

II.

Aplicación de la anticoncepción  
quirúrgica en el Perú y violaciones  
a los derechos humanos

Esta sección se abre con un resumen de hechos sobre los que se cuenta con un alto grado de probanza, a partir de la información que la investigación ha recogido y documentado.

La información recogida procede de 19 departamentos del Perú. Hasta noviembre de 1998 se alcanzó un total de 243 registros. 112 casos han sido sustentados por testimonios<sup>1</sup> de las personas afectadas y/o de familiares u otros testigos,<sup>2</sup> el resto ha contado con niveles de probanza suficientes.<sup>3</sup> Igualmente, se ha contado con información provista por autoridades y agentes de salud en once departamentos.<sup>4</sup>

Durante la investigación hemos considerado dos planos de observación: uno, sobre las decisiones —manifiestas o encubiertas— por parte de las autoridades político-administrativas; y otro, sobre los actos u omisiones adjudicados a los proveedores de salud u otros agentes públicos. En ambos planos, los hallazgos permiten examinar el desempeño del estado respecto a sus deberes de respetar, proteger y contribuir a la realización de los derechos humanos reconocidos internacionalmente.

Lo observado sobre el primer plano, además de contribuir a esclarecer las orientaciones de las políticas y examinar su consistencia con las obligaciones de derechos humanos a las que deben ajustarse los estados, destaca de modo importante el tipo y grado de responsabilidad del estado involucrado por las violaciones a los derechos humanos descritas.

El segundo plano ha sido reconstruido a través de la identificación y documentación de casos, contando para ello con testimonios individuales de personas afectadas y/o de quienes conocieron directamente los hechos, entrevistas colectivas a pobladoras y mujeres organizadas, así como entrevistas a funcionarios y agentes de salud.

Igualmente, a efectos de examinar discriminación prohibida, hemos levantado información fáctica, sumada a la ofrecida por los marcos normativos y aquella expresada en los documentos de políticas y programas, que nos permita determinar la presencia de distinciones, trato desigual, daños particulares o desproporcionados sobre determinados grupos y/o impactos negativos diferenciados por razones de género, condiciones económicas, pertenencia a un grupo étnico, lengua, entre otras.

En cada punto tratado se consigna el marco normativo internacional desde el cual es cotejado el desempeño del estado peruano, a la vez que se procura introducir una serie de consideraciones previas, para ayudar a una cabal comprensión del problema. Igualmente, incluimos la normatividad interna correspondiente a fin de observar la protección jurídica dispuesta, buscando simultáneamente advertir su vigencia al contrastarla con los hallazgos.

Luego de presentados los hechos se registra la respuesta institucional ante los problemas que dichos hechos revelan.

1. En aquellos casos de mayor gravedad, a fin de determinar la coherencia y consistencia de lo declarado por las personas que nos brindaron sus testimonios, volvimos a entrevistarlas hasta en dos oportunidades adicionales en períodos distintos. De esta manera se logró, por ejemplo, reconstruir la temporalidad en la narración y esclarecer los significados de ciertos términos usados por las declarantes, especialmente de aquéllas pertenecientes a contextos culturales diferentes.
2. Se ha recurrido a testimonios de familiares u otros testigos en aquellos casos de fallecimiento de la persona afectada.
3. Aun cuando no fuera nuestro equipo de investigación el que realizara directamente la entrevista conforme a los lineamientos metodológicos adoptados para el recojo de testimonios.
4. Además de ser entrevistados en relación a su metodología de trabajo e indagar sobre la posible existencia de cuotas asignadas, se procuró obtener información de los establecimientos de salud que las personas afectadas señalaron como locales en los que se realizaron las intervenciones quirúrgicas. En ningún caso nos permitieron acceder a la hoja del consentimiento informado a fin de verificar las firmas de las usuarias.



## Síntesis de los hallazgos

### **1. Disposiciones a nivel de la autoridad político-administrativa y acciones sobre el personal de salud que han dado lugar a esterilizaciones forzadas y otras prácticas contrarias al consentimiento informado y al derecho a la salud**

- Metas numéricas en anticoncepción quirúrgica y supervisión sistemática de la autoridad central respecto de su ejecución en los diversos niveles. Incrementos anuales de las metas. Inclusión de meta demográfica como meta general del PNSRPF 1996-2000.
- Cuotas de captación de usuarias en anticoncepción quirúrgica asignadas a establecimientos y agentes de salud. De las entrevistas a personal de salud y documentación obtenida, encontramos, en diversas localidades, evidencias de presión, incentivos y amenazas sobre agentes de salud para la captación de usuarias que incluye:
  - Ofrecimiento y entrega de dinero o especies al personal de salud por usuaria efectivamente captada.
  - Estímulos y/o amenaza de sanciones (promoción, remoción, etc.) en relación a cumplimiento de cuotas.
  - Estímulos al establecimiento de salud con mayor número de usuarias captadas: vehículos, computadoras y otros equipos.
- Instrumentos de evaluación periódica de actividades de AQV para establecimientos de salud, formulados bajo el criterio de producción: número de personas esterilizadas/metras programadas de AQV en el establecimiento.
- Acciones planificadas, masivas y sistemáticas dirigidas exclusivamente para la captación de usuarias de métodos definitivos, en un amplio rango de localidades: campañas, ferias y festivales de anticoncepción quirúrgica.
- Inclusión en el PNSRPF de meta/objetivo de cobertura por la que el 100% de pacientes por parto o aborto deben egresar con un método seguro
- Formulación de metas/objetivo de cobertura exclusivamente sobre personas de sexo femenino.

### **2. Abusos y otras prácticas violatorias a los derechos humanos en la prestación de anticoncepción quirúrgica**

#### *a) Esterilización forzada*

Esterilización bajo engaño manifiesto, coacción o grave amenaza hacia la persona objeto de intervención o hacia su cónyuge. Los casos de esterilización forzada recogidos por este informe incluyen:

- Esterilización de mujeres en el contexto de otra intervención (postparto, postaborto, otras atenciones en salud reproductiva), sin que éstas conocieran que serían objeto de tal intervención quirúrgica.
- Esterilización de mujeres por autorización exclusiva de sus parejas varones (cónyuges o convivientes), inducida por personal de salud al no haber sido logrado el consentimiento de éstas.

- Esterilización pese al desistimiento de la persona antes del inicio de la intervención quirúrgica.
- Esterilización bajo condiciones de intimidación (amenazas de intervención de fuerza policial u otras autoridades, o de privar de servicios de salud a la persona o a miembros de su familia), o mediante privación de libertad (encierro de pacientes en salas antes de la intervención).
- Esterilización mediante engaño sobre el carácter irreversible de la operación, no obstante que la persona usuaria manifestara deseo de espaciar y no de limitar embarazos.

*b) Otras prácticas contrarias al consentimiento libre e informado*

Además de los casos hallados de esterilización forzada, encontramos un mayor número de casos que describen condicionamientos, información sesgada o incompleta, ausencia de garantías al proceso de decisión, asedio y malos tratos en menoscabo de la autoimagen y capacidad de disentir de las personas usuarias:

- Utilización de frases ofensivas o humillantes, manipulación de la condición de pobreza para orientar a la esterilización, presión sistemática individual y/o familiar a través de visitas domiciliarias o cuando la mujer acudió al establecimiento de salud para solicitar atención para sí o para otro miembro de la familia.
- No suscripción de formato de autorización escrita para anticoncepción quirúrgica. Presión o engaños para suscripción de formato luego de realizada la intervención.
- Negativa a entregar el método solicitado por la usuaria en caso de ser distinto a la anticoncepción quirúrgica.
- Recomendación de cambio del método utilizado por la usuaria para orientar la decisión por la ligadura de trompas. Debemos indicar que en diversas localidades se notificó desabastecimiento de algunos métodos temporales. Igualmente, algunos proveedores presentaron la gratuidad en la entrega de servicios de planificación familiar como una oportunidad breve y anunciando que sería suprimida la entrega de métodos temporales por parte de los establecimientos públicos de salud.
- No información verbal ni escrita sobre las características, riesgos y precauciones postoperatorias de la opción de anticoncepción quirúrgica, y/o informaciones engañosas sobre el carácter de la intervención.
- No lectura por parte de la usuaria del formato de consentimiento de anticoncepción quirúrgica.
- Captación de usuarias en el contexto de entrega de alimentos y por el mismo personal encargado de la distribución.
- Ofrecimiento de alimentos, vestido, dinero, servicios a modo de incentivos.
- Ofrecimiento de condonación o reducción de deuda hospitalaria derivada de la atención del parto o aborto incompleto a cambio de ligadura de trompas.
- Ausencia de consejería en donde la usuaria reciba información sobre la más amplia gama de métodos anticonceptivos.
- Ausencia de plazo para una decisión meditada.

Varias de las modalidades descritas han sido reconocidas y confirmadas por entrevistas a personal de salud.

*c) Prácticas contrarias al derecho a la salud*

En esta categoría agrupamos actos u omisiones, incluida la práctica médica bajo condiciones no adecuadas o inseguras. En base a los testimonios recogidos y la información complementaria levantada, encontramos:

- No realización de exámenes, evaluaciones previas o verificación de datos en historia clínica.
- Realización de estas intervenciones sin contar con infraestructura y equipos adecuados.
- Intervenciones en anticoncepción quirúrgica con personal imperito o con entrenamiento deficitario.
- Manejo de anestésicos por personal no calificado.
- Trato discriminatorio, intimidatorio, humillante y/o indiferente a las manifestaciones de la persona usuaria.
- Captación de usuarias en condiciones no recomendables para este tipo de intervenciones, sin advertirles e informarles al respecto o sin tomar las precauciones especiales debidas: pacientes con obesidad, desnutrición, anemia, inflamaciones pélvicas, tuberculosis, etc.
- Presencia de personas en la sala de operaciones en un número superior al recomendado.
- Abandono de pacientes en la fase postoperatoria antes del alta.
- No seguimiento postoperatorio.
- No entrega de medicamentos ni información para el manejo postoperatorio.
- No advertencia sobre señales importantes de complicaciones. En caso de complicaciones los costos reposaron en las personas usuarias y no pocas fueron rechazadas cuando acudieron al establecimiento de salud solicitando atención.
- Indicar como normales signos que merecían atención médica. Exposición a peligro y sufrimientos innecesarios.
- No retiro de dispositivos intrauterinos a mujeres ligadas y/o no atención sobre sus otras necesidades en materia de salud reproductiva.
- No información a usuarias sobre las complicaciones durante la intervención, sobre su evolución y pronóstico.

