problema de la delimitación de los deberes y derechos del Estado peruano para establecer cuál es la medida límite que puede tomar para mantener sus políticas.

El presente escrito presentará las políticas de planificación familiar en el gobierno de Alberto Fujimori. Así, también, se explicará de qué manera la aplicación de estas regulaciones habría vulnerado los derechos de algunas personas en el caso de las esterilizaciones forzadas. Además, se presentará el objetivo real de esta política, si es que tuvo como justificación los derechos de libertad de mujer, si es que buscaba respetar su autonomía y con ello le otorgaba el derecho de decidir sobre su familia o si es que este discurso solo fue usado como justificación y solo fue el disfraz de una política económica que únicamente buscaba el desarrollo económico del país sin importar los derechos de algunas personas, en especial los derechos de la mujer andina.

Se plantea que el objetivo de crear esta política fue para combatir la pobreza que asediaba especialmente en las zonas andinas del país. Es decir, tuvo una justificación económica, lo que realmente se buscaba el desarrollo económico del país y la pobreza lo impedía, por ello el afán de luchar contra la misma. Y esa, también, es la razón porque que en algunas prácticas de esta normativa, se produjeron hechos contrarios a lo establecido, en otras palabras, se violaron derechos de algunas pacientes por razones económicas.

Muestra de ello es que, aproximadamente, 2000 mujeres fueron obligadas a realizar dicha esterilización en contra de su voluntad, debido a la falta de información sobre dicho procedimiento, algunas mujeres fueron engañadas por el personal técnico, el cual, también se vio forzado a obligarlas debido a que a este grupo se le solicitaba un número determinado de esterilizaciones para mantener su puesto laboral.

Con estos procedimientos, en contra de la disposición normativa inicial, se vulneraron derechos como la libertad de reproducción, la vida, la dignidad, a la integridad y al libre desarrollo y bienestar establecidas en el artículo 1 y 2, lo cual también se encuentra regulado en el artículo 4°, 5°, 7°, 12° y 24° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Así,



también, se vulneró el artículo 6 que dispone que la Política Nacional de Población tenga como objetivo difundir y promover la paternidad y la maternidad responsables (derecho a decidir) y el artículo 7 en el que se reconoce el derecho a la salud. Incluso se vulnera el derecho a trabajar libremente, regulado por el artículo 2, en el caso del personal técnico encargado de realizar dichas esterilizaciones; todos ellos protegidos en la Constitución Política del Perú de 1993. Así como, también, son protegidos por diversos tratados internacionales.

En el primer capítulo de este escrito se va a definir qué es planificación familiar y sus objetivos, centrando la atención del lector en la definición de esterilización quirúrgica voluntaria como método anticonceptivo que permite que el Estado desarrolle sus políticas de planificación familiar. Además se va a presentar los antecedentes legislativos en el Perú sobre de planificación familiar y el contexto histórico vivido en la década del 90 para así contextualizar al lector con la finalidad de que observe los factores sociales, económicos y de salubridad que permitieron el surgimiento del *“Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1990-2000”*. Finalmente, se va a informar al lector sobre la justificación de la esterilización quirúrgica voluntaria (AQV) como parte de anterior programa mencionado, sus objetivos y su reglamento de aplicación.

En el segundo capítulo, con el fin de que el lector vislumbre la contradicción en la aplicación de dicha política se va a presentar la perspectiva del Estado peruano sobre la misma, cómo creyó que el programa estaba siendo aplicado –o por lo menos como quiso hacer creer– y cuál fue su posición cuando salieron las denuncias. Así, también, se va exhibir el impacto social de la norma en la población, las reacciones que surgieron y la posición de la Iglesia católica ante la norma. También, se va a demostrar con testimonios que el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1990-2000 tuvo una aplicación contradictoria y tergiversada por lo que se vulneró los derechos de algunas pacientes. En ese sentido, se va a informar cuales fueron las consecuencias de las denuncias realizadas por las presuntas esterilizaciones forzadas.

En el ámbito internacional, se busca señalar la aceptación y solución que tuvo la denuncia por parte de María Mestanza ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por violación a sus derechos, las recomendaciones al Estado sobre los derechos violados y la supervisión del cumplimiento de la misma. En el ámbito nacional, se demostrara la existencia de un nuevo enfoque de la norma, que esta usó una justificación feminista, pero que en la realidad tenía objetivos económicos, para ello se ofrecerán los problemas detectados en la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Esto ayudará, también, a demostrar cuáles pudieron haber sido los derechos vulnerados en la aplicación de dicha política. Adicionalmente, se va a presentar el proceso judicial inconcluso a Alberto Fujimori y a sus ex ministros de Salud sobre el caso de las esterilizaciones forzadas. Por último, se va a presentar la legislación vigente sobre planificación familiar, haciendo énfasis en los cambios que se han producido a partir de la regulación de Fujimori.

Se espera cumplir con demostrar que las esterilizaciones quirúrgicas que acontecieron en el Perú entre los años de 1996-2000 tuvieron el objetivo de reducir la pobreza en el país, especialmente en las zonas andinas, y que para ello el gobierno utilizó como justificación un discurso que estaba a favor de la autonomía de la mujer. Es decir, el objeto real de dicha regulación fue reducir la pobreza y lograr el desarrollo económico del país. En ese sentido, se



pretende mostrar que posiblemente esa fue la razón por la que se traspasó los derechos de estas mujeres y se enfatizó la coerción hacia las mismas.

La violación de derechos sería demostrada con testimonios tanto de las pacientes como del personal médico. En particular, el caso de la señora Mestanza Chávez es un caso emblemático de las esterilizaciones forzadas y debería ser tomada en cuenta para cualquier trabajo futuro. Esta investigación tiene la finalidad no solo de servir académicamente para generaciones futuras, sino que invoca la toma de conciencia, reflexión y la memoria de la ciudadanía no solo para evitar que hechos similares se repitan, no solo para sentir compasión por las mujeres afectadas sino se busca aceptar que se cometió un error al no hacer nada contra dicha política o incluso colaborar con ella. Todo ello con la finalidad, de que se adopte una nueva identidad que deje de lado el silencio provocado por el miedo y permita oír los gritos de imploración de justicia por parte de las víctimas de esta regulación.



PRIMER CAPITULO

LA INCLUSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL GOBIERNO DE FUJIMORI



1. Planificación familiar

1.1 Definición de planificación familiar

1.1.1 Según la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que “la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Esta “se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos”. Así, también, hace referencia que este servicio debe ser de accesible para “toda persona sexualmente activa”. Las personas capacitadas para proveer métodos anticonceptivos disponibles son las parteras en lugares autorizados.¹

1.1.2 Según el Ministerio de Salud en el Perú

El Ministerio de Salud refiere que debería ser una “decisión libre, voluntaria e informada de las personas” para elegir entre ejercer el derecho a la elección de algún método anticonceptivo o no ejercerlo. La prestación de servicios se debe hacer respetando los derechos humanos y reproductivos del usuario/a, para que la pareja pueda “elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos”. Sirve para mejorar la salud de las mujeres y los niños, y es reconocido como un derecho humano. En ese sentido, la anticoncepción como parte del método de planificación familiar “contribuye a reducir el número de embarazos riesgosos, permitiendo particularmente a las mujeres de postergar el embarazo hasta encontrarse en mejores condiciones de salud”.²

1.2 Objetivos, tipos y métodos de planificación familiar

Existen dos formas de este tipo de regulación que se establece en algunos países: El primer tipo de planificación familiar es optar por políticas de contención demográfica como sucedió en Corea del Sur, entre los años 1960 y 1996. Después de la Segunda Guerra Mundial, Asia mostraba una tasa de natalidad muy elevada, lo cual producía que su población se multiplicara muy rápidamente. Es por ello que la contención de este crecimiento se volvió en el objetivo principal para que estas sociedades pudieran llegar a modernizarse y lograr una economía desarrollada; y de esta manera de pensar Corea del sur fue un gran ejemplo.

El segundo promueve la natalidad como sucedió a partir de “1990 en Japón, 2004 en Corea del Sur”. La razón para ello es que tienen el objetivo de enfrentar “los agudos procesos de descenso de la natalidad y envejecimiento que experimentan”. Esto se ve reflejado en la tasa total de fertilidad, que en todos estos países ha disminuido, por ejemplo en China de 1980 se tenía una tasa de total de fertilidad³ de 2.24, y en el 2009 esta llegó a ser tan poco significativa que no aparece en las estadísticas, de forma similar pasó en Corea del Sur, este país tenía la tasa de fertilidad más elevada en 1980 (2.83) y que paso a tener 1.15 en 2009, debido al fomento de políticas de contención que experimento. Y aún en el 2009, a pesar de encontrarse en un proceso de fomento de la natalidad desde el 2004, la tasa de fertilidad continuaba

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Planificación familiar”. Nota descriptiva N°351. Mayo de 2013. Fecha de consulta: 09 de abril del 2015. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>>

² Ministerio de salud, Presentación, 2014, Fecha de consulta: 09 de abril del 2015. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/index.html>

³ La tasa de fertilidad es el promedio del número de hijos que tienen las mujeres en edad reproductiva. Diferente, pero relacionada, con la tasa de natalidad que es su reflejo, la cual se calcula teniendo en cuenta el número de nacimiento por cada 1000 habitantes.



disminuyendo.⁴ El envejecimiento⁵ que experimentan estos países es otra de las razones primordiales para establecer esta política de fomento, y es visible en el aumento de personas mayores de 65 años, por ejemplo en Japón pasó de 9.1 por ciento de la población a 22,7 por ciento; y en Corea del Sur este porcentaje llegó a prácticamente triplicarse de 1980 que tenía 3.8 por ciento a 10.7 por ciento en 2009.⁶ La tasa de fertilidad en el Perú será un tema a tratar más adelante.

Según la OMS⁷, el objetivo primordial de este servicio de planificación familiar es “lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades”. Así, también, se busca “tener una familia pequeña propicia”, donde los padres le dediquen un adecuado tiempo a cada uno de sus hijos. Esta organización presenta los cuatro beneficios de los programas de planificación familiar. El primero es que se evita arriesgar la salud de la mujer, puesto que con un adecuado proceso de planificación familiar, con el que se le otorga la capacidad de decidir si desea embarazarse o no y cuando hacerlo, se puede lograr evitar embarazos en mujeres con una edad no totalmente adecuada, como es el caso de las adolescentes y de mujeres con una edad superior a 35 años.

Esencialmente, en el primer caso, ya que las mujeres que se embarazan en ese periodo “tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino (sic) o con peso bajo al nacer”. Prueba de ellos es que “los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal”. Además, se ve reflejado que muchas mujeres embarazadas en la adolescencia “tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad”. Es decir, afecta su condición de vida en todos los factores sociales y para evitarlo está la planificación familiar. Asimismo, “se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna” y con la planificación familiar adecuada se puede evitar este riesgo como, también, se puede evitar “la necesidad de efectuar abortos peligrosos”.

El segundo es que se reduce “la mortalidad de los menores de un año”, debido a que se evitan embarazos continuos o en momentos no adecuados en la salud de la mujer, y como consecuencia se evita no solo la potencial muerte del menor al momento de nacer sino, también, su potencial muerte si es que se muere su madre al momento del parto, ya que al no estar ella se incrementa el riesgo de que este menor muera o se enferme. El tercero es que se busca evitar infecciones de VIH y el SIDA, ya que “la planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas”. Para este factor, en especial, se sugiere el uso de los condones masculinos y femeninos, puesto que esta opción brinda “una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH”, beneficio que no es ofrecido por otros métodos.

El tercer potencial beneficio que se le otorga a la familia es el “poder de decisión” sobre sus vidas, sosteniendo que estas deben estar fundamentadas en “su salud sexual y reproductiva”.

⁴ La tasa total de fertilidad disminuyó en Hong Kong que pasó de 2.24 en 1981 a 1.04 en 2009, de igual manera en Japón de 1980 pasó de 1.75 a 1.37 en 2009 y en Taiwán pasó de 2.52 en 1980 a 1.03 para el 2009.

⁵ En China pasó de 4.9 en 1980 a 8.3 en 2009. En Hong Kong, el porcentaje de envejecimiento pasó a duplicarse de 6.7 en 1980 a 12.8 en 2009 y en Taiwán que en 1980 tenía 4.3 por ciento, llegó a tener en el 2009 10.6%.

⁶ Naoko, Soma La política familiar en Japón y Corea del Sur, 21 de setiembre del 2012, consulta: 20 de mayo del 2015. <http://www.nippon.com/es/in-depth/a01003/>

⁷ Loc. cit. (l.c.): ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Planificación familiar”.



Asimismo, otorga la capacidad de mejoría en la educación de las mujeres, para que participen de la sociedad, “en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar”. El cuarto potencial beneficio –en el que se enfocará esta monografía– es el “menor crecimiento de la población”, ya que la planificación familiar permite “aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo”, puesto que al haber una no adecuada cantidad de población –tanto que sea muy poca como mucha– se limita el desarrollo económico.

Los métodos de planificación familiar son variados entre los más resaltantes se encuentran el método de Billings, del ritmo, de los días fijos, lactancia materna exclusiva y amenorrea, condón masculino y femenino, anticonceptivos orales combinados, inyectables combinados, implante solo de progestina, dispositivos intrauterinos (DIU) e inyectables solo de progestina. Por último, se encuentra la esterilización quirúrgica.⁸

1.3 Las esterilizaciones quirúrgicas

1.3.1 Concepto de esterilización quirúrgica

Esta “es la eliminación de la fertilidad mediante el uso de algún tipo de cirugía”, puede ser considerado un “procedimiento invasivo o mínimamente invasivo”, tiene la característica de ser un proceso “irreversible”, debido a que “conduce a infertilidad definitiva o esterilidad”.⁹ Existen dos tipos de esterilización quirúrgica según el sexo. El primero es la vasectomía dirigido a la población varonil, es decir, “la oclusión de los conductos deferentes que impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo”. El segundo está dirigido a la población femenina, se le conoce como ligadura de trompas y “es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo”.¹⁰ Es, en este último tipo de esterilización quirúrgica, en el que se enfocara el presente escrito.

