

## **De Anti-Natalista a Ultra-Conservadora: Restricción de la Elección Reproductiva en el Perú**

Anna-Britt Coe

Directora del Programa, para América Latina, Centro para la Salud e Igualdad de Género,  
Lima, Perú. E-mail: [annab@terra.com.pe](mailto:annab@terra.com.pe)

El Observatorio del Derecho a la Salud – CIES, no comparte necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de su autora.

## Resumen

*El presente artículo examina la política de población del Perú desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y evalúa la medida en la que sus políticas y programas han afectado la salud y los derechos reproductivos. Este artículo ha sido desarrollado a partir de la información recopilada durante la supervisión constante de las políticas y derechos de salud y reproducción sexual y de los programas en el Perú desde 1998 del Centro para la Salud y Equidad de Género (CHANGE, por sus siglas en inglés). Los logros obtenidos en Perú desde 1994 demuestran la buena fe por parte del gobierno y de los donantes extranjeros para realizar avances hacia el logro de la agenda de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) al tocar temas claves de preocupación referentes a la salud reproductiva y a los derechos de las mujeres.*

*Desafortunadamente, este progreso no ha sido consistente. Se ha visto ensombrecido por dos periodos de políticas e intervenciones anti-electivas. El primero, en 1996–97 bajo el régimen de Fujimori, fue un enfoque demográfico que usó objetivos numéricos y presión indebida sobre las mujeres para que acepten el programa de esterilización como estrategia principal para la reducción de la pobreza, lo que llevó a abusos comprobados. El segundo, entre 2001–03 bajo el régimen de Toledo, fue un enfoque ultra derechista que tuvo como resultado un acceso limitado a los servicios esenciales, incluyendo anti concepción de emergencia, condones y atención médica post aborto. A pesar de su naturaleza contradictoria, estos dos enfoques de política han sido los mayores obstáculos para la mejora a largo plazo de la salud y derechos reproductivos en el Perú.*

© 2004 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, política de población anti-natalista, programas y políticas de salud reproductiva, derechos reproductivos, políticas anti-elección, Perú, Estados Unidos

---

Para los defensores de los derechos de las mujeres, el consenso logrado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 fue el resultado de décadas de trabajo arduo a fin de cambiar el enfoque de las políticas de población, apartándolas del logro de los objetivos demográficos hacia la promoción de la salud y derechos reproductivos. Sin embargo, los participantes se vieron enfrentados a su reto más importante cuando volvieron a sus países de origen: asegurar que sus gobiernos adoptaran y cumplieran los objetivos establecidos en la nueva agenda. En forma concreta, los gobiernos deben reemplazar las estrategias de reducción de fertilidad definidas en forma muy estrecha con políticas más amplias que busquen aumentar la capacidad de los hombres y las mujeres para ejercer sus derechos y tratar sus problemas de salud reproductiva, incluyendo, aunque sin ser este el único tema, su necesidad de contar con anticonceptivos. A la fecha, esto ha demostrado ser más difícil de lo esperado, en parte debido a que muchos gobiernos tienen una capacidad financiera y técnica

limitada para llevar a cabo y mantener los cambios necesarios. Estos cambios implican también un proceso lento y prolongado de transformación de estructuras y programas burocráticos e inflexibles. Sin embargo, los principales obstáculos para promover el Programa de Acción de la CIPD son políticas de acción que se oponen abiertamente a los derechos reproductivos. Estas posiciones políticas pueden evitar que los gobiernos lleven a cabo un compromiso totalmente desarrollado para lograr los objetivos de salud y derechos reproductivos.

El Perú es un vivo ejemplo de la complejidad que implica el desarrollo de una agenda de salud y derechos reproductivos. Hasta el inicio de los años 90, el gobierno brindó poco apoyo a los temas de población y su programa nacional de planificación familiar estuvo mal organizado y fue relativamente ineficiente. A partir de la firma del Acuerdo de la CIPD, el gobierno peruano ha dado varios pasos hacia el cumplimiento de los objetivos de salud y derechos reproductivos. El avance se ha visto ensombrecido por dos periodos de enfoques políticos adversos, un enfoque demográfico (1996–1997) y un enfoque de extrema derecha (2001–2003). El presente artículo examina la política poblacional del Perú a partir de la CIPD y evalúa hasta qué punto las políticas y medidas adoptadas han mejorado o reducido la salud y los derechos reproductivos.