*d) Prácticas contrarias al derecho de las usuarias a efectuar reclamaciones y a la obtención de justicia*

- No información a usuarias sobre sus derechos frente a los servicios de planificación familiar, ni sobre las vías para ejercerlos.
- No entrega de copia de epicrisis o historia clínica, dificultando la reclamación.
- No información sobre nombre del personal a cargo de las intervenciones.
- No recepción de reclamaciones en los establecimientos de salud.
- Actos de encubrimiento y obstrucción a la justicia: rotación de personal, versiones falsas sobre lo sucedido durante el acto médico o sobre los factores de complicación.
- Presión y amedrentamiento hacia denunciantes.
- No reparaciones justas, oportunas y equitativas.

### **3. Observaciones sobre discriminación**

En base a la información recogida, el estudio ha observado: discriminación por género, por condición socioeconómica (pobreza y extrema pobreza), por origen, condición racial y/o étnico-lingüística. Igualmente, hemos encontrado evidencias de abusos sobre grupos específicos: población con discapacidades o con enfermedades pulmonares (TBC). También hallamos abusos contra población homosexual (casos localizados).

## Metas y cuotas

### 1. El problema en un marco de derechos

«Cuando se hace hincapié en las metas de población y se les aísla de las metas de desarrollo más amplias, se tiende a encubrir la importancia del desarrollo como la manera más segura de eliminar la pobreza. Queda claro que el objetivo principal debe ser la reducción de la pobreza y no la reducción del número de pobres. La utilización de metas y cuotas en los programas de población hacen que surja la posibilidad de que los intereses y los derechos individuales entren en conflicto con –y sean abatidos por– los intereses y las políticas gubernamentales. Existe entonces el potencial para fijar metas que pongan el poder del Estado en contra de los derechos reproductivos de los individuos. En la mayoría de los casos, las metas no han sido utilizadas como medios, sino como el fin mismo. Es inaceptable la formulación de objetivos cuantitativos que ignoran las demandas éticas de los individuos. La planificación gubernamental puede trabajar en compatibilidad con las necesidades y los derechos individuales, pero solamente si las metas se formulan de tal manera que incluyan los objetivos de aumentar al máximo el flujo de información, de ejercitar los derechos y de satisfacer las necesidades de los individuos, y en general, de darle poder a los individuos dentro de sus relaciones con las estructuras del Estado y la sociedad.»

Stephen L. Isaacs, Ruth Macklin y Rebecca Cook  
*Declaración sobre proposiciones éticas  
en salud reproductiva y políticas de población*<sup>5</sup>

«Surge un conflicto cuando existe alguna prioridad o motivación que pueda ser 'más relevante' para el prestador de servicios que la misma norma. Un caso particular es el criterio institucional para evaluar su rendimiento, como lo puede ser, para nuestro tema de interés, la contribución a metas demográficas.

Tomemos como ejemplo la calidad de la atención en planificación familiar: los programas de planificación familiar tuvieron su origen, prácticamente en todas las regiones, en una gran preocupación por el crecimiento demográfico ampliamente difundido y popularizado como la explosión demográfica. Por esta razón, el concepto de calidad de los programas o servicios de planificación familiar ligado a «su eficiencia» en la lucha contra «el crecimiento exagerado» de la población, (...) llevó a que, hasta hace muy poco tiempo, el énfasis en la evaluación de servicios y programas de planificación familiar estuviera centrado en el cumplimiento de metas cuantificables, tales como el número de nuevas usuarias, índices de prevalencia o metas demográficas, como la reducción de la tasa de natalidad (Díaz y Halbe, 1990).»

Juan Guillermo Figueroa Perea  
*Comportamiento reproductivo y salud*<sup>6</sup>

5. Careaga, Figueroa y Mejía, 1996:206-207

6. *Ibid.*, págs. 298-299.

### **Consideraciones previas**

Es pertinente plantear algunas distinciones para una cabal comprensión del problema de las metas y cuotas en planificación familiar y particularmente frente a la prestación de servicios de anticoncepción quirúrgica. Para tal efecto, presentamos a continuación algunas precisiones que pueden aportar a dicha comprensión.

#### *Metas demográficas*

Metas demográficas son aquellos resultados que una política se propone "alcanzar" en relación al crecimiento de la población, lo que puede implicar incremento o reducción de la tasa de fecundidad. Su justificación suele reposar en planteamientos tales como densidad demográfica en relación a territorio, tamaño de la población y recursos disponibles, asociación entre pobreza y familias numerosas, relación entre crecimiento poblacional y crecimiento económico (tamaño del mercado laboral), entre otras. Sin embargo, también pueden subyacer a éstas, cuestiones conflictivas entre sectores hegemónicos y grupos subalternos o "marcados."

Los estados no siempre han asumido proyectos dirigidos a controlar el crecimiento de la población. De hecho, la experiencia mundial pasada y reciente es abundante en intencionalidades estatales pronatalistas guiadas por proyectos económicos y necesidades de uso intenso de mano de obra, proyectos político-religiosos, entre otras. Su inclusión en la formulación de políticas y programas de planificación familiar ha sido observada por el riesgo de tensión con los derechos individuales. En rigor tanto una política pronatalista como una controlista, instrumentadas a través de los servicios públicos de salud, corren el riesgo de afectar y vulnerar los derechos reproductivos, ya que se utiliza el poder del estado para orientar el comportamiento reproductivo de la población hacia un resultado, menoscabando la autodeterminación de las personas para implementar sus decisiones al respecto.

En el Perú, la adopción de metas demográficas tiene antecedentes en el Programa Nacional de Población 1991-1995<sup>7</sup> y en el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-1995.<sup>8</sup> El PNSRPF 1996-2000 consideró como meta general llegar al 2000 «habiendo alcanzado la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros necesaria para asegurar una Tasa Global de Fecundidad de 2,5 hijos por mujer.»

#### *Metas (objetivos) de cobertura en planificación familiar*

Cuando tales metas (objetivos) se expresan como voluntad gubernamental de totalizar un universo de personas usuarias respecto de un método o una categoría de métodos, sin dejar rango a la decisión personal en una materia en la que se debe garantizar la opción libre e

7. El numeral 4.1., literal b relativo a objetivos específicos incluyó «reducir el ritmo de crecimiento natural de la población a un nivel no mayor de 2% anual para 1995, promoviendo un descenso de la fecundidad compatible con la mejora de la salud materno infantil, garantizando la libertad y los derechos reproductivos de las personas, así como el derecho de las parejas a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de sus hijos. La tasa global de fecundidad no deberá superar el nivel de 3.3 hijos por mujer para mediados de la década.»

8. El punto 5 sobre metas que el Programa se propone alcanzar contempla: «Contribuir a la disminución de la tasa de crecimiento poblacional de 2.1 en 1991 a 1.9 en 1995, reduciendo la tasa global de fecundidad de 3.5 en 1991 a 3.0 en 1995.»

informada, estamos ante una decisión gubernamental que afecta en potencia los derechos y libertades individuales de quienes queden comprendidos en dicho universo.

Otro problema que puede reflejarse en la formulación de metas (objetivos) de cobertura en planificación familiar es la selección de personas de determinado sexo como objeto particular o desproporcionado de una meta u objetivo, en donde la selección incurre en discriminación prohibida en cuanto aprovecha negativamente la posición de uno de los géneros en el proceso reproductivo, reciclando y profundizando desigualdad de trato y de responsabilidades. Por ejemplo, centrar en las mujeres las acciones de planificación familiar, va en sentido contrario a la tarea de fomentar la responsabilidad masculina.

#### *Metas numéricas exclusivamente para determinado método anticonceptivo*

Ciertamente la planificación y gestión de un programa que comprende la prestación de servicios se dota de instrumentos de seguimiento y evaluación para verificar el cumplimiento de sus objetivos. La adopción de metas y objetivos sólo sirve cuando se orienta a garantizar que «las personas» implementen sus decisiones, de ninguna manera para inducir sobre el plano local una demanda programada con vistas a alcanzar cifras proyectadas por la administración central.

En planificación familiar, además de ser un ámbito donde estrictamente la decisión compete a las personas, las opciones son múltiples. La entrega de la más amplia gama de métodos anticonceptivos debe ser por igual garantizada en los servicios públicos. No cabe opción preferencial por parte del estado, ni en términos políticos ni administrativos, ya que deben estar orientadas por la libre demanda sin operaciones gubernamentales que interfieran sobre el derecho a elegir de las personas.

El volumen de demanda insatisfecha en planificación familiar no puede ser trasladado mecánicamente en metas numéricas de personas usuarias respecto a un método específico, menos aún, de métodos irreversibles. La respuesta expresada ante una encuesta demográfica o de salud como deseo de limitar el número de hijos, no conduce inexorablemente a consentir (a) un método de carácter definitivo<sup>9</sup> (b) en su persona<sup>10</sup> (c) consistente en una intervención quirúrgica.<sup>11</sup>

Tales decisiones requieren de información, análisis, reflexión personal sobre una serie de aspectos que pueden ser gravitantes en la determinación final. Por ejemplo: conocer las características de la intervención, riesgos comparativos, calidad de los servicios ofertados, confianza en los prestatarios, historia y perfil de quien es titular de la decisión (diferenciales de edad, estado de salud, experiencias y percepciones sobre medicina moderna, vida cotidiana, entorno, convicciones y creencias personales, horizonte cultural, proyecto de vida), autonomía, capacidad de negociación y de ejercicio de derechos en la relación de pareja, a nivel

9. La decisión de no tener más hijos puede ser implementada a través de diversos métodos. Si por objeciones religiosas una persona no contempla la opción de métodos definitivos, su derecho individual debe ser plenamente respetado y garantizado.