1.3.2 Concepto de la esterilización quirúrgica voluntaria como método anticonceptivo en la planificación familiar

Centrándose en el cuarto beneficio, vale decir para disminuir el crecimiento de la población– pues este crecimiento tiene el carácter de “insostenible” y genera problemas económicos, medio ambientales y limita el desarrollo del país,¹¹ es así que se plantea como objetivo llegar a la modernización teniendo como base el desarrollo económico del país¹²– se implanta la esterilización quirúrgica como método de planificación familiar, ya que en muchos países “los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos”. Y esto refleja que en dichos países, existe la limitación del desarrollo económico y por lo tanto no hay modernización.¹³

Al ser la esterilización quirúrgica un método de planificación familiar, debería contar con todas las características de la misma. Especialmente, y vale la pena volver a citarlo, el carácter de ser una libre decisión, es decir, sin presiones de ningún tipo, ya que esta debería

⁸ Loc. cit. (l.c.): Ministerio de Salud, Presentación

⁹ Gomez Betancourt, Ricardo. Anticoncepción. Esterilización quirúrgica. Sin fecha de publicación. Consulta: 15 de mayo del 2015 <<http://www.ginecowed.com/0eq.html>>

¹⁰ Loc. cit. (l.c.): Ministerio de salud, Presentación

¹¹ Loc. cit. (l.c.): ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Planificación familiar”.

¹² Loc. cit. (l.c.): Naoko, Soma, La política familiar en Japón y Corea del Sur

¹³ Loc. cit. (l.c.): ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Planificación familiar”.



ser voluntaria, y tener como base una fuente de información suficiente de parte de las personas que deberían considerar oportuno utilizar este método¹⁴.

1.3.3 ¿Qué derechos serían afectados por la esterilización quirúrgica forzada y de manera serían vulnerados estos?

Sin embargo, existe la posibilidad de una vulneración de este carácter voluntario, lo cual vulneraría el derecho a una libre decisión informada. En ese sentido, la Comisión “considera que cuando un programa de planificación familiar pierde su carácter “voluntario” y convierte a la mujer simplemente en un objeto de control para ajustar el crecimiento demográfico, el programa pierde su razón de ser y se transforma en un peligro de violencia y discriminación directa contra la mujer”.¹⁵ Cuando solo se busca regular el crecimiento demográfico, los derechos que posee de una persona podrían verse vulnerados por el ejercicio de esterilizaciones quirúrgicas no voluntarias son variados. En la presente monografía, se presentarán los principales derechos de la mujer que podrían ser vulnerados al perder carácter voluntario y pasar de esterilizaciones quirúrgicas voluntarias a esterilizaciones quirúrgicas forzadas.

En el ámbito nacional, se encuentra el primer artículo de la Constitución Política del Perú¹⁶, que menciona que el fin supremo del Estado es “la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad”, así también se verían vulnerados el derecho al libre desarrollo y bienestar, su derecho a la vida, identidad, integridad física y moral, igualdad ante la ley, a la libertad de conciencia, acceso a la información pertinente y a la libertad. Todo ello regulado en su artículo 2 incisos 1, 2, 5, 24.

Además, su artículo 65 que explicita que el Estado garantizaría el acceso a la información sobre los servicios de salud, también se vería afectado su derecho a la protección de la salud regulado por el artículo 7, a decidir cuándo y cuántos hijos tener regulado en el artículo 6, que además menciona que la Política Nacional de Población debería promover la paternidad responsable, así como programas que brinden información adecuada para que no se afecte la vida o la salud, que la población tenga la facultad de decidir informada y voluntariamente, la cual además se ve garantizado por el artículo 2º de la Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM¹⁷ que dispone que “los establecimientos (...) deberán suministrar, en forma totalmente gratuita, la más amplia gama de métodos anticonceptivos, a fin de asegurar a las personas su libre e informada elección”.

En ese sentido, el derecho a elección informada consentida está regulada por el artículo 6 de la Ley General de la Salud N° 26842. Es decir, la elección debe ser sin ningún tipo de presiones y con la información adecuada sobre los métodos anticonceptivos temporales y permanentes. Esto se ve reforzado por la Comisión Internacional de Derechos Humanos la cual menciona que el carácter informativo que debe tener todo tipo de planificación familiar – incluido la AQV– debe suponer “la obligación de los ejecutores del Programa de Planificación Familiar de explicar todos los métodos de planificación familiar, sus riesgos y

¹⁴ Loc. cit.: Ministerio de salud, Presentación

¹⁵ ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS, “Segundo Informe sobre la situación de los derechos humanos en el Perú”. Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. Año 2000. Fecha de consulta: 09 de abril del 2015. <http://www.cidh.oas.org/women/capitulo7.htm>

¹⁶ Constitución Política del Perú de 1993. Artículo 1, 2, 6, 7, 65.

¹⁷ Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM, artículo 2, Lima, 17 de agosto



beneficios, incluyendo los métodos naturales”.¹⁸ Junto con ello, se vería afectado el artículo 59 de la Carta Magna que regula que a pesar de que el fin del Estado es la creación de riqueza, este fin no debe ser lesivo a la salud. Sin embargo, las esterilizaciones forzadas no solo afectarían a las personas esterilizadas sino, también, al personal de salud, ya que con el establecimiento de metas “obligatorias” se estaría vulnerando su derecho a trabajar libremente que también está regulado en el artículo 2 inciso 15 de la Carta Magna.¹⁹

Todos estos derechos son protegidos, también, en el ámbito internacional. Muestra de ello es que, el derecho a la vida, a la integridad personal, y a igualdad ante la ley también son consagrados en los artículos 4, 5, 1 y 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Así como en los artículos 3, 4, 7, 8 y 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belem do Para”), y en los artículos 3 y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”),²⁰ y en los artículos 12 y 14 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). En este último artículo inciso 2 literal b, se señala que “los Estado Parte deben asegurar información, asesoramiento y servicios en materia de planificación familiar a las mujeres de zonas rurales”, lo cual se vería afectado con de traspaso de intervenciones quirúrgicas voluntarias a forzadas.²¹

El carácter universal de los derechos humanos es reconocido por la Defensoría del pueblo, el cual menciona que esta universalidad quiere decir que “se adscriben a todos los seres humanos, con independencia de la educación, sexo, raza, grado de instrucción, posición económica, etc.” Conjuntamente se ha determinado que “los derechos humanos no son absolutos”, porque si lo fueran “sería imposible resolver los conflictos que surgieran entre tales derechos. En consecuencia, sólo se admite que sean desplazados en caso de colisión, por otros derechos humanos.

De ahí que, “si alguien tiene un derecho a algo, entonces es incorrecto que el gobierno se lo deniegue incluso aunque fuera de interés general hacerlo”.²² En ese sentido, Carlos Santiago Nino²³ afirma que “estos derechos [los anteriormente mencionados] limitan la persecución de objetivos sociales colectivos”. Es por ello que, “ni la eliminación de la pobreza ni la propia construcción de la paz, pueden obtenerse violando derechos humanos”.²⁴ Es decir, la búsqueda de la eliminación de la pobreza, a pesar de ser de interés general, no debería ser una justificación para fomentar programas que podrían vulnerar derechos, que están en contra del crecimiento demográfico.

El principio de autonomía individual es el fundamento de los derechos humanos. Santiago comenta que “siendo valiosa la elección individual de planes de vida (...), el Estado no debe interferir en esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la

¹⁸ Loc. cit.: ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS, Segundo Informe...

¹⁹ Loc. cit.: Constitución Política del Perú, artículo 2 y 59

²⁰ ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS, INFORME N° 66/00 CASO 12.191 MARÍA MAMÉRITA MESTANZA CHÁVEZ de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos Washington, D.C octubre de 2000 <http://www.cidh.oas.org/women/Peru12.191.htm>

²¹ *La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, artículo 12 y 14 inciso 2 literal b, ratificado el 1 de junio de 1982

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

²² Defensoría del pueblo, Anticoncepción quirúrgica voluntaria I, 2000, Lima: USAID, 2da edición. p. 20-21

²³ Citado en Defensoría del pueblo, Anticoncepción... p.21

²⁴ Óp. cit. (ob. cit.): Defensoría del pueblo, Anticoncepción quirúrgica voluntaria I, p.21



persecución individual de planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución”.²⁵ En ese sentido, “la interferencia del Estado queda [quedaría] limitada”, puesto que el Estado deber promover el desarrollo del plan de vida individual y no impedirlos, sino dar facilidades de su realización. Este principio incluye la libertad para actuar sin perjudicar a terceros, a expresar ideas religiosas, en el desarrollo de la vida privada, la integridad corporal y psíquica reconocido por la Constitución, promueve la elección en planificación familiar sea “libre, voluntaria, responsable e informada.

Pero para que el consentimiento sea informado, es indispensable la consejería previa”²⁶ para que teniendo conocimiento del procedimiento a realizar puede optar entre usar o no algún método anticonceptivo. En ese sentido, La Corte Suprema norteamericana “ha establecido que el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones fija la extensión del deber del médico de informar”²⁷, la cantidad de información al paciente no depende del criterio del médico²⁸. Ya que no basta con el consentimiento expreso del paciente, sino es menester obtenerlo luego de una exhaustiva información sobre “todos los riesgos, alternativas y pronósticos que su intervención ofrece”²⁹. Además, defiende la inviolabilidad corporal, es decir que “todo tratamiento realizado sin consentimiento informado, inclusive el que llega a buen término, constituye una agresión física”,³⁰ Es decir, es deber medico informar completa, oportuna y adecuadamente al paciente para que pueda tomar su decisión respecto a su salud, y el que no lo hace está agrediendo físicamente.

El principio de igualdad se vería vulnerado con las esterilizaciones forzadas. En primer lugar, “la idea de igualdad es un constructo, un artificio frente a la desigualdad, que parte precisamente de la diversidad”. Esta igualdad se concretiza básicamente a través del principio a la no discriminación,³¹ esto se vería vulnerado tanto al enfocar las esterilizaciones hacia los más pobres como hacia las mujeres, es decir, fue una política para mujeres andinas. Otros posibles derechos afectados son los derechos reproductivos, la libertad individual y la libertad de conciencia y de religión.

En el Perú, los derechos reproductivos son reconocidos en el artículo 6° de la Constitución Política³², que otorga la capacidad “decidir cuándo y cuántos hijos tener, así como al establecer la obligación del estado de informar y asegurar el acceso a los distintos métodos de planificación familiar”. El ejercicio de estos derechos que tienen “naturaleza individual”, afectan la vida personal de la población y por lo tanto, se debe ser respetuoso con la autonomía del individuo, de su libertad de conciencia y de religión, teniendo en cuenta sus creencias culturales³³. Estos derechos se verían vulnerados si es que se obliga a realizar una esterilización quirúrgica, puesto que la misma altera la vida presente y futura.

²⁵ Óp. cit. (ob. cit.): Carlos Santiago Nino citado en Defensoría del pueblo, Anticoncepción ... p.22

²⁶ Óp. cit. (ob. cit.): Defensoría del pueblo, Anticoncepción quirúrgica voluntaria I, p.22

²⁷ Canterbury vs. Spence 1972, citado en Anticoncep... p. 23

²⁸ Berkey vs. Anderson ,1969 citado en Antico... p. 24

²⁹ Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees citado en Anticoncepción... p.23

³⁰ Nathanson vs Kline citado en Nino citado en Anticoncepción, p.24

³¹ Nino citado en Defensoría del pueblo, Anticoncepción quirúrgica voluntaria I, p.25

³² Óp. cit. (ob. cit.): Constitución Política del Perú. Artículo 6.

³³ Óp. cit. (ob. cit.): Defensoría del pueblo, Anticoncepción quirúrgica voluntaria I, p.26-27



En 1994, en la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo (CIPD) en el Cairo, se reconoció ese carácter de derecho humano³⁴ al derecho reproductivo, al cual se definió como “un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo”, sus servicios son “la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar de las personas”.³⁵ Su base es la libre elección de las parejas e individuos para decidir cuándo y cuántos hijos deberían tener, además que esta elección debía ser hecha después de estar correctamente informados de los métodos anticonceptivos adecuados para contar con una salud sexual y reproductiva apta. Se reconoció también que este derecho incluye “la promoción de relaciones de género equitativas”, lo cual involucraba que no debía existir discriminación en la aplicación de programas de planificación familiar, es decir, no debería estar dirigido a un grupo específico (mujeres andinas pobres).³⁶

El derecho reproductivo incluye la libertad de reproducción que involucra el reconocimiento al derecho de no discriminación, vivir sin ningún tipo de violencia, libertad, seguridad personal, matrimonio, familia, privacidad, información, educación, al acceso a servicios de salud y a las consecuencias positivas del progreso científico. Así, el derecho a decidir sobre temas reproductivos, vale decir cuándo y cuántos hijos tener, decidir sobre la aplicación de algún método de anticoncepción. Además, de la debida información y educación que permitirá una decisión informada evaluando riesgos y beneficios de método a aplicar.³⁷ Para garantizar esta libertad de elección se necesita que “las personas (...) tengan acceso gratuito a ellos, y cuenten con las suficientes garantías para poder emplearlos a rechazarlos”.³⁸

2. Legislación peruana

2.1 Antecedentes legislativos en el Perú sobre de planificación familiar

El gobierno de Juan Velasco Alvarado tuvo una política poblacional pro-natalista que era respaldada por la Iglesia Católica que estaba en contra del control demográfico que pretendía Estados Unidos. El gobierno de Morales Bermúdez creó “la primera política gubernamental de población” que defendía una “paternidad responsable”; es decir, apoyaba “un concepto Católico que alentaba a las parejas a decidir ellos mismos libremente el tamaño de sus familias”. Esta política buscaba controlar el crecimiento demográfico para alcanzar un desarrollo económico sostenido. En el gobierno de Alan García se estableció por primera vez una planificación familiar con una ley nacional de población, que apoyaba la paternidad responsable, el uso de métodos anticonceptivos y los derechos individuales. El gobierno estuvo de acuerdo con la Iglesia y decidió estar en contra del aborto y las esterilizaciones.³⁹

2.1.1 Ley de política nacional de población: Decreto Legislativo N° 346

En la legislación peruana se encuentra como principal antecedentes legislativo sobre de planificación familiar a la Ley de Política Nacional de Población regulada bajo el Decreto

³⁴ No todos los derechos tienen el carácter de derecho humano.