## **Metodología**

La información se ha obtenido a partir de la supervisión constante por parte del autor acerca de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva en el Perú desde 1998 para el *Centro para la Salud y Equidad de Género* (CHANGE). El objetivo de esta supervisión ha sido evaluar el progreso del Perú en cuanto a la implementación de la agenda de los derechos de salud y reproductivos, incluyendo sus compromisos acordados en la CIPD, así como el empleo y la efectividad de la asistencia de los Estados Unidos para cumplir con este objetivo. La evaluación consistió en dos fases.

Durante la primera fase, se recogió información primaria y secundaria de actores claves a nivel nacional en políticas de salud reproductiva: grupos de derechos de la mujer, ONGs de salud reproductiva, instituciones gubernamentales y agencias de asistencia técnica así como de entidades donantes. Se realizaron un total de 45 entrevistas a profundidad y 15 entrevistas informativas con representantes de los actores claves entre abril y junio de 1998 y octubre y diciembre de 2000 (Tabla 1). Las entrevistas a profundidad fueron semi-estructuradas empleando una guía temática con preguntas de respuesta abierta. Las entrevistas con los informantes claves fueron diseñadas para realizar un seguimiento a los mismos temas. Se empleó observación de participantes en conferencias públicas, talleres y presentaciones organizadas por los actores clave que incluyeron a hacedores de política, directores de programas y proveedores de servicios de salud. Las observaciones directas se realizaron en establecimientos de servicios in situ en el Departamento de Ayacucho. Se revisaron los documentos oficiales y los estudios proporcionados por los participantes.

Tabla 1. Fuentes de Información Primaria

**Actores a nivel nacional**

1. Instituciones de Gobierno
  - Ministerio de Salud, Programa de Planificación Familiar.
  - Ministerio de Salud, Programa de Salud del Estudiante y del Adolescente
  - Ministerio de Salud, Programa de Salud Materna y Perinatal
  - Ministerio para Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, Programa de Desarrollo Humano.
  - Ministerio de Educación, Programa de Educación Sexual
  - Defensoría del Pueblo, Derechos de la Mujer
  - Comisión para la Mujer del Congreso de la República
2. Donantes Internacionales
  - USAID, Oficina de Salud, Población y Nutrición
  - USAID, Oficina de Derechos Humanos
  - UNFPA Perú
  - DFID, Reino Unido, Programa de Población y Salud.
3. Grupos / ONG de derechos de la Mujer
  - Centro de Estudios y Publicaciones (CESIP)
  - Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
  - Movimiento Manuela Ramos
  - Red Nacional de Promoción de la Mujer
  - Redess Jóvenes
4. Agencias de Cooperación
  - Pathfinder Internacional
  - Policy Project

**Participantes del Departamento de Ayacucho**

1. Instituciones gubernamentales
  - Ministerio de Salud
  - Programa de Planificación Familiar.
  - Programa de Salud del Estudiante y del Adolescente
  - Programa de Control de ETS / SIDA
  - Programa de Salud Materna y Perinatal
2. Grupos / ONG de derechos de la Mujer
  - Movimiento Manuela Ramos
  - Centro de Trabajo con Mujeres Ayacuchanas
  - Centro de Investigación, Promoción y Atención de la Madre e Infante
  - TADEPA
  - CARE
  - VECINOS PERU

Lugares visitados en las instalaciones de salud de Ayacucho

Hospital de Cuidados Terciarios

Centro de salud urbana

Centro de salud urbana

Centro de salud rural

Escuela Secundaria Urbana

Entrevistas en centros de salud de Ayacucho

- Enfermeras, obstétricas
- Directores de clínicas
- Promotores de salud de la comunidad y afines

Se buscó información sobre los siguientes temas:

- ¿Cuáles son los temas prioritarios de salud reproductiva que enfrentan las mujeres?
- ¿Cómo define la política de población el gobierno peruano y los principales donantes internacionales?
- ¿Cuáles son las políticas formales con respecto a los temas de población, planificación familiar y anticoncepción, ETS y VIH, mortalidad materna, cáncer cervical y derechos reproductivos?
- ¿Qué medidas se han tomado para desarrollar políticas que promuevan los derechos y la salud reproductiva en el Perú?. ¿Cuál es la relación entre los objetivos demográficos y la entrega de anticonceptivos, incluyendo metas, reducción de la fertilidad y la retórica versus la práctica?
- ¿Qué se ha logrado y cuáles han sido las limitaciones?
- ¿Cuáles son los temas principales con respecto a los servicios de salud, incluyendo la combinación de métodos, sesgo de los proveedores, el uso de enfoques innovadores e integrados, de los servicios del sector público versus privado en temas de educación, consejería, prevención y tratamiento?
- ¿Qué se necesita para mejorar la promoción de la salud y derechos reproductivos en el Perú?