10. Por ejemplo: una mujer puede tomar la decisión de no tener más hijos, pero puede que sea su pareja quien, considerando las opciones y los riesgos comparativos, prefiera asumir en su persona la responsabilidad de no exponer a su pareja a un embarazo no deseado, y por lo tanto realizarse una vasectomía, siempre menos riesgosa que una ligadura de trompas y con menor tasa de falla.

11. Puede que una persona no desee tener más hijos pero no esté dispuesta, por diversas consideraciones, a someterse a una intervención que implique cirugía. Entre esas consideraciones puede contar: su propio estado de salud, sus percepciones sobre las intervenciones quirúrgicas, su confianza o desconfianza respecto de la calidad de los servicios, etc.

comunitario y con los prestatarios de servicios públicos, etc. Las decisiones reproductivas se encarnan en personas, no preexisten en base a proyecciones numéricas abstractas.

Cuando se programan metas numéricas exclusivamente respecto a determinado método anticonceptivo y además se asienta en la autoridad político-administrativa y los prestatarios de salud, el criterio/indicador de productividad –sobrestimado como pauta de eficiencia– no estamos ante una garantía al derecho de las personas. Por el contrario, se torna en un instrumento que pervierte la acción estatal al inducir desempeños tendentes a responder a las metas programadas por la autoridad político-administrativa, subordinando los derechos de las personas.

#### *Cuotas de captación de usuarias*

La asignación a los establecimientos y al personal de salud de cuotas de captación de usuarias con relación a determinado método anticonceptivo, claramente subordina el derecho de las personas a decidir libre e informadamente. Definitivamente se desvincula de un criterio programático de provisión de recursos, y refleja una intencionalidad inductiva. Las asignaciones de este tipo de cuotas han estado presentes en aquellas experiencias que deliberadamente buscaron modificar rápida y compulsivamente el comportamiento reproductivo de la población.

La presencia de cuotas de captación de usuarias respecto a métodos anticonceptivos, en particular métodos irreversibles, propicia violaciones a los derechos humanos, más aún cuando éstas van acompañadas de incentivos, presiones o amenazas sobre el personal de salud que entre otras condiciones pueden afrontar una precaria posición laboral o tener actitudes discriminatorias o autoritarias arraigadas hacia ciertos sectores que coincidentemente tienen la condición de población usuaria.

La existencia de cuotas bajo indicaciones de incentivos o presiones por parte de la autoridad político-administrativa implica responsabilidad directa de parte del estado respecto de abusos y otras violaciones a los derechos humanos.

#### ***Marco internacional***

En las últimas cuatro décadas, la comunidad internacional ha ido acusando recibo de diversas experiencias que describen violaciones a los derechos humanos, perpetradas y propiciadas por políticas de población agresivas, las cuales han afectado particular y desproporcionadamente a las mujeres.

Las expectativas de aquellos programas que, bajo el pretexto de reducir la pobreza han pretendido intervenir sobre las capacidades reproductivas de las mujeres sin respetar sus derechos humanos, han sido contestadas en los hechos bajo diversas formas de resistencia por quienes son percibidas por las políticas como objetos pasivos de tales intervenciones.

Los movimientos de mujeres desde hace dos décadas no sólo han exigido respeto y protección a los derechos reproductivos, simultáneamente han alertado respecto a los intereses que subyacen a la posición de reducir el combate a la pobreza a acciones de planificación familiar orientadas a convertir en un mandato sin opción, lo que debería ser un derecho.

El escenario del combate a la pobreza no son los cuerpos de las personas. Tiene que ver con la construcción de capacidades personales y colectivas, la valoración que los seres humanos tienen para las economías, la distribución del poder.

En la experiencia mundial, la práctica totalidad de programas y políticas que se orientaron a modificar rápida y compulsivamente el comportamiento reproductivo de la población, pronto dieron cuenta de su fracaso como instrumentos de control poblacional y de su incompetencia en la reducción de la pobreza y mejoramiento de la calidad de vida de la población. El comportamiento reproductivo de la población lo influyen múltiples factores, en los que se combinan elementos subjetivos pertenecientes a la esfera más íntima de las personas, condiciones de vida y procesos sociales. «(...) la comunidad internacional ha reconocido que el deseo de tener hijos no es independiente de la existencia social de los individuos. Las motivaciones no existen en abstracto, y en consecuencia no pueden ser manejadas por prácticas coercitivas aisladas. Debe además notarse que tales prácticas coercitivas son a menudo contraproducentes (Pronk, 1994).»<sup>12</sup>

La resonancia de experiencias como las registradas en la India, Bangladesh, Brasil, México o Puerto Rico han pesado sobre los consensos de los noventa, dando lugar a que se agriete el discurso dominante sobre control poblacional que daba énfasis a que los países en desarrollo tenían un problema de población en las entrañas de su pobreza. Los intereses y puntos de vista de las mujeres, así como sus derechos humanos, finalmente lograrían contar en la mesa de negociaciones de los consensos globales:

«Por muchos años, las políticas de población se centraron en el control de los números, a menudo a través de métodos coercitivos, y sin tomar en cuenta las necesidades específicas de salud reproductiva de las mujeres (...) Afortunadamente, con el despertar de la UNCED (Río, 1992) y la Conferencia de Derechos Humanos de Viena (1993), la comunidad internacional ha llegado a reconocer que las políticas de población deben ser colocadas en un contexto integral de desarrollo que pone los derechos de las mujeres en una posición gravitante. Ello fue logrado durante la Conferencia sobre Población y Desarrollo.»<sup>13</sup>

El consenso de El Cairo dejó claramente establecido que «los objetivos gubernamentales de planificación de la familia deberían definirse en función de las necesidades insatisfechas de información y servicios. 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 cuotas para conseguir clientes.»<sup>14</sup>

### **Legislación nacional**

El marco constitucional y la legislación en materia de población y salud contienen normas que demarcan los límites a la intervención estatal respecto a las decisiones de las personas en materia reproductiva y garantizan los derechos individuales,<sup>15</sup> así como establecen el principio de igualdad y la prohibición de discriminación.<sup>16</sup>

Tales dispositivos han de ser tenidos en cuenta para examinar discriminación y evaluar

12. Reysoo et al, 1995:9.

13. *Ibíd.*

14. Párr. 7.12 de la CIPD.

15. Constitución Política del Perú (1993) Art. 2, numerales 1, 2, 3, 7, 9, 19, 22, 24 (a, b, h), art. 6, art. 7 y 11. Ley Nacional de Población, Art. IV, V, 1, 3, 21, 23, 24, 25, 28.

16. Art. 2, numeral 2 de la Constitución Política del Perú (1993).

la tensión que la adopción de metas y cuotas en anticoncepción quirúrgica representan sobre los derechos individuales.

## 2. Información recogida - hechos documentados

El 4 de julio de 1996, el diario La República recogió las declaraciones del Director del Centro de Salud Villa Esperanza de Carabayllo, reconociendo órdenes expresas del Ministerio de Salud para intensificar la campaña de esterilización a hombres y mujeres con más de cuatro hijos. Igualmente reveló que a través de un documento oficial del mes de mayo se le ordenó cumplir con una meta de no menos de 150 operaciones quirúrgicas al año.

En setiembre de 1996, el diario El Sol incluyó las declaraciones del obispo auxiliar de Huaraz, monseñor Eduardo [Velásquez] Tarazona, quien sostuvo que el Programa de Asistencia Integral de la Salud (PAIS) tiene como objetivo realizar alrededor de once mil ligaduras de trompas en la región Chavín:

«[Velásquez] Tarazona aseguró que la práctica de dos esterilizaciones como mínimo es uno de los requisitos para aprobar la evaluación que realiza la Dirección Regional de Salud al personal técnico de Huaraz. El obispo huaracino explicó que este condicionamiento atenta contra el derecho al trabajo y es producto de la pretensión de medir la eficacia del trabajo por la cantidad de vasectomías o ligaduras de trompas. Responsabilizó de este condicionamiento a la Dirección Regional de Salud que dirige Ulises Jorge Aguilar. El prelado denunció que se aprovecha de las mujeres que van a dar a luz en los centros de salud para hacerles la ligadura de trompas. (...) El obispo de Huaraz (...) añadió que tiene conocimiento de la existencia de un plan para avanzar con la cruzada de esterilización ¡a como dé lugar!»

El 7 de noviembre de 1996, Daniel Robles López, presidente del Instituto de Investigación y Prevención de Enfermedades de la Mujer, denunció que médicos que laboran en los hospitales del Ministerio de Salud y del IPSS son obligados a realizar ligaduras de trompas. Afirmó que esto sucedía en lugares periféricos de zonas altoandinas de la Región de La Libertad y que a cada galeno se le obligaba a realizar un promedio de 50 ligaduras para poder ser calificado en sus niveles de producción.<sup>17</sup>

En noviembre de 1996, obtuvimos la primera evidencia sobre metas numéricas en anticoncepción quirúrgica. El documento observado en la vitrina del entonces Director del Centro de Salud de Huancabamba, señalaba 395 AOV programadas para 1996, habiendo alcanzado hasta setiembre de 1996 el 42% de la ejecución, porcentaje equivalente a 169 intervenciones, de las cuales 143 eran ligaduras de trompas y 26 vasectomías. Dicho documento indicaba las metas programadas para la ZONADIS de Huancabamba, precisando cuatro localidades para la realización de campañas en anticoncepción quirúrgica: Huancabamba, Sondor, Sondorillo y Carmen de la Frontera.