³⁵ MANTILLA, Julissa. “El caso de las esterilizaciones forzadas en el Perú como una violación de los derechos humanos”. IUS IT VERITAS. Lima: 2001, número 23, p. 11-12.

³⁶ Óp. cit. (ob. cit.): Anticoncepción ... p. 20

³⁷ Óp. cit. (ob. cit.): Julissa Mantilla, El caso de las ... p.12

³⁸ Óp. cit. (ob. cit.): Defensoría del pueblo, Anticoncepción quirúrgica voluntaria I. p.27

³⁹ CRISTINA EWING, La Economía política de las esterilizaciones forzadas en el Perú, artículo en Memorias del caso de las esterilizaciones forzadas de Alejandra Ballon, 2014, Lima: Biblioteca Nacional del Perú, Fondo editorial, p.55-56



Legislativo N° 346⁴⁰. Esta fue promulgada durante el gobierno presidencial de Fernando Belaunde Terry el 5 de julio de 1985. Así, también, en el artículo V, se menciona que el Estado “ampara prioritariamente a la madre (...) y a la paternidad responsable”. Sin embargo, lo más resaltante de esta ley fue el artículo VI, que mencionaba que “la Política Nacional de Población excluye el aborto y la esterilización como método de planificación familiar”. Con lo que se prohibía utilizar a la esterilización quirúrgica como método de planificación familiar.

2.1.2 Otras normas que regulan la planificación familiar

Fujimori, el 17 de agosto, “pidió expresamente a la presidenta del Congreso (...) someter a consideración del Pleno del Congreso un proyecto de ley que modificaba la legislación para que la esterilización voluntaria dejase de estar prohibida o, en todo caso, restringida a casos de excepción.⁴¹ En ese sentido, En 1992, se aprobó una Resolución Ministerial que hizo que la esterilización dejase de ser ilegal en los casos de “riesgo reproductivo”, pero este término es ambiguo y bajo el pretexto de operación de emergencia, esta regulación fue “más una argucia para facilitar su utilización que una necesidad médica real”.⁴² Además, la disminución del número de estas fue un factor decisivo “para la legalización del método en 1995”.⁴³ La esterilización se volvió “un tema relevante de la agenda legislativa y de la pública, desde la que diversos sectores oponían a su legalización”, como la Iglesia.⁴⁴

2.2 Contexto histórico entre 1990 y 2000

2.2.1 Informe anual sobre la situación de los derechos humanos en el Perú según La Coordinadora de Derechos Humanos (CNDDHH) en 1995

El país se encontraba en una situación preocupante en diversas materias. La situación de nivel económico se veía reflejado principalmente en el nivel de pobreza, ya la mitad de dicha sociedad se encontraba en esa situación. Asimismo, la violencia política había disminuido, pero “a pesar del franco repliegue de SL y el MRTA, éstos grupos subversivos continúan cometiendo crímenes contra civiles”, lo cual muestra la necesidad de una reconciliación nacional. Sin embargo, el “incremento de la inseguridad ciudadana”, la presencia de narcotráfico, el conflicto con Ecuador, la discriminación, el maltrato contra las mujeres, los niños, los ancianos y otras minorías sociales, la falta de difusión de sus derechos, así como los mecanismos que los protejan y la falta de conciencia sobre su dignidad; y el caso Barrios Altos provocaron diversas reacciones que reflejan la débil democracia que existe en el Perú.⁴⁵

A todo ello, se agregó la promulgación de la Ley de Amnistía (26479) “que otorgaba impunidad a personas que habían sido acusadas por violaciones a los derechos humanos”, a la cual le siguieron los escándalos provocados por la regulación de la planificación familiar que

⁴⁰ Congreso de la República, Decreto Legislativo N° 346. Lima, 1985, artículo V, inciso 1 y 3, y VI

⁴¹ ADRIÁN LERNER PATRÓN, LAS POLÉMICAS MEDIÁTICAS EN LA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIONES MASIVAS EN EL PERÚ DE FUJIMORI (1994-1998), diciembre del 2009, Tesis para optar al título de Licenciado en Historia que presenta el Bachiller, Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la PUCP, p.17-23

⁴² Ídem (id.): Adrián Lerner, Las polémicas mediáticas..., p.16

⁴³ Según María-Christine Zauzich citada en LAS POLÉMICAS MEDIÁTICAS..., p.17

⁴⁴ Óp. cit. (ob. cit.): Adrián Lerner, Las polémicas..., p.17-19

⁴⁵ Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, Informe sobre la situación de los derechos humanos en el Perú. 1995. Consulta: 09 de mayo de 2015, <http://www.derechos.net/cnddhh/inf-anua.htm>



fue percibida como «una “cortina de humo” para marginar de la agenda mediática el tema de la impunidad».⁴⁶

2.2.2 Situación del sector salud, económico y social del Perú en 1995

La situación del Perú para 1995 no era grata. En salud, “el 67,6 de los enfermos pobres no consulta ningún servicio”, debido a la falta de recursos económicos. El Estado no «ha cumplido (...) con su compromiso de hacer todo lo que este a su alcance para permitir a toda la población el “estándar más alto de salud posible”». La salud de los peruanos no depende únicamente del Ministerio de Salud, sino también del de Economía porque “la salud depende (...) de la alimentación y los ingresos”.

La afectación en el área económica en el país, afecta también la salud de sus ciudadanos. Para 1994, el gasto en salud era 0.7% del PBI, esta paupérrima inversión generó que “ante esta falta de recursos, muchos establecimientos de salud han recurrido a cobrar por sus servicios”, lo cual dificulta el acceso a personas pobres, por ello “tienen (...) menor acceso a los servicios de salud”, además que ya no hay medicinas gratuitas. En conclusión, la política de salud mantiene a 20% de la población excluida de los servicios de salud, lo cual muestra que no tenía sus prioridades claras.⁴⁷ Debido a que muchos no podían acceder a métodos de planificación familiar, se creó un programa dirigido hacia los que tenían menores recursos.⁴⁸

En un cuadro que evalúa el crecimiento de la población en 1995, se observa que desde 1972 el porcentaje de la tasa de crecimiento ha venido disminuyendo. De 2,8% en ese periodo, bajo a 2,0% en 1993. Lo interesante en la proyección presentada en el mismo cuadro, es que se espera que este porcentaje siga disminuyendo hasta llegar a 1,9 en 1996 y 1,7 para el 2000. A pesar de que este porcentaje disminuye, el crecimiento promedio diario se ha venido incrementando desde 1876, donde este era 41; en 1940, 184; en 1961, 442, en 1972, 926; en 1981, 1095 y 1114 para 1993.

Lo resaltante de esto último es que para 1996, se proyecta que esta cifra se incremente a 1203, pero que para el 2000, el número de crecimiento promedio diario disminuya hasta 1171.⁴⁹ Esta disminución planteada en este cuadro muestra que con la aplicación del programa de Planificación Familiar se planea reducir esta última cifra, para que con la contención del crecimiento demográfico se logre el desarrollo económico. En ese sentido, las cifras del crecimiento poblacional y la tasa de fecundidad ya eran preocupación del gobierno de Fujimori desde 1991, puesto que el Programa Nacional de Población ya tenía planeado reducir esta última a 3.3, según lo que Giulia Tamayo mencionó a CLADEM⁵⁰.

Los nacimientos anuales en miles entre 1990 y 1995 fueron 622. Lo interesante es que el objetivo que formula es la disminución de nacimientos, mostrando claramente la política antinatalista que tenía el gobierno. Para el periodo 1995-2000 estimaron que el número de nacimientos anuales en miles sería 613; y así fuese disminuyendo⁵¹ hasta que el periodo

⁴⁶ Óp. cit. (ob. cit.): Adrián Lerner, Las polémicas mediáticas..., p. 60-69

⁴⁷ Juan Robles, artículo “El Derecho a la Salud” en Los derechos económicos y sociales en el Perú 1995: informe anual de APRODEH. Lima: APRODEH, CEDAL, 1996

⁴⁸ Óp. cit. (ob. cit.): Cristina Ewing, La economía política de las ... p.52

⁴⁹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA, Perú: Compendio estadístico 1995-96, agosto 1996, preparado por Dirección técnica de indicadores económicos y la Dirección ejecutiva de Coyuntura, cuadro 2.1 PERU: CRECIMIENTO DE LA POBLACION, SEGÚN CENSO, 1836 – 1993 (EPOCA REPUBLICANA), p. 141

⁵⁰ Óp. cit. (ob. cit.): Adrián Lerner, las polémicas mediáticas..., p.16

⁵¹ para 2000-2005, 603; para 2005-2010, 596; para 2010-2015, 589; para 2015-2020, 581



2020-2025 se llegue a 573. Se muestra claramente, que el gobierno de Fujimori tenía como meta detener el crecimiento demográfico.

Otro acápite importante es la tasa global de fecundidad, de la cual también se espera su decrecimiento, para 1990-1995 esta fue de 3.43 y para 1995-2000 se espera que se reduzca a 2.98, y siga decayendo⁵² hasta que finalmente en el periodo 2000-2025 llegue a 2.10⁵³. Esto también se puede percibir en el informe del Primer Curso internacional de Salud Reproductiva (1995), donde se formulaba como meta general para el 2000 que la tasa de fecundidad sea 2.5 hijos por mujer.⁵⁴

En 1993, en la conferencia de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos en Viena y en 1995, en la Cumbre Mundial de Copenhague para el Desarrollo Social, se insertó el derecho de la mujer en la agenda de los derechos humanos y del desarrollo económico.⁵⁵ En 1994, en la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD)* en El Cairo (Egipto) se dio “un cambio significativo en el discurso oficial de población al nivel global”. Del “control poblacional por (...) seguridad nacional y desarrollo económico, (...) cambió a una postura que consideraba como prioritarios los derechos reproductivos de la mujer y la equidad de género, (...) la regulación de la fertilidad, la ayuda a la infertilidad”, facilitar “el acceso a servicios de salud reproductivos”.⁵⁶

Apoyado en una “ola de popularidad” nacional –por “tomar una posición firme frente a la peor crisis económica y política en la historia del Perú, donde la inflación había alcanzado los cuatro dígitos, y enfrentado los levantamientos terroristas que habían conducido a una década de conflicto armado interno”– en 1995, Fujimori participo en la *Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer* en Beijing (China)⁵⁷, en donde se acordó brindar “una vida sexual y reproductiva sana y libre de imposiciones”⁵⁸.

En esta, «Fujimori declaro que “como parte de su política de desarrollo social y lucha contra la pobreza” su gobierno había “decidido llevar a cabo una estrategia integral de planificación familiar” para enfrentar “abiertamente, por primera vez en la historia de nuestro país, la grave carencia de información y de servicios sobre la materia.”»⁵⁹ La equidad, anteriormente mencionada, es promovida por *El Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)* “en lo político, social y económico”⁶⁰ Después de las conferencias se formuló y ejecutó *El Programa Nacional de Planificación Familiar*.⁶¹

2.3 Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1990-2000

Es en este contexto, siendo Alberto Fujimori, presidente constitucional de la República del Perú, y teniendo como ministro de Salud a Eduardo Yong Motta, el 8 de setiembre de 1995,

⁵² para 2000-2005, 2.64; para 2005-2010, 2.41; para 2010-2015, 2.26; para 2015-2020, 2.16

⁵³ Óp. Cit. (ob. Cit.): INEI, Perú: Compendio ..., p. 150, cuadro 2.12 PERU: INDICADORES DEMOGRAFICOS ESTIMADOS POR QUINQUENIOS 1990-2025 (HIPOTESIS MEDIA)

⁵⁴ UNFPA, Resumen de John Nagahata, Primer curso internacional de Salud Reproductiva en Evaluación de programas de población y de salud reproductiva de García Núñez

⁵⁵ Óp. cit. (ob. cit.): Cristina Ewing, La economía política de las... P.51

⁵⁶ Ídem (id.): p.56-57

⁵⁷ Ídem (id.): p.57-58

⁵⁸ Esperanza Reyes, «No somos bultos para ser tratados así...» El programa de planificación familiar 1996-2000, artículo en Sanos, Enfermos ¿y salvos?, ALLPANCHIS. Instituto pastoral andina, p. 108

⁵⁹ Loc. cit. (l.c.): Cristina Ewing, La economía política de las... p.57-58

⁶⁰ Ídem (id.): p. 51, Ratificado por el Perú en 1982

⁶¹ Loc. cit. (l.c.): Esperanza Reyes, *No somos bultos para ...*, p. 108



se aprueba la Ley N° 26530 que modifica la Ley de Política Nacional de Población, la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo el 9 de setiembre de 1995 y publicada en el Diario Oficial El peruano el 10 de setiembre de 1995.