La información fue procesada, organizada y analizada por el autor. Las notas escritas a mano de las observaciones y entrevistas se digitaron en un procesador de textos computarizado. Se asignó códigos a la información en esta etapa basándose en los temas principales identificados en esta información. La información fue analizada al poco tiempo y se revisaron los códigos preliminares, pasándolos a códigos de primer nivel. Una vez que se asignaron los códigos de primer nivel, la información fue obtenida y ordenada a través del uso de la tecla "buscar" del programa de procesamiento de textos. Se creó un archivo independiente de procesamiento de textos para cada tema principal que surgió a partir de la búsqueda y ordenamiento de la misma según los códigos de primer nivel. Se analizó la información de cada archivo para identificar patrones dentro de un tema particular de los códigos de primer nivel. A estos patrones se les asignó códigos de segundo nivel y se separó la información usando la tecla "buscar" del programa de procesamiento de texto. Se creó un archivo independiente para cada patrón identificado a través de los códigos de segundo nivel. Se comparó la información y las transcripciones de las entrevistas de los distintos momentos para determinar la continuidad y el cambio. El autor presentó la información en dos informes internos, en julio de 1998 y julio de 2001.

Durante la segunda fase, desde el año 2001, he participado como representante de CHANGE en una coalición de organizaciones de la sociedad civil en el Perú, la Mesa de Vigilancia de Derechos Sexuales y Reproductivos. Esta entidad comparte en forma regular y colectiva información sobre política y eventos sobre salud reproductiva, y analiza los mismos con el fin de desarrollar respuestas de apoyo y promoción adecuadas. De manera paralela, he documentado la alianza entre los actores de la extrema derecha en el Perú y de los EE.UU., y su ataque a los programas de salud reproductiva auspiciados por el gobierno de los EE.UU. en Perú, a través de la información obtenida de informantes clave, las páginas web de las organizaciones de extrema derecha y documentos confidenciales.

## **Prioridades medulares para la salud de las mujeres en el Perú**

Todos los actores han apuntado en forma repetida a cinco problemas prioritarios de salud sexual y reproductiva en el Perú, basándose en información cuantitativa y cualitativa:

- Partos y abortos inseguros
- Embarazos no deseados
- ETS y VIH
- Cáncer cervical
- Violencia basada en el género

La tasa de mortalidad materna, estimada a la fecha en 185 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos es bastante alta para la región, según la Organización Panamericana de la Salud. Así mismo, el promedio nacional encubre la realidad de cifras mucho más elevadas en las áreas rurales y peri urbanas, así como en ciertos departamentos andinos y amazónicos. Los abortos inseguros representan aproximadamente el 16% de muertes relacionadas con el embarazo. Aproximadamente se dan 66 abortos por cada 100 nacimientos vivos en el Perú en donde el aborto es una práctica ilegal y los abortos seguros son muy raros. Por lo menos un 30% de todos los abortos se terminan complicando.

En el Perú, el 60% de todos los embarazos fue no deseado, y un total de aproximadamente 25% de todas las mujeres sexualmente activas no están bien protegidas contra un embarazo no deseado. A pesar de un incremento consistente de las tasas de uso de anticonceptivos en la última década, el acceso a información de calidad y a los servicios varía notablemente según el nivel socio económico, el grupo étnico, y el lugar de residencia. Las niñas adolescentes son especialmente vulnerables puesto que cuentan con menos métodos anticonceptivos. A pesar de que no contamos con suficiente información para presentar un cuadro completo de la magnitud de las ETS, incluyendo el VIH, las pruebas demuestran que las mujeres corren cada vez más riesgos de ser infectadas. Hace diez años, las mujeres representaban 1 de cada 15 personas infectadas con el VIH, hoy en día esta cifra ha aumentado a 3. Las mujeres en edad reproductiva tienen más probabilidades de morir de cáncer, y 48% de estas muertes son debidas a cáncer ginecológico, especialmente cervical o de mamas. La discriminación social y cultural contra las mujeres incrementa su riesgo de presentar problemas de salud sexual y reproductiva e impide que puedan tratar estos temas. Por ejemplo, a menudo en el Perú los hombres ejercen control sobre la sexualidad y fertilidad de sus parejas femeninas, esperando tener sexo a demanda y oponiéndose al uso de métodos anticonceptivos o de barrera para evitar las infecciones. El control masculino se ve reforzado a través de la violencia íntima entre la pareja, lo cual es una práctica bastante común. Un estudio reciente y con predominancia en el área de Lima sobre la violencia basada en el género demostró que la mitad de las mujeres de Lima, y casi dos terceras partes de las mujeres del departamento de Cusco habían reportado ser víctimas de abuso físico y / o sexual por su pareja por lo menos una vez en su vida.