Este primer hallazgo nos impulsó a investigar al respecto, y empezamos a corroborar la

17. El Comercio, 7 de noviembre de 1996.

existencia de metas y cuotas en diversas localidades a través de entrevistas a prestatarios de salud, recibiendo simultáneamente información extraoficial de funcionarios y personas cercanas a la Dirección del PNSRPF, que nos confirmaron sobre las mismas.

Según estas versiones, dichas metas no eran proyecciones destinadas a garantizar los recursos para satisfacer la demanda, iban asociadas a cuotas impuestas a los establecimientos y personal de salud. No eran provisiones referenciales para atender la libre demanda. Eran asignaciones a cumplir y que, por lo menos, se proponían inducir la demanda.

Así, por ejemplo, en San Lorenzo, localidad de la provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto, se había impuesto al Centro de Salud de San Lorenzo la captación de ocho a nueve personas por mes.<sup>18</sup>

En la visita que realizara a Piura, en enero de 1998, la Defensora Especializada en Derechos de la Mujer, Dra. Rocío Villanueva, sostuvo una entrevista con el Dr. Martín Otoya, jefe del Puesto de Salud de Mallaritos, quien «admitió que en el Programa de Planificación Familiar hay metas» y que en el caso de AQV ésta fue programada en función a las mujeres en edad fértil. Para el Puesto de Salud de Mallaritos, la meta anual de ligaduras de trompas fue aproximadamente de 70 intervenciones. El Dr. Otoya firmó un acta en la que consta esta información.<sup>19</sup>

En el departamento de San Martín, según la Unidad de Investigación de La República, en abril de 1997, la imposición de una elevada cuota de captación a cada agente de salud (mínima de cinco ligaduras de trompas y cinco vasectomías), dio lugar a que los agentes reclutaran a un grupo de veinte homosexuales entre 17 y 24 años «para cumplir con las metas.»<sup>20</sup>

En Cajaccay, el médico encargado de la posta médica, en entrevista a La República,<sup>21</sup> declaró: «se nos ha dicho que las metas son de seis mujeres al año y todavía nos falta una para cumplirla.»

Con documento de fecha 10 de febrero de 1998, Grover Joseph Rees, Staff Director and Chief Counsel del Subcomité de Operaciones Internacionales y Derechos Humanos del Congreso Norteamericano, presentó al Honorable Benjamin A. Gilman, Presidente del Comité de Relaciones Internacionales, su informe en relación a la delegación que visitó Perú entre el 17 al 25 de enero de 1998. En las páginas 4 a 5 de dicho informe se señala:

«Varios doctores y otros trabajadores de salud de diferentes niveles del sistema público (gubernamental) de salud reportaron a varios de mis informantes que es bien conocido

18. Entrevista a personal del Centro de Salud de San Lorenzo, realizada en febrero de 1998. Nuestra fuente manifestó la imposibilidad de alcanzar dicha cuota, lo que fue puesto en conocimiento de las autoridades, quienes sin embargo no redujeron el número pretendido. «Teníamos una fuerte presión del gobierno, de ocho a nueve ligaduras por mes, pero sólo lográbamos una o dos. Las mujeres mestizas eran quienes más fueron ligadas pero también de algunos pueblos indígenas. La población reaccionó, por eso disminuyeron las ligaduras.» En octubre de 1996 tuvo lugar la Campaña de Anticoncepción Quirúrgica, «pero fracasó y ahora usan DIU y DEOPROVERA.» La versión de E., pobladora de San Lorenzo que fue ligada, corrobora lo afirmado: «La campaña se realizó de San Lorenzo hasta Saramirza, vinieron médicos de afuera que ligaron a veinte mujeres. Durante dos días el personal de salud realizó visitas de casa en casa para convencer a las mujeres que se liguen. Debido a la muerte de una de las personas, la población ya se resistió.» La organización nativa ratificó tales hechos señalando que la captación de mujeres de sus comunidades para ser ligadas contrastaba con la disposición de los agentes de salud por atender otras necesidades básicas que la población requería.

19. Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria... op.cit., pág. 16.

20. La República, 22 de febrero de 1998.

21. La República, 7 de diciembre de 1997.

que todo hospital y posta médica tiene una cuota particular de esterilizaciones a llevar a cabo, y que cada responsable oficial sabe cuál es su cuota. Algunos de estos trabajadores reportaron que las cuotas se subdividen individualmente entre doctores y trabajadores de salud. Un funcionario regional de salud reportó haber recibido llamadas telefónicas periódicas del Dr. Yong Motta, ex ministro de Salud, quien ahora sirve como asesor principal en política de salud al presidente Fujimori, el cual preguntó: ¿Cómo van las metas? Dos funcionarios locales de salud informaron que trabajadores de salud pobremente pagados recibieron una bonificación por cada mujer que persuadían para consentir con la ligadura de trompas. Un trabajador de salud reportó que durante 1997 se le asignó una cuota personal de cuatro mujeres. Él cumplió su cuota durante las primeras dos campañas del año, pero durante la siguiente campaña su jefe le preguntó cuántas mujeres adicionales él había convencido. Él respondió que había identificado a cuatro, pero que ninguna de ellas estaba aún enteramente convencida. El jefe le sugirió al trabajador que fuera a las casas de las mujeres con algunas trabajadoras. La presencia de las trabajadoras mujeres tuvo un efecto contrario al esperado, porque previamente estas trabajadoras habían insultado a las mujeres. El jefe sugirió que se les ofreciera a las mujeres alimentos a cambio de consentimiento de la esterilización (No queda claro para este trabajador de dónde iban a ser obtenidos los alimentos, ninguna de estas mujeres finalmente dio su consentimiento de esterilización). Un funcionario de una organización de derechos humanos que no ha estado involucrado en la investigación de estas denuncias (...) reportó una conversación reciente con un amigo cercano, ginecólogo-obstetra en un hospital público (gubernamental). Este doctor le informó que se le solicitó llevar un registro del número de esterilizaciones a su cargo e informar este número periódicamente a su superior. En ningún otro procedimiento se le solicitó llevar un registro similar. Este doctor dijo que todo el mundo sabe «off the record» que el hospital esperaba alcanzar cierto número de esterilizaciones.»<sup>22</sup>

El Informe Rees en la página 6 consigna:

«David Morrison de PRI se reunió con el Dr. Yong Motta, asesor presidencial en salud, al día siguiente que dejé Perú. De acuerdo a las notas que el Sr. Morrison tomó durante la entrevista (...): 'Por supuesto que la campaña tiene metas... El éxito es medido', dijo el Dr. Yong Motta, 'a través de muchos métodos, número de aceptantes versus no aceptantes...' Pregunté si el Ministro reconocía el peligro que las metas plantean (...), podía ser entendido como metas de esterilización en el nivel local, y él respondió que podía ser posible pero las campañas habían sido un éxito.»<sup>23</sup>

El Informe Rees bajo el subtítulo «Rol de los Estados Unidos» y abordando el involucramiento de USAID, consignó el hecho que esta agencia, en conversaciones con las autoridades del gobierno peruano, urgió «poner fin a las metas.»

22. Traducción del texto original en inglés.

23. Traducción del texto original en inglés.

«Finalmente, el 6 de enero de 1998 (USAID),<sup>24</sup> escribió una carta al Ministro de Salud planteando que 'nuestro deseo de colaborar en el campo de la planificación familiar está basado en la elección libre, voluntaria e informada de anticonceptivos... no en la persecución de metas cuantitativas por método para cada particular proveedor de servicios o grupo de proveedores, especialmente cuando se trata de ligaduras de trompas o vasectomía.' La carta continúa hasta pronunciarse 'necesitamos contar con lo siguiente a la brevedad posible: (...) (2) Confirmación de que el Programa de Planificación familiar en 1998 no estará caracterizado por la imposición de cuotas, metas o 'figuras referenciales'.»

La Unidad de Investigación de El Comercio en febrero de 1998 aportó importantes pruebas al tema de las cuotas. Un primer documento que salió a luz es el «Comunicado al personal de salud de la Subregión de Salud de Huancavelica.»

A continuación reproducimos los contenidos del comunicado:

*COMUNICADO AL PERSONAL DE SALUD DE LA  
SUBREGION DE SALUD DE HUANCAVELICA*

1. *No hay pago por captación de pacientes de AQV, ya que tiene carácter obligatorio.*
2. *Que por indicación de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y el Programa de Salud Básica:*
  - *personal nombrado deberá captar 02 pacientes para AQV mensual.*
  - *personal focalizado deberá captar 03 pacientes para AQV mensual.*
  - *personal CLAS deberá captar 03 pacientes para AQV mensual.*
3. *Para lo anterior el jefe y la obstetrix del centro de salud deberán presentar la relación de personal que capte pacientes para la campaña del mes.*
4. *Que a fin de año se evaluará el número de pacientes captados efectivos por personas para otorgarles un certificado con determinado número de créditos según la captación de pacientes efectivos, dándole así un valor curricular al certificado.*
5. *Que a fin de año se premiará al establecimiento que tenga:*
  - a) *el menor costo y el mayor beneficio de población de AQV.*
  - b) *por mejor organización de campaña.*
  - c) *mayor esfuerzo de captación (sin carro).*
  - d) *participación efectiva del jefe del Centro de Salud y personal en las campañas.*
  - e) *mejor captación a nivel del puesto de salud.*
  - f) *certificados personales para los equipos de campaña.*
6. *Que el presupuesto por racionamiento asignado por día de campaña deberá ejecutarse en alimentación para pacientes y personal, del cual el personal del establecimiento deberá firmar planillas de racionamiento para la rendición presupuestal correspondiente.*

*Firman: Dr. Oscar Alberto Zúñiga Vargas. Director Subregional de Salud Huancavelica.  
CMP 26699 Ministerio de Salud / C.T.A.R «Los Libertadores - Wari»  
Dr. Edilberto Martínez Pujay. Director Ejecutivo de Salud de las Personas. CMP 28821*

24. Carta del director Donald Boyd al ministro de Salud, Marino Costa Bauer.

*Ministerio de Salud / C.T.A.R «Los Libertadores- Wari»*

*Dra. María Elena Herrera Palomino. Coordinadora P.S.B.P.T. CMP 24977 Región Los Libertadores – Wari /Subregión de Salud de Huancavelica.*

Los informantes que aportaron dicha prueba señalaron, de acuerdo a la versión de El Comercio,<sup>25</sup> que «en noviembre de 1997 salió de las oficinas de Lima, la orden de destruir cuanto antes este tipo de documentos.»