Su único artículo menciona «Modifíquese el Artículo VI del Título Preliminar del Derecho Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población, en la siguiente forma: “Artículo VI.- La Política Nacional de Población excluye el aborto como método de Planificación Familiar. En todo caso, la adopción de los métodos se basa en el libre ejercicio de la voluntad personal, sin que medien estímulos o recompensas materiales.”»⁶²

Con ello, la anterior exclusión de la esterilización fue eliminada y esta pasó a ser incluida como método de planificación familiar, puesto que ayuda a respetar la autonomía de la mujer, logra su bienestar, los cuales son los objetivos de la planificación familiar.⁶³ En papeles oficiales, el Programa estuvo a cargo del Ministerio de Salud, pero en diciembre de 1997, el Ministerio de Educación, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y el Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano (Promudeh) conformaron una Comisión Nacional encargada.⁶⁴

2.3.1 Objetivos de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)

Esta nueva ley surgió con el objetivo de “incluir a la anticoncepción quirúrgica voluntaria, ligadura de trompas y vasectomía como métodos anticonceptivos”. En ella se “establece el derecho irrestricto de toda persona mayor de edad a la libre elección para optar por los métodos de anticoncepción quirúrgica voluntaria disponible en el sector público y privado del nivel nacional”. Para acceder a estos “se debe respetar el libre ejercicio de la voluntad personal, de varones y mujeres mayores de edad, no siendo necesaria la autorización del cónyuge, conviviente o pareja”.⁶⁵

En otras palabras, esta inclusión debería respetar la elección del usuario/a de AQV. En ese sentido, “los lineamientos de la Política Nacional de Población están [estuvieron] orientados al logro del adecuado crecimiento de la población de acuerdo con el desarrollo del país”, y para asegurar su cumplimiento “es necesario disponer de un instrumento técnico – normativo que garantice el irrestricto ejercicio del derecho a la salud reproductiva, condición esencial para que el ser humano disfrute plenamente de sus derechos civiles, políticos, económicos y sociales”.

Con ese fin se aprobó el *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*, elaborado por la Dirección de Programas Sociales, en el cual se encontraban “la situación sociodemográfica, los “objetivos, metas, líneas de acción y estrategias”; la estructura organizacional y financiamiento.⁶⁶ Sin embargo, “las mujeres eran percibidas como instrumentos cuyas capacidades reproductivas tenían que ser controladas a fin de servir a la causa del desarrollo económico”.⁶⁷

⁶² Congreso de la República del Perú, Ley N° 26530, Lima, 1995

⁶³ Loc. cit. (l.c.): Organización Mundial de la Salud, “Planificación Familiar”

⁶⁴ Óp. cit. (ob. cit.): Adrián Lerner, las polémicas mediáticas..., p.15-23

⁶⁵ Dirección General de Salud, Resolución Directoral N°001-DGSP, 29 de febrero de 1996

⁶⁶ Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM, Lima, 06 de febrero de 1996

⁶⁷ Óp. cit. (ob. cit.): Cristina Ewing, La economía política de las...p.54



2.3.2 Justificación para considerar a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) como método de planificación familiar.

La justificación para considerar a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) como método de planificación familiar es que uno de los potenciales beneficios de las políticas de planificación familiar fue disminuir el incremento insostenido de la población⁶⁸. Todo ello con el fin de lograr la modernización y el desarrollo económico⁶⁹, ya que este crecimiento insostenido genera problemas en materia económica, así como en materia ambiental y no permite el adecuado desarrollo de un país⁷⁰.

2.3.3 Reglamento de aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria

En el documento “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000” se observa el reglamento de aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Uno de los artículos más resaltantes es en el que se menciona que este programa debe tener como objetivo que “el 100% de las pacientes con atención institucional de parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro”.⁷¹ Este artículo obligaría a que todas las pacientes usen algún método, sin importar que es lo piensen estas sobre ello, es decir, dejando de lado sus creencias religiosas y el respeto de su decisión. Esto afectaría derechos protegidos tanto en el ámbito nacional (la Constitución Política y otros) como en el internacional (tratados internacionales, convenciones), que fueron mencionados en la primera parte.

En este manual, se fomentan las campañas de planificación familiar, enfocadas exclusivamente en la anticoncepción quirúrgica voluntaria. Respecto a las metas, el Ministerio de Salud mencionó que “todo proceso de programación en salud necesita el establecimiento de metas a fin de programar los recursos necesarios para el cumplimiento de objetivos”. Las metas del Programa de Planificación Familiar estuvieron basadas en estimaciones de la demanda insatisfecha, pero esto no significaba que se iba a permitir “el establecimiento de cuotas por unidad operativa o por personal específico y menos el establecimiento de sanciones a quienes no las cumplan como la rescisión de contratos, etc.”⁷²

La existencia de metas se ve plasmada en el Anexo 3 de dicho manual⁷³, este será un acápite a desarrollar más adelante. Se menciona, también, que no debían ingerir alimentos ni medicamentos antes de la intervención, deberían recibir recomendaciones post operatorias por escrito, además se establecía que la consejería previa tenía seis etapas que finalizaban en el establecimiento de una fecha para la próxima visita, lo cual quiere decir que debían existir como mínimo dos sesiones.⁷⁴

Además, el programa planteaba como requisito para realizar el procedimiento el permiso de la pareja⁷⁵, de tal forma que se vería afectada la autonomía de la mujer, ya que si es que la pareja no quisiese o quisiese que se realice la intervención esta se daría como que no, es decir, la decisión no sería tomada por la mujer en ejercicio de su derecho de elección, sino por la pareja. En ese sentido, se percibe que estos procedimientos iban dirigidos hacia un

⁶⁸ Loc. cit. (l.c.): ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Planificación familiar”.

⁶⁹ Loc. cit. (l.c.): La política familiar en Japón y Corea del Sur

⁷⁰ Loc. cit. (l.c.): ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Planificación familiar”.

⁷¹ Óp. cit. (ob. cit.): Defensoría del pueblo, Anticoncepción..., p.52

⁷² Ídem: Defensoría del pueblo, Anticoncepción..., p.95

⁷³ Citado por la Defensoría del pueblo, Anticoncepción quirúrgica ... p. 47-49

⁷⁴ Óp. cit. (ob. cit.): Defensoría del pueblo, Anticoncepción... p. 41-42

⁷⁵ El caso de las ... p. 19 y Las polémicas... p.19



sector social⁷⁶ y hacia un género⁷⁷ específicos: las mujeres más pobres del país. El programa tenía la finalidad de «contribuir decisivamente al desarrollo de la sociedad peruana, especialmente de los sectores considerados “atrasados”»; es decir, el programa era “clave” para la “lucha contra la pobreza”.⁷⁸

Pese a ello se observa la ausencia de medidas preventivas para abordar a la población a la que iba dirigida, es decir, mujeres que en muchos casos hablaban solo quechua o eran analfabetas.⁷⁹ En el segundo capítulo, se presentará las contradicciones en la aplicación del programa, su impacto social, testimonios que confirman la violación de derechos por esterilizaciones forzadas apoyado del caso de la señora Mestanza que llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, así como el uso de discursos feministas como justificación de sus objetivos económicos. Además, se informará sobre el proceso judicial inconcluso a Alberto Fujimori y a sus ex ministros de Salud y, los cambios en la legislación vigente sobre planificación familiar.

⁷⁶ Óp. cit.: Defensoría del pueblo, Anticoncepción..., p.44

⁷⁷ Óp. cit.: Julissa Mantilla, El caso de las... p.19

⁷⁸ Óp. cit.: Adrián Lerner, las polémicas mediáticas..., p.9

⁷⁹ Óp. cit.: Julissa Mantilla, El caso de las..., p. 18-19



SEGUNDO CAPÍTULO

LA BÚSQUEDA DE DESARROLLO ECONÓMICO DISFRAZADO DE RESPECTO A LA AUTONOMÍA DE LA MUJER



En el primer capítulo se presentó la definición de anticoncepción quirúrgica voluntaria como método de planificación familiar. A continuación, se analizará la posición del Estado sobre la política de planificación familiar, cuál fue su verdadero objetivo y su impacto en la sociedad, así como, también, se demostrará la aplicación real de este programa mediante testimonios.

1. Aplicación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1990-2000

1.1 Aplicación teórica

1.1.1 Según el Estado peruano

Fujimori entendía la planificación familiar como un medio de reducción de la pobreza, más que como un derecho de la mujer. Sin embargo, su uso de foros feministas internacionales, tales como el de Beijing, creó la impresión que su política crearía un balance entre los objetivos de reducción de la pobreza con los derechos reproductivos.⁸⁰ El ex presidente Fujimori en la inauguración de un Seminario Internacional sobre reforma en el sector Salud mencionó “su abierto compromiso con la planificación familiar y, en una demostración de su neomaltusianismo, declaró que las mejoras en calidad de vida y bienestar eran imposibles si la población crecía más rápido que la generación de recursos”, es decir, “no respaldaba la planificación familiar debido a la existencia de una demanda insatisfecha”, sino que solo era “un instrumento económico, una manera de lograr que los recursos fueran suficientes para la población”. Evidencia de ello es que, Fujimori trasladó el Programa de Planificación Familiar del presupuesto del Ministerio de Salud al del Ministerio de Economía y Finanzas.⁸¹ Este acápite económico será un tema que se complementará más adelante.

La publicidad del programa así como las declaraciones –incluso del mismo Fujimori– evidenciaron que este programa iba dirigido a los sectores más pobres de la sociedad, debido a que «el Programa estaba enmarcado en una reforma sectorial centrada (...) en los sectores más pobres, a través de la llamada “focalización” de los programas sociales y del gasto social», del cual luego se mostró su limitación debido a no contar con mecanismos de fiscalización y control.

Ya que fue “puesto en práctica a través de programas temporales paralelos a la estructura permanente del Estado y sin mecanismos claros de fiscalización y control, omitiendo que, en el Perú, el concepto de pobreza está atravesado por componentes de clase, de raza y de género”, lo cual se ve reflejado en que “la mayor cantidad de denuncias de abusos se produjera en los departamentos más pobres”. Además, del “sesgo de género”, pues la mayoría de las personas afectadas fueron mujeres.⁸² En “los documentos oficiales del programa de planificación familiar, así como la publicidad del mismo y los discursos presidenciales, utilizaban los discursos feministas globales sobre los derechos reproductivos; los objetivos políticos del gobierno de Fujimori estaban claramente destinados al control poblacional y especialmente de las mujeres indígenas de menores recursos, antes que comprometidos con la salud reproductiva.”⁸³

⁸⁰ CRISTINA EWING, La Economía política de las esterilizaciones forzadas en el Perú, artículo en Memorias del caso de las esterilizaciones forzadas de Alejandra Ballón, 2014, Lima: Biblioteca Nacional del Perú, Fondo editorial, p. 59

⁸¹ ADRIÁN LERNER PATRÓN, LAS POLÉMICAS MEDIÁTICAS EN LA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIONES MASIVAS EN EL PERÚ DE FUJIMORI (1994-1998), diciembre del 2009, Tesis para optar al título de Licenciado en Historia que presenta el Bachiller, Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la PUCP, p. 15-23

⁸² *Ibidem*

⁸³ Óp. cit.: CRISTINA EWING, La Economía..., p. 53



1.1.2 Impacto social del programa: ¿Qué reacciones produjo la producción de dicha norma en el sector religioso, salud y social?

Fujimori había mencionado que «1990 iba a ser “La Década de la Planificación Familiar”». Cuando se aprobó el proyecto del Ejecutivo, sin el dictamen necesario, varios sectores se opusieron a su legalización, entre estos destacó la Iglesia. Se propuso la prohibición de “estimular con beneficios materiales a los pacientes tratados con los métodos quirúrgicos”, con lo que se muestra que había intención legislativa para incentivar la intervención. Además, se decretó que “ya no sería necesario el consentimiento de la pareja, sino solo el de la paciente”, el cual atentaba contra el derecho de la libertad de salud sexual y reproductiva. Esto se produjo con la Resolución Directoral N° 001-DGSP del 29 de febrero de 1996. Meses después, fue que Fujimori trasladó el programa del presupuesto del Ministerio de Salud al del Ministerio de Economía y Finanzas. En un aparato estatal en el que era “difícil la rendición de cuentas hacia otros organismos del Estado o hacia sociedad civil”, se agregó “la falta de respeto a los procedimientos regulares al momento de su creación, la participación del presidente, la disolución del Consejo Nacional de Población el Programa”. Es decir, “fue creado e implementado expresamente de modo tal que fuese lo más complicado posible monitorearlo”.⁸⁴

Se vivía un “debate mediático”, que concluyó en que “treinta parlamentarios presentaron una demanda de inconstitucionalidad contra la legalización de la esterilización”,⁸⁵ debido a violaba los “derechos fundamentales de la persona consagradas en la constitución”⁸⁶. Los problemas que se iban volviendo públicos llevaron a la creación de una subcomisión parlamentaria encargada de investigar el proceso, considerado como “genocidio”, por su presidente.⁸⁷ Más adelante se desarrollará este tema. Fujimori ratificó su compromiso “con la divulgación de diversos métodos de planificación familiar”, lo cual generó enfrentamientos con la Iglesia. Juan Luis Cipriani, arzobispo de Ayacucho en ese momento, «se pronunció en contra de todo uso de contraceptivos por cuestiones de “dignidad” y porque creía que no era el modo de proteger a la mujer y a la familia».⁸⁸

En ese sentido, se mencionaba «que el Estado tenía derecho a ordenar la demografía mediante información objetiva y respetuosa, pero no mediante una decisión autoritaria y con coacción, pues no podía suplantar la iniciativa de los padres ni favorecer medios de regulación “contrarios a la moral”». Aquí la Iglesia reconoce implícitamente que el Estado tenía como objetivo el ordenamiento demográfico, y no el derecho reproductivo. Existieron diversas críticas en torno a este tema, ya que se enfocaba al programa “como parte de una lucha contra la pobreza”, es decir, se enfatizaba su «aspecto “social”».