## **Primeras Políticas de Población 1980–92**

El Perú tiene una historia relativamente corta en lo que respecta a programas y políticas específicas relacionadas a temas de salud reproductiva y sexual. En el año 1979, al final de una larga década de régimen militar, la nueva Constitución reconoció el derecho de las familias y de los individuos a regular voluntariamente su fertilidad y proclamó el apoyo del estado para la paternidad responsable. Los siguientes gobiernos electos democráticamente, bajo sus presidentes Fernando Belaunde (1980–85) y Alan García (1985–90), fueron los primeros en demostrar su preocupación por el crecimiento de la

población y la fertilidad no deseada. En 1983, el Ministerio de Salud (MS) comenzó a ofrecer servicios públicos de planificación familiar. Al poco tiempo, el gobierno estableció un marco legal y político para tratar temas de población con la promulgación de la Ley de Población Nacional, en 1985 y formuló el Primer Programa Nacional de Población en 1987. La Ley de Población Nacional, que se encuentra aún vigente, busca la promoción de una relación balanceada entre el tamaño de la población, su estructura y distribución, y el desarrollo socio económico. Entre otras cosas, la ley garantiza la elección informada y voluntaria con respecto a la reproducción y el uso de anticonceptivos, el acceso a la educación y a los servicios de salud y la protección de los derechos humanos del individuo. El Programa Nacional de Población de 1987 – 1990 buscó cumplir con los objetivos de la ley en términos prácticos a través de metas e intervenciones específicas. Sin embargo, sólo se pusieron en práctica unas cuantas actividades dentro del Programa de Planificación Familiar del MS. La mayor parte del Programa Nacional de Población no fue implementado debido a una falta de fondos y al apoyo político, combinado al colapso económico del Perú y a la crisis política que sobrevino. El Segundo Programa Nacional de Población 1991–95, fue formulado durante el primer gobierno del presidente Alberto Fujimori (1990–95). Buscó reducir la tasa de crecimiento de la población (de 2.1% a 2%), la tasa total de fertilidad (de 3.5 a 3.3) y las tasas de mortalidad maternal e infantil. Así mismo, buscó brindar igual oportunidad socio económica y normas culturales entre hombres y mujeres. Para lograr esta meta, el programa propuso la coordinación multi-sectorial de ocho estrategias interrelacionadas; salud reproductiva y planificación familiar, diseminación de comunicación e información, descentralización de la población, educación, producción de investigación y estadísticas, avance de la mujer y de los jóvenes y protección medio ambiental. Sin embargo, una serie de obstáculos institucionales y políticos limitaron seriamente su implementación. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Población, la agencia a cargo de la implementación, carecía de autoridad suficiente para realizar otras funciones. Las entidades públicas responsables no estaban interesadas y se negaban a coordinar esfuerzos debido a rivalidades interinstitucionales. Más aún, a pesar de que Fujimori se mostró inicialmente resuelto a apoyar la planificación familiar, se enfrentaba en forma paralela a un conflicto interno violento, a una economía débil y a una inflación en espiral. Para resolver estos problemas, su gobierno necesitaba el respaldo de la Iglesia Católica, cuyos líderes han tenido un rol privilegiado e influyente en la política peruana y esta vez se oponían abiertamente a que las personas tengan acceso a los anticonceptivos modernos. Como consecuencia, el presidente tuvo que reducir el tono de su promoción anticonceptiva. Más aún, el gobierno adoptó un programa de ajuste estructural recomendado por el Fondo Monetario Internacional, de austeridad y reducción de gasto social. Durante estos años, el apoyo de los donantes internacionales a la población, a la planificación familiar y a la salud fue extremadamente limitado. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) fue el único donante que proporcionó apoyo económico y financiero al gobierno. Además de realizar donaciones de anticonceptivos para el sector público, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) dirigió todo su apoyo a los servicios de planificación familiar no gubernamentales. Hasta el inicio de los años 90, los servicios de salud pública y de política de población del Perú eran muy débiles y el programa de planificación familiar estaba mal organizado.