Según la nota de la Unidad de Investigación de El Comercio, publicada el 12 de febrero de 1998, el director de la Subregión de Salud de Huancavelica, Oscar Alberto Zúñiga Vargas, reconoció la autenticidad del comunicado publicado por dicho diario respecto a las metas de captación de pacientes para ser esterilizados, exigidos a cada trabajador del sector. Sin embargo, insistió que ese documento fue desestimado dos semanas después y por lo tanto no fue distribuido. Zúñiga declaró que dicho documento fue elaborado las últimas semanas de julio de 1997 por la parte técnica subregional, esto es, la Coordinadora del Programa de Salud Básica para Todos, a cargo de la doctora María Elena Herrera Palomino, quien se lo alcanzó para que lo firmara.

«Sé que eso no es justificación –sostuvo Zúñiga– pero yo atiendo centenares de documentos al día. Me alcanzaron ése para visarlo y se me pasó. No quiero decir con esto que yo esté exento de responsabilidad; yo asumo toda la responsabilidad del documento’, dijo a El Comercio. Según el Director de la Subregión, la información contenida en el documento se llegó a transmitir por radiograma a unos centros de salud y algunas copias se llevaron a otros puestos, pero, reiteró ‘después me ordenaron detener el documento’.»

El motivo que llevó a la elaboración de un documento de esa naturaleza, de acuerdo a la versión de Zúñiga, fue porque los médicos retornaban de las campañas de esterilización al interior de la subregión sin lograr atender a todas las interesadas, ya que no contaban con un estimado correcto de la demanda. «A veces regresábamos y, por falta de tiempo, 10 ó 15 señoras se quedaban sin operar. Por eso redactamos el documento», afirmó.

Por su parte, la doctora María Elena Herrera declaró a la Defensoría del Pueblo que el comunicado en mención fue elaborado por Emperatriz Paredes, coordinadora del Programa de Planificación Familiar, conjuntamente con Zúñiga y con el tercer firmante, el director ejecutivo de Salud de las Personas en Huancavelica, Edilberto Martínez Pujay. Esto ocurrió entre agosto y setiembre de 1997. Herrera declaró haberse negado cuando Emperatriz Paredes le pidió que lo firmase al no estar de acuerdo con que se exigiera metas al personal ni con que la planificación familiar se concentrara en AQV. «Pero Zúñiga le dijo que debía firmar porque si no, el personal de Salud Básica para Todos que ella dirigía no acataría las órdenes», de acuerdo a El Comercio.

Entrevistado el viceministro de Salud, Alejandro Aguinaga, por El Comercio, declaró<sup>26</sup> que se aplicarían medidas disciplinarias al director subregional de salud de Huancavelica, Oscar Alberto Zúñiga, por ser el responsable del comunicado que establece la cantidad de personas

25. El Comercio, 11 de febrero de 1998.

26. El Comercio, 12 de febrero de 1998.

que cada miembro del sector debe captar para ser esterilizadas quirúrgicamente. En esta misma nota el viceministro de Salud declaró: «El Ministerio de Salud ha aclarado hasta el cansancio que no es parte de su política establecer metas en el programa de planificación familiar. Este comunicado es responsabilidad directa de los funcionarios de la subregión de Huancavelica. El sector Salud es grande, el doctor Zúñiga ha actuado a título personal y ha ido más allá de la norma.»

El presidente de la Federación Médica Regional de Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas, Hector Chávez Ch., declaró a *El Comercio*<sup>27</sup> que, si bien reconoce importantes logros al gobierno de Alberto Fujimori, su mayor error está siendo poner en riesgo el futuro del país con las campañas de esterilización que, sostuvo, obligan al personal médico a captar cuotas mínimas de pacientes para ser esterilizadas masivamente, afectando las raíces y la cultura del pueblo y despoblando las zonas más pobres.

«Yo tengo mucho temor y mucho que perder al hacer estas declaraciones, porque no soy nombrado, sino sólo contratado, y tengo una familia con esposa e hijos que mantener, pero creo que como presidente de la Federación tengo una obligación moral», afirmó. Chávez dijo haber recibido una serie de denuncias de médicos en su región, en el sentido que estaban siendo obligados a cubrir una cuota mínima mensual de pacientes para ser esterilizados, bajo amenaza que sus contratos no fueran renovados y en el caso de los médicos nombrados, de ver reducidos sus ingresos por servicios especiales. Este representante regional declaró que actualmente existe crisis y malestar entre los miembros de su sector, al punto que cuando el Director del Hospital de Andahuaylas renunció, ningún otro médico quiso asumir el cargo.

Precisó que el personal que trabaja en el programa de focalización, dado que son médicos que no tienen estabilidad laboral ni beneficios sociales, son los más presionados y de modo sutil debido a la necesidad del trabajo y a la escasez del mismo. Incluso en el documento de la Subregión de Salud de Huancavelica, donde se habla de cuotas para el personal de salud, señaló Chávez, existe una meta de dos pacientes para los médicos nombrados y tres para los contratados. Se trata, insistió, de un 50 por ciento más de presión para los contratados.

*El Comercio*<sup>28</sup> encontró y fotografió el domingo 15 de febrero de 1998 un nuevo documento publicado en el panel del Hospital de Acobamba, en el departamento de Huancavelica, con el siguiente contenido:

#### AVISO

*Se comunica a todo el personal del Hospital y Puestos de Salud realizar las captaciones para AQV a llevarse a cabo el día 26.2.98. Todo el personal está en la obligación tanto los asistenciales como los administrativos. Acobamba 10 de febrero de 1998. Firma: Coordinador del Programa de Planificación Familiar. Visto bueno de la Dirección del Hospital.*

De acuerdo al informe de Julia María Urrunaga, periodista de la Unidad de Investigación de *El Comercio*, en una conversación extraoficial con un miembro del hospital, éste confirmó que el 26 de febrero de 1998 se realizaría la segunda campaña de ligaduras de trompas del

27. *El Comercio*, 23 de febrero de 1998.

28. *El Comercio*, 4 de marzo de 1998.

año, y que la cantidad aproximada para una campaña mensual era de alrededor de 20 pacientes. Sin embargo, ésta se postergó para el 28 de febrero.

Este documento hallado en Acobamba no sólo acreditaba la efectiva y prolongada aplicación en Huancavelica de la disposición que obligaba al personal de salud a captar pacientes para la anticoncepción quirúrgica, sino que por su fecha (posterior a que saliera a la luz el documento de la Subregión de Salud de Huancavelica), revelaba la falta de resonancia en las autoridades político-administrativas respecto al hallazgo del documento sobre cuotas obligatorias en Huancavelica y falta de compromiso en detener aquello que habían desmentido que fuera una política de la autoridad central.

No obstante que con relación a lo ocurrido en Huancavelica las autoridades declararon que se trataba de un incidente aislado de responsabilidad del Director de la Subregión de Salud, encontramos, esta vez en Huancabamba (Piura), situada en el norte del país, otro documento de la misma naturaleza.

Así, accedimos<sup>29</sup> a un memorándum múltiple de fecha 11 de octubre de 1997, firmado por el Director del Centro de Salud de Huancabamba (conocido como Hospital Rural) con sello de la Dirección Regional de Piura, comunicando a un trabajador de salud la obligación de captar dos pacientes para AQV en ese mes. Reproducimos a continuación el contenido de dicho memorándum:

#### MEMORANDUM MULT..

*Por medio de la presente en Coordinación con la Dirección de Salud a las Personas, la Dirección de Personal y la Dirección Regional de Salud de Piura, se le comunica que debe captar dos pacientes para AQV, durante el presente mes de octubre con carácter de obligatoriedad. En caso contrario se hará el informe correspondiente para rescindir su contrato, suspender su ampliación de horario e incluir todo en su legajo personal. Se adjuntarán sus captaciones de AQV del presente año en dicho informe. Lo que comunico a Ud. para su conocimiento y debido cumplimiento. Firma: Dr. Igor Flores Guevara, Director C.S. Huancabamba. Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Piura. Otro sello: Ministerio de Salud Zona de Desarrollo Integral de Salud Huancabamba.*

Al continuar nuestras investigaciones durante 1998, detectamos igualmente la imposición de cuotas en AQV para aplicar sobre localidades con población nativa, pueblos que tenían un alto índice de mortalidad infantil o que incluso habían experimentado un considerable descenso poblacional por causa del conflicto armado interno que asoló el país. Así, la cuota impuesta a una promotora comunitaria de salud ashaninka en las inmediaciones del río Apurímac fue de cinco captaciones por mes.<sup>30</sup>

29. El documento nos fue entregado en setiembre de 1998.

30. Testimonio de M., promotora comunitaria de salud en las comunidades ashaninkas del río Apurímac (Catongo, Kempiri, Pitirenkeni, Gransindongari, Sampantuari, Kashinoberi, Limatambo, Capiroshari y Otari), desde 1995 hasta 1997. En marzo de 1995 reconocida y contratada por la Dirección Regional de Ayacucho hasta setiembre de 1996. Con la reforma y sectorización su contrato pasó a depender de la Dirección Regional del Cusco hasta noviembre de 1997. Fue contratada por el Programa de Atención Básica de Salud para Todos. En 1997, la Dirección Regional del Cusco le impuso captar cinco personas por mes para anticoncepción quirúrgica. El Jefe de la Dirección de UAS de Kimbiri y el Coordinador Especialista en Planificación Familiar le dijeron que cada puesto y personal debía traer sus pacientes para la intervención quirúrgica.