Se vislumbraba al programa un posible “peligro”, debido a “potenciales abusos que se podían producir y porque transmitía la idea de que el Estado creía poder decidir por los pobres si es que serían capaces de tener más hijos o no, algo que tenía implicancias profundamente humillantes”. Estas críticas no fueron escuchadas por el gobierno, el cual mostraba contradicciones como que este programa ampliaba libertades sin coacciones, pero al mismo tiempo lo presentaban como una iniciativa “para reducir las altas tasas de natalidad

⁸⁴ *Ibidem*

⁸⁵ *Ibidem*

⁸⁶ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, STC 0014-96-I/TC, mayo de 1997, <http://www.tc.gob.pe/ficha/1996/00014-1996-AI.pdf>

⁸⁷ Loc. cit.: ADRIÁN LERNER, *Las polémicas...*, p. 15-23

⁸⁸ *Ibidem*: p. 60-69



entre los más pobres como forma de terminar con su pobreza y de ese modo, de llevar al país hacia el desarrollo”.⁸⁹

1.2 Aplicación real

1.2.1 Implicaciones para el personal técnico según testimonios

En el documental “Nada personal” realizado por CLADEM⁹⁰ se encuentran varios testimonios a cerca del petitorio de cuotas por parte del gobierno al centro de salud a través del personal técnico. En ese sentido, «en febrero de 1998 la unidad de investigación “El Comercio” publicó un comunicado [dirigido] al personal de la subregión de Huancavelica en las que se establecen [establecían] las cuotas de captación de pacientes para la AQV. En él se establecía “no hay pago por captación de pacientes de AQV, ya que tiene carácter obligatorio”». Julia Urrunaga, de esta unidad investigadora, mencionó que el gobierno siempre había negado la existencia de metas en AQV, pero este documento mostraba lo contrario, pues obligaba el cumplimiento de metas.

Estas proyecciones estaban “asociadas a cautas impuestas a los establecimientos y personal de salud para captar pacientes de manera obligatoria”. Además, este documento muestra explícitamente que “el personal nombrado deberá captar 02 pacientes para AQV mensual, el personal focalizado deberá captar 03 pacientes para AQV mensual, el personal de los comités locales de atención de salud (CLAS) deberá captar 03 pacientes para AQV mensual. Luego se produjo la aparición de una fotografía de un anuncio que mencionaba la obligatoriedad de la captación por parte del personal técnico.

En un memorándum de 1997⁹¹ certificado por la Dirección Regional de Piura, se amenaza con el despido a un trabajador en caso de incumplimiento de la cuota impuesta: “en caso contrario, se hará el informe correspondiente para rescindir su contrato, suspender su ampliación de horario e incluir todo en su legajo”. Según otro testimonio, en Loreto: “Teníamos una fuerte presión del gobierno, de 8 a 9 ligaduras por mes, pero solo lográbamos una o dos”. Todo ello, muestra que había coerción hacia el personal técnico para el cumplimiento de metas de AQV. Asimismo, la defensora especializada en derechos de la mujer, la doctora Rocío Villanueva, encontró que el director de un centro de salud firmó un documento donde se planteaba como meta 70 intervenciones anuales.⁹²

En ese sentido, también, en el Informe Grover Joseph Rees al Congreso de Estados Unidos se mencionaba sobre las cuotas de los centros de atención de salud. Giulia Tamayo, investigadora de CLADEM, agrega que estas cuotas “estaban acompañadas de estímulos o amenazas, y que estos dos fueron muy fuertes. Un testimonio que muestra la alta presión para el cumplimiento de estas cuotas es el de una enfermera contratada, la cual menciona que como no pudo cumplir la cuota, le dijeron que ella se operara para que no la despidieran, así lo hizo y a pesar de ello, a los dos meses la despidieron.”⁹³

A pesar que, “los trabajadores de la salud (...) no pueden infringirse por una acción gubernamental arbitraria y tienen el deber de señalar los aspectos críticos de las

⁸⁹ Ibidem

⁹⁰ CLADEM, Nada personal, 1999, consultada: 04 de junio del 2015
<https://www.youtube.com/watch?v=c0QIYcrUazs>

⁹¹ Citado por CLADEM en Nada personal

⁹² Loc. cit.: Cladem, Nada personal

⁹³ Ibidem



intervenciones que pongan en riesgo el bienestar de la población”⁹⁴. Lo hicieron y se convirtieron en cómplices de las afectaciones. Quizá si se hubieran unido y luchado contra ello –defendiendo no solo los derechos de las esterilizadas sino, también, el propio– la historia sería distinta.

1.2.2 Implicaciones para el paciente según testimonios

1.2.2.1 Caso de María Mamérita Mestanza

Mamérita Mestanza fue una campesina que vivía con su esposo Jacinto Salazar y sus 7 hijos en Cajamarca. Fue acosada desde 1996 por el Centro de Salud del Distrito de La Encañada para que se esterilizara. La amenazaron con denunciarla bajo una ley que imponía multa en caso de tener más de 5 hijos, así se operó el 27 de marzo de 1998 en el Hospital Regional de Cajamarca, sin ningún examen médico, fue dada de alta al día siguiente pese a que se encontraba mal de salud, el esposo informo su estado, pero los ignoraron.

Hasta que el día el 4 de abril de 1998 falleció por una infección generalizada post operatoria. Luego, intentaron darle una cantidad de dinero al esposo para que la situación no prospere. Sin embargo, el esposo denuncia este hecho que finalmente queda archivado, pero que posteriormente es llevado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos donde se inicia el proceso, pero que finalmente acaba con una solución amistosa entre el Estado peruano y la familia de la señora.⁹⁵ Este caso es el caso más representativo de una esterilización forzada y por ello, se tratará a detalle en posteriores acápite.

1.2.2.2 Otros testimonios

Según un testimonio redactado por la Defensoría del Pueblo⁹⁶, a la señora L.R.L. le ligaron las trompas en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), en la ciudad de Lima, el 24 de setiembre de 1997. En una entrevista ella afirmó que integrantes del Instituto Peruano de Seguridad Social la buscaron en su casa el 21 de setiembre pasado y le preguntaron “cuántos hijos tenía y si deseaba esterilizarse, que podían llevársela inmediatamente en una camioneta del IPSS, y que la regresaban después de la intervención.

La señora L.R.L. no aceptó ser trasladada inmediatamente. Sin embargo, los integrantes del Instituto Peruano de Seguridad Social se llevaron su libreta electoral, dejándole un folleto elaborado por el IPSS sobre la ligadura de trompas. Ella no lo leyó, y el IPSS tampoco se aseguró de que lo hiciera, (...) no le explicaron ningún otro método de planificación familiar”, así que ella fue al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), en la ciudad de Lima, el 24 de setiembre de 1997 para que la intervinieran. No se le hizo seguimiento y el 16 de noviembre tuvo un aborto, regresa para que le atiendan en distintas oportunidades; pese a ello, no lo hacen hasta que hace una denuncia en un medio de comunicación. Finalmente, se determinó el 29 de diciembre que “el día de la intervención quirúrgica de ligadura de trompas, la señora L.R.L. tenía dos semanas de gestación”⁹⁷.

⁹⁴ Reyes, Esperanza, «No somos bultos para ser tratados así...» El programa de planificación familiar 1996-2000, artículo en Sanos, Enfermos ¿y salvos? De ALLPANCHIS. Instituto pastoral andina, p. 127-128

⁹⁵ CLADEM, Boletín del programa del litigio internacional, Caso CIDH 12.191, Caso Mamérita Mestanza vs. Perú, diciembre del 2011, N° 6 AÑO 1

http://www.demus.org.pe/publicacion/7b2_caso_mamerita.pdf

⁹⁶ Defensoría del pueblo, Anticoncepción quirúrgica voluntaria I, Lima, segunda edición: octubre 1998, Defensoría del Pueblo editorial, Informe N° 7 p. 36-39

⁹⁷ De acuerdo con el oficio N° HNAL-DGO-N°055-97-J, citado en Anticoncepción..., p. 36-39



Así también la Defensoría del pueblo presentó el testimonio de Juana Gutiérrez (J.G.Ch.)⁹⁸ quien falleció el 20 de junio de 1997, al día siguiente de que le realizara la ligadura de las trompas en Centro Materno Infantil de Marcavelica (Sullana). Según el doctor John Nagahata Susanibar, « la conclusión del Atestado Policial N° 082-DICPNP de 15 de julio de 1997, era que no habría “delito culposo de impericia médica en agravio de J.G.Ch.”». Pero, su viudo mencionó que “ella no quería ligarse las trompas, pues se cuidaba con inyectables. Es más, se escondía cada vez que veía al personal del Puesto de Salud” (...) “Sin embargo, fue convencida para esterilizarse porque le dijeron que le darían alimentos si se operaba, y le advirtieron que no habría inyectables en la posta médica. No firmó ninguna autorización.

La persona que la convenció le dijo al señor F.C. [Felipe Castillo] que él debía ordenarle a su esposa que se esterilizara. Según Felipe Castillo, Juana Gutiérrez llegó a su casa después de la operación, sintiéndose muy mal. Falleció a las pocas horas”; por ello, el Ministerio Público ha denunciado a los médicos que intervinieron en dicha operación. Por otro lado, la Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer fue al Centro Materno Infantil de Marcavelica con el objetivo de ver la historia clínica de Juana Gutiérrez –para comprobar si firmó la autorización correspondiente–. Sin embargo, (...) el doctor Emilio Lavado Aguilar mencionó que esta “no se encontraba en el archivo, sin poder explicar cuál era la razón de ello”. El doctor Martín Otoyá, Jefe del Puesto de Salud de Mallaritos, le “negó que a las mujeres se les ofreciera alimentos a cambio de la ligadura”, pero si acepto la existencia de metas, y que estas eran 70 en dicho puesto.

2. Consecuencias

2.1 Internacionales

2.2.1 Admisión del caso de María Mamérita Mestanza Chávez a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por violaciones a los derechos a la vida, integridad personal, igualdad ante la ley, protección contra la violencia

Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos⁹⁹, las organizaciones no gubernamentales Estudio para la Defensa de la Mujer (DEMUS), el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer (CLADEM) y la Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH)¹⁰⁰ denunciaron que el Perú “violó derechos humanos de la señora María Mamérita Mestanza Chávez, al someterla de manera forzada a un procedimiento quirúrgico de esterilización, que finalmente ocasionó” su muerte. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos recibió la denuncia el 15 de junio de 1999 y el 14 de julio de 1999 abrió el caso.

En la posición de las peticionarias, se menciona que la señora María Mamérita Mestanza “representa uno más entre un número significativo de casos de mujeres afectadas por la aplicación de una política gubernamental de carácter masivo, compulsivo y sistemático que enfatizó la esterilización como método para modificar rápidamente el comportamiento reproductivo de la población, especialmente de mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales”.

⁹⁸ Óp. cit.: Anticoncepción quirúrgica voluntaria I, p.33-36

⁹⁹ Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, INFORME N° 66/00 CASO 12.191 MARÍA MAMÉRITA MESTANZA CHÁVEZ, Washington, D.C octubre de 2000 <http://www.cidh.oas.org/women/Peru12.191.htm>

¹⁰⁰ Las cuales acreditaron posteriormente como copeticionarias al Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y al Centro para la Justicia y el Derecho Internacional



Como ya se señaló, esta “campesina de aproximadamente 33 años de edad y madre de 7 hijos” fue acosada por el personal técnico, incluso bajo amenaza. La intervención fue realizada el 27 de marzo de 1998, en el Hospital Regional de Cajamarca, sin ningún examen médico. Al día siguiente, a pesar de estar con vómitos y dolores de cabeza fue dada de alta; el señor Salazar informó al personal de salud, pero ellos referían que era producto de la anestesia. Finalmente, se informó que la señora falleció el 5 de abril de 1998 en su casa. En su certificado de defunción, «se diagnosticó que su muerte se había producido debido a una “sepsis”¹⁰¹ como causa directa y bloqueo tubárico bilateral¹⁰² como causa antecedente».

Días después, “un doctor del Centro de Salud ofreció una suma de dinero al señor Jacinto Salazar con el fin de dar por terminado el problema”, pero el 15 de abril de 1998, el señor Jacinto Salazar denunció ante la Fiscal Provisional Mixta de Baños del Inca a Martín Ormeño Gutiérrez, Jefe del Centro de Salud de La Encañada, el hecho por “delitos contra la vida, el cuerpo y la salud, en la figura de homicidio culposo”. El 15 de mayo se formalizó la denuncia ante la Jueza Provincial de la localidad, “quien el 4 de junio de 1998 declaró que no había lugar a la apertura de instrucción, (...) decisión [que] fue confirmada el 1° de julio de 1998 por la Sala Especializada en lo Penal, en virtud de lo cual, el 16 de diciembre de 1998, la Fiscal Provincial ordenó el archivo definitivo del caso”.

Por otro lado, la posición del Estado peruano aduce que «el Ministerio de Salud investigó los hechos (...) y arrojó como resultado “consejería inadecuada” a la señora Mestanza y falta de seguimiento después de la intervención quirúrgica», además que, se había determinado la responsabilidad del personal de salud. Asimismo, aduce que la Inspectoría General de salud, el Juzgado Mixto de Baños del Inca (Cajamarca), y la Sala Especializada de la Corte Superior de Justicia, también, investigaron y concluyeron que no debían aperturar el caso por considerarlo en “calidad de cosa juzgada”. Sostiene que la denuncia tuvo como objetivo encontrar a los presuntos responsables de negligencia médica y «no tuvo como objeto determinar lo que los peticionarios determinaron como “esterilización forzada”». Y solicitaron que la inadmisibilidad del caso, porque no se agotaron los recursos.