### **Progreso hacia la salud y los derechos reproductivos: 1993 – 1998**

Conforme comenzaron los preparativos para la CIPD, diversos factores confluyeron para crear un entorno de política favorable para tratar los temas de embarazos no deseados y de salud reproductiva relacionados así como para mejorar los derechos de la mujer. En primer lugar, El Censo Demográfico y de Salud, realizado entre los años 1991 y 1992

demonstró un deseo difundido entre los peruanos de tener menos hijos y poder controlar su fertilidad, sin embargo, amplios sectores de la población no contaban con las condiciones necesarias para cumplir con este deseo. En segundo lugar, los grupos de derechos de la mujer reorientaron sus esfuerzos en forma más efectiva hacia los hacedores de política para aumentar su conciencia sobre la forma en que la desigualdad de género opera en contra de la salud reproductiva femenina y propusieron políticas gubernamentales para reducir la desigualdad. En tercer lugar, la situación política y económica se logró estabilizar, permitiendo al gobierno de Fujimori lograr un mayor impulso para tomar decisiones de diseño de políticas opuestas a la posición de la iglesia Católica. Finalmente, los donantes extranjeros decidieron orientar el grueso de su inversión hacia el fortalecimiento de los servicios estatales luego de que una evaluación del UNFPA hallara que el gran stock de anticonceptivos del sector público, donado en gran parte por USAID, estaba siendo administrado inadecuadamente y a menudo permanecía en los almacenes del MS en lugar de ser distribuidos. En 1994, la confluencia de estos factores llevó al gobierno peruano a firmar el Programa de Acción de la CIPD, reforzando así su compromiso con la salud y derechos reproductivos en la Conferencia de Beijing el año siguiente\*. En Beijing y en el Perú, Fujimori promovió abiertamente el acceso universal de las mujeres a los anticonceptivos. El discurso oficial del gobierno colocó este tema dentro del contexto de justicia social y de los derechos reproductivos; las mujeres pobres merecen tener los mismos derechos que las mujeres adineradas de regular su fertilidad, y las mujeres tienen el derecho a controlar sus cuerpos y a usar anticonceptivos si así lo desean.

Por primera vez, el gobierno peruano adoptó las medidas para expandir la elección reproductiva y ofreció servicios de anticoncepción gratuitos en las instalaciones de salud del estado. En septiembre de 1995, el Congreso de la República, controlado por la alianza política de Fujimori, legalizó la esterilización. Al poco tiempo, el MS publicó el borrador de su primer programa de salud reproductiva integral y el Ministerio de Educación inició un programa de educación sexual innovador en los colegios estatales, en línea con los acuerdos de la CIPD. Por ejemplo, en el papel, los programas de salud reproductiva proponían tratar una variedad de prioridades de salud de las mujeres, a través de la mejora de la calidad del cuidado y la facilitación del acceso a los servicios. *“Las fortalezas del programa incluyen que la salud se conceptualice como un derecho de la mujer y el aborto se considere un problema de salud pública.”* (Administrador de Programa, ONG a favor de los derechos de la mujer, Lima, 1998). Así mismo, los funcionarios del gobierno buscaron expertos y se involucraron en grupos de la sociedad civil y defensores de los derechos de la mujer como por ejemplo, la Red Nacional de Promoción de la Mujer y el Movimiento El Pozo fueron algunas de las instituciones que validaron las nuevas guías de los maestros para educación sexual. Tres organizaciones de derechos de la mujer, el Movimiento Manuela Ramos, el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y el CESIP, trabajaron con la agencia de marketing social APROPO, para capacitar a los profesores de los colegios en el uso de las nuevas guías. Los grupos de mujeres, incluyendo a Manuela Ramos, Flora Tristán y al Consorcio Mujer, participaron en

---

\* La delegación oficial peruana expresó dos reservas principales con respecto a la Plataforma de Acción en Beijing: el aborto no podía ser incluido como un método anticonceptivo y los derechos sexuales sólo se referirían a las relaciones heterosexuales. El Perú también ha ratificado tratados internacionales para los derechos de la mujer, incluyendo la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1982), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1993), la Convención Interamericana para evitar, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer (1996) y el Protocolo Facultativo de CEDAW (2001)

el Grupo de Trabajo sobre Cáncer Ginecológico que luego formuló el primer plan nacional para tocar este tema.