En los testimonios de personas que fueron ligadas también encontramos referencias a las cuotas. H.H.H., campesina quechua de la provincia de Anta que fue esterilizada sin su consentimiento, nos relata:<sup>31</sup>

*«Yo me lamenté llorando, ante mi esposo. ¿Cómo me han hecho esto? ¿Y si me pongo mal? Al verme así mi esposo preguntó a la señorita (enfermera): 'Señorita, ya que le han hecho esto a mi esposa, ¿con qué la puedo cuidar en caso de que se ponga mal?' Entonces, la enfermera dijo: '¡Já! Agradece más bien que el gobierno de Fujimori ha ordenado esta ayuda para que no sigan pariendo sin medida. (El presidente Fujimori) ha dispuesto esta ayuda para trescientas madres de la Pampa de Anta. ¿Acaso nosotros nos estamos muriendo por 'degollar' a la gente? Cualquier particular les hubiera cobrado trescientos y tantos'. Resondrándome así me despacharon.»*

La imposición de cuotas acabó alcanzando incluso a terceros ajenos al Ministerio de Salud. El testimonio de quien entonces fuera estudiante de obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes nos confirma de situaciones que fueron propiciadas por la presión sobre establecimientos y personal de salud. Así, C. (hoy obstetra contratado por el IPSS en una localidad rural) nos señala que cuando estuvo terminando sus estudios universitarios, dentro del syllabus que un profesor les entregó, colocó como parte de la nota captar dos personas para que se realicen anticoncepción quirúrgica, con el 3% del peso de la nota final.<sup>32</sup>

Según información del personal de salud, durante 1996, la tendencia fue considerar incentivos de acuerdo al número de personas captadas, los que oscilaban entre 10 y 30 soles por paciente efectivamente operada<sup>33</sup> de acuerdo a los lugares. En localidades amazónicas incluso nos mencionaron cifras aún más elevadas (Alto Marañón).

En 1997, sin embargo, se incrementó la presión sobre el personal de salud, incluyendo amenazas expresas de rescisión del vínculo laboral, entre otras. Las metas a nivel de regiones y subregiones de salud fueron incrementadas anualmente «según tendencia» y supervisadas sistemáticamente por las autoridades político-administrativas.<sup>34</sup>

El siguiente testimonio da cuenta de tales hostilizaciones:<sup>35</sup>

*«Por no cumplir con la cuota comencé a ser hostilizada. En el mes de julio (de 1997) el jefe de la Dirección Regional del Cusco y el Coordinador, me llamaron la atención por no cumplir las cuotas para el Programa de Planificación familiar, fue cuando llega la evaluación de medio año. En setiembre de 1997 me acusaron de haberme llevado un cheque. Pedí que me investigaran porque los nativos no hacemos esas cosas. Además le dije, ¿cómo voy a robar un cheque que sólo lo puede cobrar la persona a nombre de quien está? El Director me llamó a su oficina para que diera mi manifestación y me dijo que iba a venir una investigación a nivel central, pero nunca llegó. Yo y mi comunidad hemos venido insistiendo para que investiguen. Desde esa fecha perdí mi trabajo.»*

31. Testimonio traducido del quechua.

32. Testimonio recogido por nuestro equipo de investigación en agosto de 1998.

33. Entrevistas a trabajadores de salud en Lima, San Martín, Loreto.

34. Entrevistas realizadas a funcionario de alta dirección del Ministerio de Salud.

35. M. se desempeñó como promotora comunitaria de salud. Pertenace al pueblo ashaninka. Entrevista realizada en setiembre de 1998.

Nuestra entrevistada agregó que las indicaciones sobre cuotas se daban a través de oficios: «Recibí cuatro oficios que llegaron con el mismo contenido, salvo el último donde después de 'atentamente' hay una nota que dice 'si en caso contrario no cumple, el mismo personal se asumirá, voluntariamente se hará la AQV'.»<sup>36</sup> Al cierre de este reporte una misión de periodistas extranjeros nos entregó información procedente de Ica, referida al caso de una enfermera que, al no poder cumplir con la cuota asignada, se vio obligada a realizarse la ligadura de trompas, a fin de no perder su trabajo. Fue igualmente removida.<sup>37</sup>

A nivel nacional, las metas programadas en AQV fueron de aproximadamente cien mil para el año 1996,<sup>38</sup> 130 mil para 1997<sup>39</sup> y en 1998, de acuerdo al Proyecto de Presupuesto del Sector Salud para este año, fechado en setiembre de 1997, se incluyó como meta 165 mil 827 intervenciones de anticoncepción quirúrgica. Respecto a 1998, el Ministro de Salud en declaraciones a El Comercio en la edición del 3 de abril de 1998, a la pregunta de la periodista sobre el estimado de demanda para ese período, respondió: «No sobrepasa las 80 mil intervenciones. Pero gracias a la prensa, creo que no vamos a cumplirlas. Hay una retracción en algunas zonas. Otro fenómeno importante en la retracción ha sido el fenómeno de El Niño.»

El número acumulado de intervenciones quirúrgicas ejecutadas desde 1996 ha tenido versiones diferentes. Así, el viceministro Aguinaga indicó en una oportunidad que fueron 145 mil las intervenciones realizadas.<sup>40</sup> Sobre 1996, la versión más sostenida por las autoridades fue que se ejecutaron 35 mil. Sobre 1997, El Comercio, señaló:<sup>41</sup>

«La versión original del Ministerio de Salud sobre la cantidad de ligaduras de trompas y vasectomías realizadas durante 1997 fue rebasada por las cifras definitivas: 114,542 ligaduras y 11,434 vasectomías que hacen un total de 125,976 esterilizaciones quirúrgicas. En las primeras declaraciones sobre el tema, realizadas por el viceministro de Salud, Alejandro Aguinaga, éste anunció 110 mil ligaduras y 10 mil vasectomías. Sin embargo, las cifras finales revisadas los primeros días de este año arrojaron un total mayor estimado, y muy cercana a la oferta programada de esterilizaciones quirúrgicas reconocidas por el Viceministro, de 130 mil intervenciones para 1997.»

En la edición del 12 de abril de 1998 del diario El Peruano, el Ministro de Salud declaró que durante 1997 se protegió a 900 mil familias mediante el uso de métodos de planificación naturales o artificiales, de las cuales 120 mil optaron por la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).

El Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo, de mayo de 1998, preparado por el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), sostuvo lo siguiente:

«184. Dada la significativa demanda represada por la falta de servicios de esterilización quirúrgica en los establecimientos del estado, a partir de 1996 se presenta un gran incre-

36. Testimonio de M.

37. Su versión fue reiterada por la entrevistada a nuestro equipo en marzo de 1999.

38. Según información de funcionarios de alto nivel y personas cercanas al PNSRPF

39. Idem.

40. El Comercio, 23 de abril de 1998.

41. El Comercio 12 de febrero de 1998.

mento en el número de intervenciones de esterilización femenina y, en mucho menor medida, la masculina. En 1996 se realizan 37,000 intervenciones y en 1997 alcanzan a 120,100. Ante una demanda tan alta y la rápida expansión de la oferta para responder a la misma, se experimentaron ciertas debilidades y críticas al programa.»<sup>42</sup>

Ahora bien, tales cifras y sus variaciones aparecieron posteriormente a que emergiera la preocupación pública por las denuncias de abusos en la implementación del PNSRPF. Un dato pasado por alto fue la cifra oficial sobre intervenciones en anticoncepción quirúrgica en 1996 que el INEI incluyó en su Compendio Estadístico 1996-1997: **en 1996 sólo el Ministerio de Salud ejecutó 67,263 ligaduras de trompas y 4,726 vasectomías.** El IPSS realizó 13,742 ligaduras y 1,400 vasectomías ese año y las Fuerzas Armadas y Policiales 756 ligaduras y 187 vasectomías. Vale decir que **el sector público totalizó 81,761 ligaduras y 6,313 vasectomías.** Lo que equivale a 88,074 intervenciones de anticoncepción quirúrgica, cifra bastante próxima a la que nuestros informantes nos indicaran como meta en anticoncepción quirúrgica para 1996 y definitivamente lejana de la que declararon como ejecución efectiva el Ministerio de Salud y el PROMUDEH.

Mientras esas cifras representan incrementos respecto de las del año anterior, la aplicación de DIU por el MINSA en ese mismo año decreció en 9%.<sup>43</sup>

Veamos la evolución (incremento porcentual) que antecedió a las cifras alcanzadas en 1996, tomando la misma fuente oficial del INEI:<sup>44</sup>

Año	Ligadura de trompas	Inc. %	Vasectomía	Inc. %
1990	2593		-	
1991	3849	48%	-	
1992	6911	80%	-	
1993	14783	114%	663	
1994	13321	-10%	355	-46%
1995	21901	64%	974	174%
1996	67263	207%	4726	385%

Lo expuesto sobre divergentes versiones en materia de número de personas esterilizadas y sobre evolución porcentual anual de esterilizaciones, debe ser tenido en cuenta en cuanto pone de manifiesto falta de transparencia en la conducción del PNSRPF. Un conjunto de as-

42. Perú: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo, PROMUDEH, Lima, mayo de 1998, pág.40.

43. Según testimonios recogidos en localidades rurales, los proveedores de salud no informaban sobre DIU a partir de 1996, a veces negaban contar con este método en ese centro de salud y hasta decían a las solicitantes que en adelante ya no se proveería desde el estado de métodos temporales. Además, se produjo el desentendimiento por parte de los servicios públicos de la atención a los problemas de salud presentados por las anteriores usuarias de DIU.