Contrariamente, las peticionarias argumentan que con el archivamiento del caso en diciembre de 1998 “se agotaron los recursos de la jurisdicción interna”. El Estado sostiene que la decisión “es definitiva y constituye cosa juzgada”, pero que “(...) no constituye agotamiento de los recursos de la jurisdicción interna”, porque se buscaba responsables, “no lo relativo a la alegada esterilización forzada ni a los denunciados acoso y actos de discriminación”. Sin embargo, la Comisión consideró que el agotamiento de los recursos internos era cumplido.

Además que, si el Perú alega el no agotamiento, tiene a su cargo señalar de los recursos internos que deben agotarse. El requisito del Plazo de presentación se cumple, pues se presenta el 15 de junio de diciembre de 1999, antes de los seis meses de la decisión definitiva del agotamiento de los recursos internos. Cumple, también, con el requisito de la no duplicidad de procedimientos, ya que “no está pendiente de otro procedimiento de arreglo internacional”, ni ha sido ya examinada por algún organismo internacional. Es así que, la Comisión Internacional de Derechos humanos decidió declarar admisible el caso, por la

¹⁰¹ Es una infección muy fuerte

¹⁰² Es la esterilización quirúrgica



posibilidad de las violaciones de los artículos 1, 4, 5 y 24 de la Convención Americana¹⁰³, y 7 de la Convención de Belém do Pará¹⁰⁴.

2.2.2 Recomendaciones por la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos al Estado peruano sobre los derechos de la mujer en los servicios públicos de salud así como también a la prevención y respuesta ante la violencia; y la verificación del cumplimiento de dichas recomendaciones

La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos tiene una valoración positiva que tiene de los programas de salud reproductiva que respetan los derechos humanos. No obstante, «considera que cuando un programa de planificación familiar pierde su carácter “voluntario” y convierte a la mujer simplemente en un objeto de control para ajustar el crecimiento demográfico, el programa pierde su razón de ser y se transforma en un peligro de violencia y discriminación directa contra la mujer». Y eso que lo que sucedido en el Perú, perdieron ese carácter voluntario. En ese sentido, esta comisión recomendó “adoptar medidas” para que se “respeten los derechos de las mujeres en los servicios públicos de salud” como el desarrollo de mecanismos para erradicar el encubrimiento de delitos en los establecimientos de salud y el establecimiento oficinas de quejas. Así mismo, exhorta el cumplimiento de las recomendaciones hechas por la Defensoría del Pueblo en 1998.¹⁰⁵

2.2.3 Solución amistosa en el caso de María Mamérita Mestanza Chávez: indemnización y modificaciones legales dictaminadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

El 22 de febrero de 2001 el Estado peruano en un Comunicado de Prensa se “comprometió a propiciar una solución amistosa (...) de acuerdo a los artículos 48(1)(f) y 49 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”¹⁰⁶. Las partes suscribieron el Acuerdo Previo para Solución Amistosa el 2 de marzo de 2001 –apoyadas por la Comisión–, en esta “el Estado peruano admitió su responsabilidad internacional por los hechos alegados por las peticionarias”, vale decir, aceptó que se habían producido esterilizaciones forzadas.

Finalmente, esta se dio el 26 de agosto de 2003 al suscribirse el acta del acuerdo amistoso, en el cual el Estado se comprometió a castigar a los responsables de la vulneración de los derechos de la señora y a indemnizar a sus familiares. Esta fue de diez mil dólares americanos para cada uno de ellos, por concepto de reparación del daño moral. Además, por gastos de tramitación, denuncia, velorio y entierro se otorgó la suma de dos mil dólares americanos. Todo esto por parte del Estado peruano, pero está pendiente la indemnización por parte del personal técnico. Además, el Perú pagó siete mil dólares americanos por el tratamiento de rehabilitación psicológica y un seguro de salud.

En el plano legislativo, el Estado peruano se comprometió a “realizar las modificaciones legislativas y de políticas públicas sobre los temas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, eliminando de su contenido cualquier enfoque discriminatorio y respetando la autonomía de las mujeres”, así como adoptar las recomendaciones de la Defensoría del

¹⁰³ Convención Americana de los Derechos Humanos; SAN JOSE (COSTA RICA), ratificada el 07/12/1978, artículos 1, 4, 5, 24

¹⁰⁴ Convención Belem do para, artículo 7, Belem do para (Brasil), ratificada el 04/02/96

¹⁰⁵ Organización de los Estados Americanos, SEGUNDO INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL PERÚ, CAPITULO VII: LOS DERECHOS DE LA MUJER, inciso e y f, junio 2000 <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Peru2000sp/indice.htm>

¹⁰⁶ Ídem: Convención Americana de los Derechos Humanos, artículos 48 y 49.



Pueblo en el tema de políticas públicas sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar como las sanciones a los responsables y reparaciones civiles correspondientes a quienes fueron víctimas del programa.

Además, buscará garantizar el respeto de los derechos humanos en los servicios de salud como la evaluación pre-operatoria que a pesar de ser exigida no se cumplió; la capacitación del personal de salud en derecho reproductivo, violencia familiar y contra la mujer, derechos humanos; y la exigencia de formalidades para expresar el carácter voluntario de la intervención. Además de que los centros donde se dan las intervenciones quirúrgicas de esterilización sean adecuados para dicho fin. Finalmente, abrir medios para la denuncia de violación de derechos humanos en dichos establecimientos.¹⁰⁷

2.3 Nacionales

2.3.1 Problemas detectados en la aplicación de la Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)

Un análisis económico¹⁰⁸ permitirá vislumbrar que el gobierno utilizó la planificación familiar para sus fines económicos. Thomas Malthus¹⁰⁹, en 1798, mencionó que se produciría la degradación de los estándares de vida, debido a que la incapacidad de producción agrícola producida por el crecimiento descontrolado de la población. En el gobierno de Alberto Fujimori se utilizó instrumentalmente a la mujer, se tuvo una política Malthusiana (antinatalista) “que ponía el desarrollo económico nacional por encima de los derechos humanos de las mujeres”, puesto que el objetivo no era beneficiarlas a ellas sino que buscaban reducir el nivel de pobreza, es decir, “acelerar el crecimiento económico”.

Esto se vio reflejado en el documento *Lineamientos básicos de la política social* (1993), en el que se mencionaba que la capacidad económica del país de “proporcionar empleo adecuado y servicios sociales básicos” sería traspasada si se diera un crecimiento demográfico descontrolado. Los discursos feministas como género y derechos reproductivos han sido manipulados para favorecer esta política, lo cual va en contra de los derechos de la mujer. Esta justificación fue hecha pública anteriormente por Fujimori, en su segundo discurso presidencial de 1995, mencionó que con él empezaba la “lucha contra la pobreza” y que como “parte de su política de desarrollo social” se había “decidido llevar a cabo una estrategia integral de planificación familiar”.¹¹⁰ El Estado utilizaba a la publicidad para hacer percibir su vocación de feminista, como ya se ha mostrado en el acápite 1.1.1 en que se mencionó la aplicación teórica del programa, según el Estado.

Sin embargo, existían otros documentos que, también, mostraban que el gobierno usó la planificación familiar como “herramienta para el desarrollo económico”, dejando de lado “el respeto para la promoción de la salud o derechos reproductivos”, lo cual se notó con las campañas exclusivamente dirigidas a esterilizaciones quirúrgicas. El interés del gobierno por el control de la población contravino las normas de salud reproductiva acordadas en El Cairo, que se enfocaban en la libre elección. En el documento *Política social: Situación y perspectivas* se muestra la preferencia por la esterilización en lugar de los otros métodos. En

¹⁰⁷ Organización de los Estados Americanos, INFORME N° 71/03 SOLUCIÓN AMISTOSA MARÍA MAMÉRITA MESTANZA CHÁVEZ (PETICIÓN 12.191), octubre 2003 <http://www.cidh.oas.org/annualrep/2003sp/Peru.12191.htm>

¹⁰⁸ Ewing, Cristina, La Economía política de las esterilizaciones forzadas en el Perú, artículo en Memorias del caso de las esterilizaciones forzadas de Alejandra Ballon, 2014, Lima: Biblioteca Nacional del Perú, Fondo editorial p.47-69

¹⁰⁹ Citado por Ewing, Cristina en La Economía... p. 53-54

¹¹⁰ Óp. cit.: Ewing, Cristina en La Economía..., p. 57-58



ese sentido, “el número de esterilizaciones quirúrgicas realizadas, se convirtió en uno de los trece criterios para la evaluación de la lucha contra la pobreza de la administración de Fujimori”, con ello se muestra que las metas eran la reducción de la pobreza y el desarrollo económico, “no la salud o los derechos [sexuales y] reproductivos”, lo que se buscaba era que esta reducción demográfica aumentara el PBI *per cápita*. Esta justificación económica de la línea política de las esterilizaciones fue un factor que produjo los abusos que se dieron por este programa.¹¹¹

En un pronunciamiento de Fujimori mientras tenía la oposición de la Iglesia sobre la inclusión de la esterilización quirúrgica como método de planificación familiar; el ex presidente mencionó que “el Estado era el único que podía definir la política de población a nivel nacional y que la Iglesia solo tenía injerencia en cuestiones estrictamente religiosas”¹¹². Lo que se hizo fue regular sobre el cuerpo de las mujeres sin tener consideración de los derechos de las mismas. Es decir, la maternidad fue utilizada no solo en su función social, sino también fue causa justificación para utilizar violencia y discriminación.¹¹³

a) Derechos vulnerados

La principal muestra de violación de derechos fue la muerte de algunas pacientes, debido a las intervenciones quirúrgicas; las que sobrevivieron a la operación obtuvieron un daño físico y mental, puesto que estas ya no pudieron realizar su vida con normalidad. La mayoría de estas mujeres dependían de una economía rural y a muchas se les dificultaba el trabajo en el campo por los dolores causados por una mala intervención, lo cual generó problemas internos dentro de la familia como la violencia familiar.¹¹⁴

Los derechos vulnerados se encuentran protegidos en el ámbito nacional –como en la Carta Magna, en leyes, y normas con rango de ley– e internacional –como en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belem do Para”), Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)–que fueron detallados en el punto 1.3.3 del primer capítulo.

Primero, la vulneración del derecho a la libertad individual y seguridad personal se vio plasmado en que las usuarias no pudieron elegir el método que creían conveniente para ellas. La solicitud de permiso de los esposos para la intervención reflejaba la degradación de la voluntad de la mujer. Segundo, el derecho a la información oportuna y completa se vulneró, pues “el objetivo de la información es asistir a la paciente en la toma de decisiones, no suplantarla”, muchos médicos intervinieron a las pacientes con la justificación de ser “esterilizaciones por indicación médica”.

Sin embargo, la mujer tiene el derecho a no elegir el método recomendado por el médico, con esas disposiciones se confirma que este derecho a la libre elección fue transgredido. Relacionado con este derecho, está el derecho a la educación que, también, fue vulnerado,

¹¹¹ Loc. cit.: Ewing, Cristina en La Economía..., p. 61-64

¹¹² Loc. cit.: ADRIÁN LERNER, Las polémicas..., p. 60-69

¹¹³ Mantilla, Julissa, El caso de las esterilizaciones forzadas en el Perú como una violación de los derechos humanos, artículo en IUS ET VERITAS N°23, p.17

¹¹⁴ *Ibidem*



puesto que en el manual del programa no se previó que la población a la que principalmente iba dirigida –sector rural– no hablaba español sino quechua, e incluso algunas eran analfabetas; y por lo tanto, merecían un tipo de orientación especial, a lo cual se agrega el no cuestionamiento por parte de estas mujeres al personal médico, debido a que ellas “no se sentían capaces de cuestionar sus recomendaciones”.¹¹⁵ Esto último muestra la inferioridad interiorizada en las mujeres del área rural, la autopercepción negativa.

Se habría vulnerado, también, el derecho a una vida libre de discriminación por razones de género. Pues si bien, hubo vasectomías, “el programa fue diseñado básicamente para someter a las mujeres a la esterilización”. A ello se suma el, ya mencionado, permiso de la pareja. Así como el derecho a una vida libre de violencia, ya que esta afecta “sus capacidades reproductivas” y les impide “el ejercicio de sus de sus opciones sexuales”.

Según el CEDAW¹¹⁶, las esterilizaciones forzadas “afectan negativamente la salud física y mental de las mujeres, e infringen el derecho a elegir el número y el intervalo en el nacimiento de sus hijos. Por ello, la esterilización forzada es un tipo de violencia que afectó el derecho a la salud reproductiva y al servicio de atención de salud, puesto que no solo fue el sometimiento en contra de la voluntad de muchas pacientes, sino también las personas que accedieron, no contaron con un servicio de planificación familiar de calidad. Además, estas esterilizaciones “fueron usadas para servir las agendas estatales de población” lo cual refleja su carácter económico.¹¹⁷

b) Falta de garantías para la libre elección: la insuficiente consejería previa, la ausencia de un plazo entre la decisión y la intervención quirúrgica, y el ofrecimiento de estímulos en alimentos

Los factores que provocaron la no existencia de la libre elección fueron la insuficiente consejería previa, la ausencia de un plazo entre la decisión y la intervención quirúrgica y el ofrecimiento de estímulos en alimentos. La primera es “responsabilidad del consejero/a que los pacientes tomen una decisión libre, voluntaria responsable acerca de su fecundidad, conozcan los beneficios y riesgos de todos los métodos anticonceptivos disponibles, y en el caso de AQV, de la irreversibilidad del método”, y la necesidad de consentimiento por escrito, lo cual está normado en el artículo 6º de la Ley N° 26842.

Pero esta consejería no fue realizada, puesto que a muchas no se les informó adecuadamente, puesto que solo informaban de la AQV, o no se les informó nada, ni siquiera los requisitos establecidos en el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV.¹¹⁸ En ese sentido, se restringía la información sobre métodos anticonceptivos temporales y no se distribuían las pastillas de emergencia y preservativos.¹¹⁹

El segundo factor es consecuencia del primero, ya que al haber ausencia de consejería previa, tampoco se contó con un periodo de reflexión, muestra de ello es que en algunos casos, todo se realizó en un solo día. Además, las mujeres que acaban de dar a luz o tener un aborto no

¹¹⁵ Ídem: p.17-19

¹¹⁶ Citado en Julissa Mantilla en El caso... p.19

¹¹⁷ Ídem: p.19-20

¹¹⁸ Óp. cit.: Anticoncepción... p. 40-44

¹¹⁹ Defensoría del pueblo, La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III, Lima, octubre 2002, Defensoría del pueblo, p. 81-84



estaban en una adecuada situación como para tomar ese tipo de decisiones, y pese a ello fueron esterilizadas.

Esto contraviene el derecho de la libre elección de las personas regulado en el artículo 28° del decreto Legislativo N°346 –Ley de Política Nacional de Población– que “excluye todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar”.¹²⁰ El tercero, está relacionado al ofrecimiento de alimentos a cambio de la intervención quirúrgica en las campañas que serán mencionadas en el siguiente acápite.

c) Campañas, falta de seguimiento post intervención quirúrgica, metas referidas a los métodos de planificación familiar.

Primero, estas campañas fueron dirigidas exclusivamente a la ligadura de trompas, con ello “se demuestra que el Estado fomentó exhaustivamente la anticoncepción quirúrgica, subyugando el resto de métodos anticonceptivos, lo cual es contrario al artículo 6° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud”¹²¹, que reglamente la explicación completa de todos los métodos de planificación familiar. Segundo, la falta de seguimiento después de la intervención quirúrgica¹²² y la “negación de atención por complicaciones producidas por la esterilización quirúrgica”¹²³ provocaron muertes como la de la señora Mestanza.

En adición, a muchas mujeres no se les dio información respecto a que tenía que hacer después de la operación como venir a los controles por ejemplo, tampoco fueron a sus casas a buscarlas como si lo hicieron cuando querían que estas se operaran, y, según testimonios, algunas no volvieron a ir al centro por falta de recursos económicos, lo cual se pudo haber solucionado con las camionetas con las que las fueron a buscar. Además, el Programa de Planificación Familiar “está dirigido a los sectores de escasos recursos, [y] si el usuario/a no regresa al centro de salud para el control correspondientes, éste debe realizarse en el domicilio de tal usuario/a”, según el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV. Es decir, pese a que tenían el deber de hacer seguimiento a las pacientes, no lo hicieron. Tercero, la meta establecida era que el 50% de las MEF¹²⁴ estén cubiertas con métodos anticonceptivos, incluidas las niñas de 10 años de edad.

Sin embargo, se sostuvo que no existía “una meta de intervenciones quirúrgicas voluntarias”¹²⁵. Pero estas sí existían, ya que en el anexo 3 del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV¹²⁶ se encuentra explícitamente frases como “si mi producción es menor al 80% de la meta programada significa que es necesario reevaluar el proceso”, además se observa la existencia de una meta programada de AQV en el establecimiento en el que se realice esta autoevaluación, una estimación de candidatas, el número de pacientes captados y el número de sometidos.

Con lo que se concluye que “si no existiera una meta numérica para los métodos quirúrgicos, este anexo no figuraría” dentro del manual. Asimismo, el programa está dirigido

¹²⁰ Loc. cit.: Anticoncepción... p. 40-44

¹²¹ Ley general de la salud, Ley N° 26842

¹²² Óp. cit.: Anticoncepción... p.44-50

¹²³ Loc. cit.: Defensoría del pueblo, La aplicación..., p. 81-84

¹²⁴ Mujeres en edad fértil

¹²⁵ Contrariamente a esta afirmación, el Jefe del Puesto de Salud de Mallarios sostuvo que la meta para AQV en este centro de salud había sido fijada en 70 intervenciones para 1997

¹²⁶ Guía de autoevaluación de actividades de AQV citado por Defensoría del Pueblo, Anticonc... p.47-49



particularmente a las MEF, con lo cual se muestra un tratamiento diferenciado por parte de este programa con lo que se vulnera el derecho a la igualdad de género, como, también, el artículo 6° de la Constitución Política peruana que establece la promoción de la maternidad y paternidad responsable, ya que se ignora al padre de planificar su familia.

Otra meta fue “lograr que el 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber tenido consejería individual”, es decir, que todas estas personas deben necesariamente usar algún métodos anticonceptivos con lo que se transgrede su derecho al libre desarrollo de la persona y a la libertad de conciencia y religión.

La existencia de estas metas puede vulnerar derechos fundamentales como también puede generar excesos en la ejecución del programa, lo cual contraviene lo establecido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es decir que “los objetivos demográficos, aunque sean un propósito legítimo de las estrategias estatales de desarrollo, no deberían imponerse a los proveedores de servicios de planificación de la familia en forma de metas o de cuotas para conseguir clientes”¹²⁷. Esto último sirve para observar el enfoque que le dio el gobierno a esta política de planificación familiar, es decir, el crecimiento económico.¹²⁸

2.1.1 Proceso judicial inconcluso a Alberto Fujimori y a sus ex ministros de salud sobre el caso de las esterilizaciones forzadas

Antes de la solución amistosa en el caso *Mestanza Chávez*, en 2001 se creó la Subcomisión investigadora de personas e instituciones involucradas en las acciones de AQV” del Congreso de la República presidida por el señor Héctor Chávez Chuchón, la cual debía “investigar la práctica de esterilizaciones forzadas”. Esta refirió que “tanto Fujimori, como los diferentes Ministros de Salud, tenían pleno conocimiento de la existencia del fenómeno y de su magnitud y se mantenían regularmente informados al respecto, sin tomar alguna medida para sancionar las instancias de esterilización forzada”.

Por ello se formuló la denuncia constitucional No. 151 “contra el ex presidente Alberto Fujimori y los ex Ministros de Salud Eduardo Yong Motta, Marino Costa Bauer y Alejandro Aguinaga por delitos contra la libertad individual, contra la vida, el cuerpo y la salud, por el delito de asociación ilícita para delinquir y por el delito de genocidio”, la cual fue archivada el 17 de marzo 2003, ese mismo año se presentó una reconsideración, pero fue negada por la Comisión Permanente del Congreso. Sin embargo, también, se había presentado la denuncia ante la Fiscalía de la Nación, esto generó que la Fiscalía Especializada en Derechos Humanos aperturara «la investigación No. 18-2002 por los delitos de “genocidio y otros” en agravio de 2073 mujeres, entre las que figuraban 17 fallecidas¹²⁹».

La subcomisión parlamentaria investigadora calificó de “genocidio” al proceso de esterilizaciones.¹³⁰ La definición de “genocidio” que usó fue la misma que el Artículo 2 de la Convención para la prevención y la sanción del delito de genocidio, el artículo 6 del estatuto

¹²⁷ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, setiembre de 1994, p.40

¹²⁸ Loc. cit.: Anticoncepción... p.44-50

¹²⁹ Que luego cuando se agrega a la señora Mestanza son 18.

¹³⁰ Op. cit.: ADRIÁN LERNER, Las polémicas..., p. 15-23



de la Corte Penal Internacional y el artículo 319 del Código Penal peruano, es decir, la intención de la “destrucción a impedir nacimientos en el seno del grupo”.¹³¹

Este último, también, involucra la “lesión grave a la integridad física o mental a los miembros del grupo” y “la sanción prevista es la pena privativa de la libertad no menor de veinte años”.¹³² No obstante, a pesar que el programa estuvo orientado «a un “grupo social” (los más pobres), [pero que] difícilmente pretendían “destruirlo” en el sentido (...) de genocidio. Es importante señalar que la Comisión tenía una orientación claramente conservadora», los argumentos «parten del discutible presupuesto de que a quien se quería eliminar era a la “nación quechua”». Sin embargo, nadie ha probado la intención de eliminar a cierto grupo por la dificultad de probarla.¹³³

La congresista Dora Núñez impuso la denuncia constitucional No. 269 contra el ex presidente Fujimori y los tres ex Ministros de Salud, bajo crímenes de lesa humanidad en la modalidad de tortura, lesiones graves seguidas de muerte, secuestro y asociación ilícita para delinquir en agosto del 2003. Asimismo, en el 2004 la Fiscal de la Nación decidió “que no había lugar a la denuncia constitucional contra el ex presidente Fujimori”, del cual surgió el pedido de reconsideración por parte del Congreso en el 2005.

Para mayo del 2009, el Ministerio Público archivo la investigación No. 18-2002 argumentando que “los hechos denunciados no configuran delito de genocidio ni tortura y que los delitos enmarcados en el código penal no se habrían configurado o estarían prescritos”. Ante ello la Procuraduría del Ministerio de Justicia, DEMUS y el Instituto de Defensa Legal (IDL) argumentaron que las esterilizaciones realizadas “fueron una política de Estado y, por lo tanto, amontarían a un crimen de lesa humanidad”. Pero, la Primera Fiscalía Superior Anticorrupción resolvió apoyando la decisión del Ministerio Público. A lo que DEMUS en el 2010 presentó una petición de supervisión del caso Mestanza ante la CIDH para que las víctimas (...) tengan acceso a justicia y reparación”, el cual está siendo tramitado.¹³⁴

En octubre del 2011, mediante Resolución No. 2073-2011-MP-FN, el Ministerio Público reabrió las investigaciones. Posiblemente, debido a la petición ante la CIDH, en noviembre del 2012 se reabrieron las investigaciones para considerar “el caso *Mestanza Chávez* bajo el rubro de “delito de lesa humanidad” y no como delito común”. Ante esta situación, a fines del 2012, el Comité de Naciones Unidas contra la Tortura¹³⁵ se pronunció mostrando su preocupación por la falta de reparación y argumentando que esto contraindica “las obligaciones establecidas por los Art. 2, 10, 12, 13, 14, 15 y 16 de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” y recomendó abrir las investigaciones “y garantizar que todas las víctimas reciban una reparación adecuada”.¹³⁶

¹³¹ Ibídem y Gabriela Citroni, Esterilizaciones forzadas en el Perú: la lucha por la justicia y contra el silencio, consultado: junio 2015, https://1996pnsrpf2000.wordpress.com/investigacion/derechos-humanos/#_ftn1

¹³² Gabriela Citroni, Esterilizaciones forzadas...

¹³³ c. cit.: ADRIÁN LERNER, Las polémicas..., p. 15-23

¹³⁴ Loc. cit.: Gabriela Citroni, Esterilizaciones forzadas...

¹³⁵ Comité de Naciones Unidas contra la Tortura, New York, 1984, ratificada por Perú el 7 de julio de 1988, Art. 2, 10, 12, 13, 14, 15 y 16 de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

¹³⁶ Loc. cit.: Gabriela Citroni, Esterilizaciones forzadas...



2.1.1 Legislación vigente sobre planificación familiar

La legislación vigente sobre planificación familiar se encuentra plasmada en la Norma Técnica de Planificación Familiar, la cual fue hecha el año 2005. En esta se encuentra como objetivo general “establecer los procedimientos para lograr un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud contribuyendo a que la población peruana alcance sus ideales reproductivos, basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida del (a) usuario(a), así como de su familia, su comunidad y el país”. Aquí se muestra la preocupación del Estado para mejorar los procesos de la aplicación de la planificación familiar en tanto exista el respeto por los derechos humanos. Además, se ve plasmado la mejora de la elección sobre métodos anticonceptivos, con el fin de que esta sea libre e informada.¹³⁷

Esta información –que está sujeta a verificación por parte de la persona responsable de su atención– es sobre la sexualidad, los métodos anticonceptivos (incluidos pros y contras) y las funciones de órganos sexuales y reproductivos. Se le reconoce derechos como conocer la identidad de las personas que le estén ofreciendo servicios de planificación familiar, a tener seguridad en la atención mediante prácticas adecuadas con estándares sanitarios, a tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención de salud, a no perder beneficios o derechos por rechazar el uso del método, a “no ser sometido/a a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario”, es decir, con algún tipo de presión o coerción para la elección del método anticonceptivo –especialmente en situaciones de estrés como post parto o aborto–.

Pudiendo rechazar la atención en cualquier momento –incluso después de haber recibido información– sin perder derechos de atención.¹³⁸ En ese sentido, se debe dar una “orientación/consejería diferenciada” para “usuarias que soliciten métodos de anticoncepción definitivos como el AQV”, “usuarias que presenten limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión”, mujeres que se encuentren en el período post parto y post aborto, o personas analfabetas, víctimas de violencia sexual, personas con VIH/SIDA, o adolescentes. Además, que “toda complicación” provocada por la aplicación de algún método, “deberá ser reportado (...) para proveer recursos y facilidades para el manejo de la complicación”.¹³⁹

En ese sentido, “en caso de que la persona usuaria opte por algún método, desde la primera consulta, excepto AQV, éste podrá ser prescrito, luego de la evaluación profesional y siempre que se cuente con el/la proveedor/a capacitado/a para ello”, esto se ve complementado con el nuevo requisito de dos consejerías previas como mínimo que exige el AQV, donde se dialogara sobre la AQV, es decir, el tipo de anestesia, complicaciones, posibilidad de falla, irreversibilidad del método, riesgos de complicaciones, posibilidad de muerte, indicaciones para el pre y post operatorio y citas para control respectivo. Si después de ello, persistiese con su decisión, según dicha nota debería recibir el formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para AQV, el cual se le leerá analizándolo detenidamente y verificando su comprensión en cada uno de los puntos”, el cual “si lo deseara podrá firmarlo.