44. INEI, 1997 Perú: compendio estadístico 1996-1997, página 372, cuadro 492 titulado Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, Consumo de Anticonceptivos, según métodos 1990-1996.

COMUNICADO

INVESTIGACION  
GRACIAS A DEBENTE  
H. J. J. J.

SE COMUNICA A TODO EL PERSONAL DE SALUD DE LA SUE REGION DE SALUD HUANCVELICA QUE:

- 1.- NO HAY PAGO POR CAPTACION DE PACIENTES DE AQV YA QUE TIENE CARACTER OBLIGATORIO
- 2 - QUE POR INDICACION DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS Y EL PROGRAMA DE SALUD BASICA:
  - PERSONAL NOMBRADO DEBERA CAPTAR 02 PACIENTES PARA AQV. MENSUAL
  - PERSONAL FOCALIZADO DEBERA CAPTAR 03 PACIENTES PARA AQV. MENSUAL.
  - PERSONAL CLAS DEBERA CAPTAR 03 PACIENTES PARA AQV. MENSUAL
- 3.- PARA LO ANTERIOR EL JEFE Y OBSTETRIZ DEL CENTRO DE SALUD DEBERA PRESENTAR LA RELACION DE PERSONAL QUE CAPTE PACIENTES PARA LA CAMPAÑA DEL MES.
- 4.- QUE A FIN DE AÑO SE EVALUARA EL NO DE PACIENTES CAPTADOS EFECTIVOS POR PERSONAS PARA OTORGARLES UN CERTIFICADO CON DETERMINADO NO DE CREDITOS SEGUN LA CAPTACION DE PACIENTES EFECTIVOS, DANDO LE ASI UN VALOR-CURRICULAR AL CERTIFICADO
- 5.- QUE A FIN DE AÑO SE PREMIARA AL ESTABLECIMIENTO QUE TENGA:
  - a) EL MENOR COSTO Y MAYOR BENEFICIO DE POBLACION DE AQV.
  - b) POR MEJOR ORGANIZACION DE CAMPAÑA
  - c) MAYOR ESFUERZO DE CAPTACION (SIN CARRO)
  - d) PARTICIPACION EFECTIVA DEL JEFE DEL CENTRO DE SALUD Y PERSONAL EN LAS CAMPAÑAS.
  - e) MEJOR CAPTACION A NIVEL DEL PUESTO DE SALUD
  - f) CERTIFICADOS PERSONALES PARA LOS EQUIPOS DE CAMPAÑA.
- 6.- QUE EL PRESUPUESTO POR RACIONAMIENTO ASIGNADO POR DIA DE CAMPAÑA DEBERA EJECUTARSE EN ALIMENTACION PARA PACIENTES Y PERSONAL, DEL CUAL EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DEBERA FIRMAR PLANILLAS DE RACIONAMIENTO PARA LA RENDICION PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE.

GNS \* 2001  
120 N.S. \* Capitan

MINISTERIO DE SALUD  
CENTRO DE SALUD HUANCVELICA WARI  
Dr. Oscar Alberto Zúñiga V. 375  
Director Subregional de Salud - Huancavelica

MINISTERIO DE SALUD  
CENTRO "Libertadores Warl"  
Sub Región de Salud de Huancavelica  
Dr. EULBORIO MARTINEZ PUJAY  
Director Ejecutivo de Salud de las Personas

REGION LOS CHICHAS WARI  
SUB-REGION DE SALUD HUANCVELICA  
Dra. MARIA CHERRETA PALOMINO  
COORDINADORA P.S.B.P.T.  
C.M.P. 24377

" AÑO DE LA REFORESTACION : CIEN MILLONES DE ARBOLES "

Huancabamba, 11 de Octubre de 1997.

MEMORANDUM MULT. N° 036-97-CTAR-RG-DRS-II-D.

A : .....

ASUNTO : OBLIGATORIEDAD DE CAPTACION.

Por medio de la presente en Coordinación con la Dirección de Salud a las Personas, la Dirección de Personal y la Dirección Regional de Salud de Piura, se le comunica que debe Captar dos pacientes para A.Q.V. durante el presente mes de Octubre con carácter de Obligatoriedad. En caso contrario se hará el informe correspondiente para rescindir su contrato, suspender su ampliación de horario e incluir todo en su legajo personal.

Se adjuntarán sus captaciones de A.Q.V. del presente año en dicho informe.

Lo que comunico a Ud. para su conocimiento y debido cumplimiento.

Atentamente;

DR. ROMÁN PLÓMES GUEVARA  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD - PIURA



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - PIURA

DR. ROMÁN PLÓMES GUEVARA  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD - PIURA

pectos altamente relevantes no han sido informados a la opinión pública. Al respecto debemos tener presente la Recomendación sobre acceso a archivos y documentos en poder del estado, emitida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA), en su 101 período extraordinario de sesiones, el 8 de diciembre de 1998:

«1. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su carácter de órgano principal de la Organización de los Estados Americanos para la promoción de la defensa y observancia de los derechos humanos, considera que el derecho de acceder libremente a la información existente en los archivos y documentos en poder del estado es una de las garantías fundamentales de la democracia constitucional por cuanto asegura a la vez la participación de la ciudadanía en la discusión y decisión de los asuntos comunes, y la transparencia de las actuaciones estatales. (...) de esta suerte, la legitimidad de las decisiones de las autoridades depende en gran medida de su publicidad puesto que sólo el escrutinio ciudadano puede evitar los altos riesgos de corrupción y despotismo que pueden implicar los secretos de Estado o los actos de poder no sujetos a la mirada del público.»

«3. En consecuencia, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en ejercicio de las facultades previstas en el artículo 41(b) de la Convención Americana de Derechos Humanos, en el artículo 18(b) de su estatuto y en el artículo 63(f) de su reglamento, decide:

Recomendar a los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos que adopten las medidas legislativas y de otra naturaleza que sean necesarias para hacer efectivo el derecho de libre acceso a la información existente en los archivos y documentos en poder del Estado, particularmente en los casos de las investigaciones tendientes al establecimiento de la responsabilidad por crímenes internacionales y graves violaciones a los derechos humanos.»

### 3. Respuesta institucional<sup>45</sup>

El estado peruano negó inicialmente el haber establecido metas numéricas exclusivamente en el campo de la anticoncepción quirúrgica y rechazó enfáticamente que existieran cuotas de cumplimiento obligatorio impuestas a establecimientos y personal de salud.

Reproducimos un fragmento de la entrevista publicada por El Comercio al ministro de Salud, Marino Costa Bauer, el 03 de abril de 1998:

*«Periodista:* Tenemos versiones de jefes y ex jefes de subregiones de salud que dicen que en reuniones a nivel nacional se plantearon las metas: 100,000 esterilizaciones para 1996 y 150,000 para 1997.

*Ministro:* Eso no es cierto. Lo que pasa es que los Ministerios son complicados. La demanda insatisfecha de métodos limitadores en 1996 era de 380,000 y es en base a eso que trabajamos.

*Periodista:* Viajando hemos recibido versiones –anónimas, por supuesto, porque nadie

45. Ver sección: Preocupación pública y correctivos.

quiere perder su puesto de trabajo— de que hay una fuerte presión por cumplir cuotas obligatorias de pacientes para ser esterilizados.

*Ministro:* No, eso no es cierto.

*Periodista:* En la zona de Tocache nos dijeron que se les paga 30 soles por cada persona captada y en Arequipa 15 soles.

*Ministro:* Que digan quién les ha pagado. El señor me pagó. Perfecto. Y ahí vamos a investigar.

*Periodista:* Dicen que son las subregiones. La referencia que tenemos es que los pagos salen de los presupuestos de viáticos y movilidad.

*Ministro:* Las subregiones hasta el primero de abril dependen administrativa y financieramente del Ministerio de la Presidencia. En cuanto al uso de viáticos para esto, es prácticamente imposible detectarlo.

*Periodista:* Otra referencia que recibimos en Huancavelica es que un modo de pagar extra por AQV es reportar más días de los que realmente trabajó el personal y así reciben más viáticos.

*Ministro:* Claro, el doctor sale y dice, «sabes qué, repórtame seis días de viáticos, porque he estado tres afuera», entonces los otros tres van al bolsillo. Ese es un carrusel que seguramente está ocurriendo, pero eso es porque le están sacando la vuelta al sistema. Si eso ocurre, no es solamente en planificación familiar, sino en cualquier otro Programa. Sería bueno conocerlo.

*Periodista:* ¿A quién compete investigar esa falta?

*Ministro:* Eso compete al Ministerio de la Presidencia. Nosotros no enviamos fondos para remuneraciones, movilidades, ni viáticos.

*Periodista:* Tampoco reciben los reportes.

*Ministro:* Si los pedimos, nos los van a enviar, pero van a ser reportes que cuadran perfectamente. Es seguro que en algunos casos habrá médicos y profesionales que dupliquen sus ingresos mensuales en base a los viáticos. Pero es imposible determinar que se está disfrazando para sacar plata negra.

*Periodista:* ¿Eduardo Yong Motta es asesor del presidente Fujimori en planificación familiar o en Salud?

*Ministro:* Sólo sé que es asesor del Presidente. Imagino que por ser médico y por haber sido Ministro de Salud, debe ser asesor de salud.

*Periodista:* ¿No han tenido reuniones conjuntas?

*Ministro:* Muy pocas veces participa él en reuniones sobre ejecución presupuestal, programación e infraestructura.

*Periodista:* El hizo declaraciones, que han sido publicadas en el extranjero, reconociendo que sí existen metas gubernamentales sobre ligaduras de trompas y que se priorizan las esterilizaciones porque son más baratas que entregar anticonceptivos en inyecciones cada tres meses. ¿Usted ha conversado con él sobre esas declaraciones?

*Ministro:* No sé, ni las he leído. Yong Motta, en lo que se refiere a mi gestión en este Ministerio, no ha intervenido ni interferido nunca. Lo que él hace es viajar mucho, y recomendación: «hay que construir tal posta o cosas así.»

*Periodista:* ¿No ha intervenido al opinar sobre un tema que le compete a usted y dando una versión contraria a la oficial?

*Ministro:* El ha dado una opinión sobre el tema, que en su opinión la ligadura es más barata. Yo creo que es más cara. Cuesta unos 250 soles. La vasectomía cuesta la cuarta parte y es más eficaz porque normalmente un varón tiene hijos con varias mujeres.

*Periodista:* Pero él dijo directamente que el gobierno tenía metas.

*Ministro:* No sé.

*Periodista:* El Comercio publicó una carta que la oficina del gobierno norteamericano para el desarrollo internacional AID le dirigió a Ud., en la que piden el cumplimiento de tres requisitos para no interrumpir su apoyo al gobierno. El primer requisito es el inicio de la investigación sobre satisfacción de usuarias que se estaba coordinando entre AID y el Ministerio. El segundo, la eliminación de cuotas y metas para AQV en 1998. Y el tercero, evidencias de que se está produciendo un consentimiento libre e informado para AQV.

*Ministro:* Esa carta se respondió. Con AID ya no hay ningún problema. Estamos evaluando la investigación de satisfacción de usuarias, pero queremos un trabajo objetivo, sin sesgos, y sobre todos los métodos, no sólo sobre AQV, como quería AID.»

El 12 de abril, el diario oficial El Peruano bajo el titular «En plan de salud reproductiva no se asignan metas obligatorias. Afirma el Ministro Marino Costa Bauer», recogió las siguientes declaraciones:

«El gobierno no tiene metas en el Programa de Planificación Familiar, aseguró ayer el ministro de Salud, Marino Costa Bauer, quien descartó la existencia de cuotas obligatorias a ser cumplidas por los profesionales que participan en el plan. Manifestó que, de acuerdo con estudios realizados por su sector, en el país existen más de 450 mil mujeres en edad fértil que requieren del uso de métodos anticonceptivos. De ellas el 68 por ciento ha declarado expresamente su voluntad de no concebir más hijos y el 28 por ciento la necesidad de espaciar el tiempo entre cada embarazo.»

El 13 de abril de 1998, El Comercio recogió las declaraciones de la primera vicepresidenta del Poder Legislativo, Edith Mellado:

«Una meta no es una obligación. Es una aspiración que puede o no lograrse. No es una situación compulsiva. Pienso que en este caso se trata de una meta que se deseaba alcanzar, pero el tratamiento de cada caso es cuestión de la ética de cada médico y eso no depende del Ministro de Salud.»

Mellado dijo que esas premuras para que Costa Bauer concurra al Congreso «no conducen a ningún sitio. Es preferible que primero se documente, analice y entonces se hagan las aclaraciones. Salir al paso ante cualquier acusación no es lo más conveniente.»

En enero, la congresista Luz Salgado, entonces presidenta de la Comisión de la Mujer del Congreso de la República, también salió en defensa de la política de planificación familiar del gobierno y enfatizó que lo que se busca es evitar que las mujeres recurran al aborto. De acuerdo a la versión periodística del diario La República «Salgado recogió lo declarado por el viceministro de Salud, Alejandro Aguinaga, ante su Comisión, según lo cual lo que existe no son metas sobre cuotas de mujeres a esterilizar, sino objetivos programáticos para saber qué can-

tividad de píldoras anticonceptivas se debe enviar a cada región del país 'porque hay 500 mil mujeres que no desean tener más hijos y están esperando estos medicamentos'.»<sup>46</sup>

El diario oficial El Peruano en su edición del 2 de mayo de 1998, informando sobre un documento elaborado por la alta dirección del Ministerio de Salud, indicó que «se continuará con el establecimiento de metas a fin de programar los recursos necesarios para el cumplimiento de objetivos, lo que no debe entenderse con el establecimiento de cuotas por unidad operativa o por personal específico, y menos el establecimiento de sanciones a quienes no las cumplan.»

El 2 de junio de 1998, el diario La República recogió las declaraciones del ministro de Salud, Marino Costa Bauer, quien negó la existencia de metas o cuotas impuestas a los agentes de salud para esterilizar a un número determinado de personas, «dentro del sector público no sólo en salud sino en todo, trabajamos en base a metas, porque si no, no podríamos recibir el presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas. Pero lo que no hay, no ha habido, ni habrá nunca son las llamadas cuotas obligatorias de esterilización.»

En julio de 1998, durante la sesión destinada a examinar el informe periódico del Perú ante la CEDAW, el gobierno peruano distribuyó a los asistentes una hoja titulada «El Programa Peruano de Salud Reproductiva.» Reproducimos lo concerniente a las metas y cuotas.

«Adicionalmente el gobierno peruano está implementando los siguientes cambios en un esfuerzo por mejorar la calidad integral del Programa Nacional de Salud Reproductiva:  
. No habrán metas a los proveedores para ligaduras o vasectomías o cualquier otro método de planificación familiar ni metas sobre métodos específicos en los niveles locales y regionales.»<sup>47</sup>

Finalmente, debemos indicar que la Defensoría del Pueblo en enero de 1998, en su «Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria: los casos investigados por la Defensoría del Pueblo», se pronunció respecto de las metas y cuotas en los términos siguientes:<sup>48</sup>

«4. Las metas referidas a los métodos de planificación familiar  
El Ministerio de Salud ha fijado metas de cobertura de métodos de planificación familiar. En dichas metas sólo se incluye a mujeres en edad fértil, en ningún caso a hombres:

*. Alcanzar una cobertura de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces no menor al 50% del MEF<sup>49</sup> y el 70% de las MEF en unión.*

*. Alcanzar una cobertura de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, no menor al 60% de las mujeres adolescentes unidas.<sup>50</sup>*

Se ha sostenido que no existe una meta de intervenciones quirúrgicas voluntarias.<sup>51</sup> Sin

46. La República, 12 de enero de 1998.

47. Traducción del inglés por la autora del reporte.

48. Páginas 24, 25 y 26.

49. Mujeres en edad fértil.

50. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, op.cit., pág.26.

51. Recordemos que contrariamente a esta afirmación, el Jefe del Puesto de Salud de Mallaritos sostuvo que la meta para AQV en este establecimiento de salud había sido fijada en 70 intervenciones para 1997.

embargo, en el anexo 3 (Guía de Autoevaluación de actividades de AQV del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV, se lee lo siguiente:<sup>52</sup>

(...) *Objetivo:*

*Evaluar si actividades de atención en salud están contribuyendo al logro de las metas programadas.*

*-Si mi producción es menor al 80% de la meta programada significa que es necesario reevaluar el proceso.*

(...)

*I. Atención a pacientes*

(...)

*b) Meta programada de AQV en el establecimiento:*

*Estimación de candidatas para AQV:*

*No. De pacientes captados para AQV:*

*No. De pacientes sometidos al procedimiento AQV:*

*Producción:*

<i>Método</i>	<i>Número</i>	<i>Mé debate</i>	<i>%</i>
---------------	---------------	------------------	----------

*BTB*

*VASECTOMIA*

*TOTAL*

Si no existiera una meta numérica para los métodos quirúrgicos, este anexo no figuraría en el Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Adicionalmente, si estamos ante un problema de planificación familiar, tampoco resulta razonable que las metas de cobertura de anticonceptivos sólo estén referidas a las personas de sexo femenino, y no haya ninguna alusión a los hombres en edad fértil. Este tratamiento diferenciado a las mujeres es discriminatorio, pues orienta las acciones del programa hacia ellas.

Por otro lado, según el artículo 6 de la Constitución, la Política Nacional de Población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y la maternidad responsables. Sin embargo, al excluirse la referencia a los métodos anticonceptivos usados por los hombres, se deja de lado la difusión y promoción de la paternidad responsable.

Hay en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar otra meta que debe ser revisada:

*. 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.*

Esa meta, que tiene como objetivo que la totalidad de las citadas usuarias emplee determi-

52. Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV, Dirección del Programa de Planificación Familiar, p.44.

nados métodos anticonceptivos, puede suponer la vulneración de los derechos al libre desarrollo de la persona y a la libertad de conciencia y de religión.

La existencia de estas metas no sólo puede vulnerar derechos fundamentales, sino originar excesos en la ejecución del programa de planificación familiar, máxime cuando el propio programa, utilizando un lenguaje más compulsivo que programático, señala que hay que 'alcanzar' y 'lograr' tales metas. Similar lenguaje es utilizado en el Manual de Normas y Procedimientos para actividades de AQV, que se refiere a la 'producción' de intervenciones, al porcentaje logrado de la meta programada y al número de pacientes 'captados'.»

En sus conclusiones la Defensoría del Pueblo consigna:

«8. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, al establecer metas de servicios referidas sólo a mujeres en edad fértil, orienta sus acciones discriminatoriamente hacia las mujeres, olvidando que las políticas públicas de planificación familiar también deben dirigirse a los hombres.

9. La existencia de metas numéricas de cobertura de métodos anticonceptivos puede resultar violatoria de los derechos constitucionales, y dar origen a excesos en la aplicación del programa de planificación familiar.»

Finalmente, la Defensoría incluyó como recomendaciones:

«2.2. Reformular las metas de los programas reemplazando las actualmente establecidas –como por ejemplo la cantidad de personas que deben ser captadas– por otras de carácter programático basadas en estimaciones de la demanda de cada uno de los métodos anticonceptivos, con explícita cobertura a hombres y mujeres.

2.3. Modificar el logro general del programa expresado en que el 100% de las pacientes con atención institucional de parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro, por otro logro en el que se establezca que dicho porcentaje debe egresar habiendo sido debidamente informado de todos los métodos de planificación familiar.

2.4. Adoptar nuevas metas cuantitativas en términos de cobertura de información sobre todos los métodos en planificación familiar, tanto para hombres cuanto para mujeres.»