¹³⁷ Ministerio de Salud, Norma Técnica de Planificación Familiar, Lima, 2005, Hilmart, p. 15

¹³⁸ Ídem: p.18-20

¹³⁹ Ídem: p.37-38



La persona usuaria deberá ser informada que cuenta con un período de reflexión de por lo menos 72 horas para confirmar su decisión, así como que puede desistir de esta opción en cualquier momento o elegir otra opción anticonceptiva (...) Al término de la sesión, y en forma obligatoria se proporcionará a la persona usuaria un folleto que contenga la información sobre la intervención y los cuidados pre y post operatorios”.¹⁴⁰

Respecto a los derechos sexuales y reproductivos, se le otorga el derecho a “disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan” gozar su sexualidad; “a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”, a la igualdad para acceder a los servicios de atención de salud.¹⁴¹ Específicamente, para la entrega del servicio de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria se han creado los PES (punto de entrega de servicios), los cuales deberán garantizar niveles de seguridad y calidad.¹⁴² Respecto a la evaluación clínica y selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, se deberá descartar un posible embarazo o la existencia de “factores de riesgo que contraindiquen el uso de cualquier método”. En esta evaluación se debe “indagar sobre la historia sexual con mucha precaución” y antecedentes patológicos utilizando la historia clínica para ello; prevenir la presencia de violencia familiar, y en caso de encontrarla, se debe informar a las autoridades competentes. Específicamente para las que adoptaron la AQV “se deberá realizar evaluación clínica completa por médico capacitado o certificado”.¹⁴³

Se exige como requisito la mayoría de edad –pero no es recomendable operar a usuarias menores de 25 años, salvo “algún factor de riesgo reproductivo”, debido al alto riesgo de arrepentimiento–, que ya tenga el número deseado de hijos, dos sesiones de consejería, que este completamente informada, que el bloqueo tubárico (AQV) sea realizado por personal calificado y en los PES calificados para AQV. Actualmente, las disposiciones para el período post operatorio son la observación por lo menos 4 horas, pero si la usuaria es de alguna “zona rural o lejana deberá permanecer como mínimo 24 horas en el PES donde se realizó la intervención”, la entrega de información sobre los cuidados que debe tener entre ellos el reposo por 7 días y que se le otorgue una programación de seguimiento.¹⁴⁴

Otros cambios que se perciben son el cambio de la palabra “alcanzar” por “hacer el esfuerzo de alcanzar” el 50% de contracepción en las MEF y 70% en las MEF con pareja. El otro cambio fue de la aplicación de contracepción al 60% de adolescentes por “evitar embarazos adolescentes no deseados”. Y finalmente, el logro representativo en la presente legislación, fue el cambio en la, ya mencionada, obligatoriedad de salir con un método anticonceptivo a que todas deben salir informadas de “los métodos de planificación familiar disponibles”.¹⁴⁵

Como en muchos trabajos, se ha demostrado la existencia de violación de derechos en el caso de esterilizaciones forzadas, plasmada en el caso de la señora Mestanza. Sin embargo, no existe una sentencia ni a los actores intelectuales ni a los actores físicos. Este caso debería motivar la existencia de una legislación que sancione las esterilizaciones forzadas; y es un ejemplo de que este programa fue parte de la política económica de Fujimori que no tuvo

¹⁴⁰ *Ibidem*

¹⁴¹ *Ídem*: p. 20

¹⁴² *Ídem*: p.25

¹⁴³ *Ídem*: p.39-41

¹⁴⁴ *Ídem*: p.69-71

¹⁴⁵ *Óp. cit.*: Ewing, Cristina en *La Economía...*, p. 60



Ilaqtanchis

como objetivo la realización de la libertad reproductiva de la mujer, como se reflejaba en las publicidades que usaban los discursos feministas como justificación, puesto que en realidad tenían una intención antinatalista que buscaba evitar el decrecimiento económico. Esta es la posible explicación para la existencia de coerción. Se debería tomar conciencia a través de la reflexión y la memoria para evitar que esto vuelva a repetirse. No es solo sentir compasión por las mujeres afectadas sino aceptar que se cometió un delito y de identificarse con ellas. Puesto que sirven para construir nuestra propia identidad, dejar el silencio a un lado y luchar por la justicia.

Las políticas de planificación familiar son regulaciones adoptadas por un Estado para permitir a las familias decidir sobre la cantidad de hijos que desea tener y cuándo desearía tenerlos. La esterilización quirúrgica voluntaria es un método de planificación familiar. En ese sentido, *el Programa Nacional de Planificación Familiar 1996-2000*, durante el gobierno de Alberto Fujimori, lo adoptó como parte de su política de planificación familiar. Este programa contó con regulaciones como que toda mujer debe salir adoptando un método anticonceptivo.

El objetivo era reducir la pobreza en el país, especialmente en las zonas andinas, para ello se utilizó como justificación un discurso feminista (libertad en salud reproductiva). Es decir, que el objetivo no era el respeto por la autonomía de la mujer, sino era el desarrollo económico del país y para eso había que reducir la pobreza, y si era posible eliminarla. Teniendo en cuenta que este era el fin de Fujimori y sus ex ministros, se muestra que esta es la posible explicación para la existencia de la alta coerción de la que fueron víctimas aproximadamente 2018 peruanas. En el presente escrito, se presentó el caso de la señora Mestanza Chávez quien fue víctima de esta política, su caso llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, pero concluyó con una solución amistosa entre los familiares de la misma y el Estado peruano, en la cual el último reconoce su culpa.

Los derechos que se violaron fueron los sexuales y reproductivos, derecho al consentimiento informado, igualdad ante la ley, a la libertad individual, de conciencia y de religión. Asimismo, la paciente no tuvo las garantías para la libre elección que la ley debió otorgarle, tales como la consejería previa, un plazo entre la decisión y la intervención quirúrgica o su derecho a que no existan estímulos de ningún tipo que afecten la elección que debe tener la usuaria. De ese modo, también, se vio afectado su derecho a participar en campañas donde se presente información sobre todos los métodos anticonceptivos y no se enfoque solamente en un método como sucedió con la AQV, al seguimiento y atención post intervención quirúrgica que hubiera evitado la muerte de la señora Mestanza Chávez, a que las metas referidas a los métodos de planificación familiar no tengan el carácter obligatorio que tuvo en la época de Fujimori, sino que tengan más flexibilidad.

La legislación actual ha adoptado algunas de las recomendaciones hechas por la Defensoría del Pueblo con lo que la atención ha mejorado, especialmente en el respeto de los derechos de la mujer anteriormente mencionados. Respecto al proceso judicial de Alberto Fujimori y sus ex ministros, este aún no ha concluido. Sin embargo, se espera que se haga justicia, puesto que si bien existe un actor físico, también existieron actores intelectuales que permitieron que esta política fuera aplicada de manera tan coercitiva a estas mujeres, pues solo se las utilizó para lograr fines económicos, sin importar los derechos de mismas. Este caso peruano debería motivar la existencia de una legislación que sancione las esterilizaciones forzadas, que no solo reglamente contra el personal técnico que se relaciona de manera física con las pacientes, sino que también contra los actores intelectuales. Previamente, se debería aclarar si estas acciones se tratarían o no de genocidio.

Finalmente, este trabajo busca la toma de conciencia de la ciudadanía a través de la reflexión y la memoria para evitar que esto se vuelva a suceder. No se trata es volver a mencionar lo que muchas personas sobreentienden –que no se repita nunca más–, no es solo sentir compasión por las mujeres afectadas, sino aceptar que se el error que cometió el Estado al enfocarse solo en el desarrollo económico dejando de lado los de derechos de las mujeres en



Ilaqtanchis

situación de pobreza, que si bien en ese momento muchas personas no hicieron nada para remediarlo y al contrario colaboraron con su expansión, existe el presente. Hoy es el día de identificarse con ellas, para adoptar una nueva identidad que nos permita dejar el silencio a un lado, hacer oír la voz del pueblo peruano y reclamar a gritos la justicia tan esperada por estas mujeres.

CITRONI, GABRIELA

Sin fecha Esterilizaciones forzadas en el Perú: la lucha por la justicia y contra el silencio, fecha de consulta: junio 2015
https://1996pnsrpf2000.wordpress.com/investigacion/derechos-humanos/#_ftn1

CLADEM

1999 Nada personal, 1999, consultada: 04 de junio del 2015
<https://www.youtube.com/watch?v=c0QIYcrUazs>

2011 Boletín del programa del litigio internacional, Caso CIDH 12.191, Caso Mamérita Mestanza vs. Perú, diciembre del 2011, N° 6 AÑO 1
http://www.demus.org.pe/publicacion/7b2_caso_mamerita.pdf

COORDINADORA NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

1995 INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL PERÚ. Consulta: 09 de mayo de 2015

<http://www.derechos.net/cnddhh/inf-anua.htm>

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ

1993 Artículos 1, 2, 6, 7, 59 y 65, 29 de diciembre de 1993

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

1995 Ley 26530. Modifican la ley de política nacional de población. Lima, 09 de septiembre. Fecha de consulta: 15 de mayo del 2015.

1995 Ley de política nacional de población, Decreto legislativo N° 346, Perú, 1995

1997 Ley general de la salud, *Ley N° 26842*

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

1998 Anticoncepción quirúrgica voluntaria. I: casos investigados por la Defensoría del Pueblo. 2a ed. Lima: Defensoría del Pueblo, 1998

2002 La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III: casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Lima: Defensoría del Pueblo, 2002

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

1996 Resolución Directoral N°001-DGSP, 29 de febrero de 1996

EWING, CRISTINA

2014 La Economía política de las esterilizaciones forzadas en el Perú, artículo en Memorias del caso de las esterilizaciones forzadas de Alejandra Ballon, 2014, Lima: Biblioteca Nacional del Perú, Fondo editorial

GÓMEZ BETANCOURT, RICARDO

Sin fecha Anticoncepción. Esterilización quirúrgica.
<http://www.ginecoweb.com/0eq.html>



GRUPO EL COMERCIO

2014 “Impunidad y esterilizaciones forzadas, por Julio Arbizu”. *El Comercio*. Lima, 15 de mayo. Consultado: 09 de abril del 2015”

<http://elcomercio.pe/opinion/colaboradores/impunidad-y-esterilizaciones-forzadas-julio-arbizu-noticia-1729529>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

1996 Perú: Compendio estadístico 1995-96, agosto 1996, preparado por Dirección técnica de indicadores económicos y la Dirección ejecutiva de Coyuntura

LERNER PATRÓN, ADRIÁN

2009 LAS POLÉMICAS MEDIÁTICAS EN LA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIONES MASIVAS EN EL PERÚ DE FUJIMORI (1994-1998), diciembre del 2009, Tesis para optar al título de Licenciado en Historia que presenta el Bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú, Asesor: IVÁN HINOJOSA, Facultad de Letras y Ciencias Humanas

MANTILLA, Julissa

2001 “El caso de las esterilizaciones forzadas en el Perú como una violación de los derechos humanos”. IUS IT VERITAS. Lima: 2001, número 23

MINISTERIO DE SALUD

1996 Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM. APRUEBAN EL "PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1996 - 2000". Lima, 06 de febrero.

1996 Manual de normas y procedimientos para actividades de AQV, Lima, 1996

2005 Norma Técnica de Planificación Familiar, Lima, 2005, Hilmart

2014 PRESENTACION. Fecha de consulta: 09 abril
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/index.html>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

1979 Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), artículo 12 y 14, ratificado el 1 de junio de 1982
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

1984 Art. 2, 10, 12, 13, 14, 15 y 16 de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. New York, 1984, ratificada por Perú el 7 de julio de 1988

1994 Informe de la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo en El Cairo. Nueva York, 1995
http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf



ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS

- 1969 Convención Americana sobre Derechos Humanos. San José (Costa Rica), ratificada el 07/12/1978. Fecha de consulta: 09 de abril del 2015.
<http://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm>
- 1994 Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención De Belem Do Para". Belem do para (Brasil), ratificada el 04/02/96. Fecha de consulta: 09 de abril del 2015.
<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- 2000 “Segundo Informe sobre la situación de los derechos humanos en el Perú”. *Comisión Interamericana de los Derechos Humanos*. Fecha de consulta: 09 de abril del 2015.

<http://www.cidh.oas.org/countryrep/Peru2000sp/capitulo7.htm#F/>
- 2000 “Informe de seguimiento sobre el cumplimiento por el Estado peruano con las recomendaciones efectuadas por la CIDH en el *segundo informe sobre la situación de los derechos humanos en Perú*”. *Comisión Interamericana de los Derechos Humanos*. Fecha de consulta: 09 de abril del 2015.
<<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2001sp/cap.5b.htm>>
<<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2001sp/cap.5c.htm>>
- 2000 INFORME N° 66/00 CASO 12.191 MARÍA MAMÉRITA MESTANZA CHÁVEZ de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos Washington, D.C octubre de 2000
<http://www.cidh.oas.org/women/Peru12.191.htm>
- 2003 INFORME N° 71/03 SOLUCIÓN AMISTOSA MARÍA MAMÉRITA MESTANZA CHÁVEZ (PETICIÓN 12.191), octubre 2003
<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2003sp/Peru.12191.htm>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2013 “Planificación familiar”. Nota descriptiva N°351. Mayo de 2013. Fecha de consulta: 09 de abril del 2015.
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>>

REYES, ESPERANZA

- Sin fecha «*No somos bultos para ser tratados así...*» El programa de planificación familiar 1996-2000, artículo en Sanos, Enfermos ¿y salvos?, ALLPANCHIS N°56, Instituto pastoral andina

ROBLES, JUAN

- 1996 Artículo “El Derecho a la Salud” en Los derechos económicos y sociales en el Perú 1995: informe anual de APRODEH. Lima: APRODEH, CEDAL, 1996

SOMA, NAOKO

- 2012 La política familiar en Japón y Corea del Sur, sin fecha, consulta: 20 de mayo del 2015.



<http://www.nippon.com/es/in-depth/a01003/>

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

1997 STC 0014-96-I/TC, mayo de 1997

<http://www.tc.gob.pe/ficha/1996/00014-1996-AI.pdf>