Las medidas del gobierno también enfatizaron la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres. En cada rama del gobierno, se estableció una agencia para alentar la igualdad de género. Se creó el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, (PROMUDEH), una Comisión del Congreso para la Mujer y una Defensoría de los Derechos de la Mujer. Además, se aprobaron leyes que apoyaban la igualdad de género, incluyendo una ley que reconocía la violencia doméstica como un delito (1997) y otra que permitía a las adolescentes embarazadas terminar la secundaria (1998). Finalmente, y a iniciativa de los grupos de derechos de la mujer, en 1997 se formó una Comisión Tri-Partidaria para supervisar la implementación del Programa de Acción de la CIPD, que incluía una representación de las instituciones del gobierno, agencias donantes, ONGs y universidades: “Sus principales logros incluyen la priorización de las áreas que el Programa de Acción de la CIPD deben supervisar (todas relacionadas con la salud reproductiva), creando así una base de datos de qué actividades está llevando a cabo cada institución miembro para tratar estas prioridades, y desarrollando un sistema de indicadores para supervisar las mejoras en estas áreas”. (Funcionario de Programa, agencia donante, Lima, 2000).

Los donantes extranjeros también incrementaron su apoyo. Entre los años 1994 y 1998, solo USAID otorgó fondos por US\$ 85 millones para temas de población, tres cuartos de toda la asistencia extranjera para el Perú para estas actividades. Durante este mismo periodo la UNFPA otorgó alrededor de US\$ 14 millones y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) colaboró con US\$ 7 millones. A pesar de que la asistencia se centraba aún en la planificación familiar, los donantes comenzaron la ardua tarea de redefinir sus propias políticas, hacia un enfoque más integral, enfocado en el usuario con respecto a la salud reproductiva. Antes de la CIPD, sus programas habían buscado sobretodo lograr objetivos demográficos, sin tomar en cuenta los contextos o las necesidades locales. La presunción era que mientras se ofrecieran métodos anticonceptivos, las mujeres los iban a solicitar y a usar en forma automática, ignorando las condiciones más amplias que colocan a la mujer en desventaja para disfrutar de su sexualidad y controlar su fertilidad. Los objetivos de las agencias donantes en el Perú se orientaron a evitar embarazos no deseados, a mejorar la salud de las mujeres y a proteger los derechos del individuo. Además, trataron de resolver otras necesidades críticas. Por ejemplo, USAID apoyó al MS con fondos para fortalecer el Programa de Control de ETS/VIH, para desarrollar servicios orientados a las necesidades de los adolescentes y conducir un grupo de trabajo multi-sectorial para diseñar el primer Plan de Prevención Nacional de Cáncer Ginecológico. El DFID auspició la expansión del cuidado post-aborto en 34 hospitales e instalaciones de mediano tamaño a nivel nacional. Finalmente, las entidades donantes orientaron sus fondos a mejorar las condiciones sociales más amplias para permitir que las mujeres ejerzan su elección reproductiva. Por ejemplo, el UNFPA realizó esfuerzos para desarrollar una política de población multi-sectorial que contribuyera a la reducción de la pobreza, la discriminación social y a la desigualdad de género. Así mismo, los donantes trabajaron auspiciando la participación de la sociedad civil en la política canalizando su asistencia a los grupos nacionales de mujeres tales como Manuela Ramos, Flora Tristán y Red Nacional, para que realicen campañas de protección y defensa de la responsabilidad del gobierno.

### **Resurgimiento de un enfoque demográfico: 1996–97**

A pesar de estos avances, en 1996 el gobierno no pudo aprobar una Política Nacional de Población y regresó a un enfoque demográfico a inicios de ese mismo año sin hacer pública esta información. El cambio de política surgió como una respuesta a la creciente presión nacional e internacional para tratar los problemas de diferencia socio económica que se iban haciendo cada vez más profundos. A pesar del crecimiento económico a nivel macro, las políticas económicas orientadas al mercado adoptadas durante el primer gobierno de Fujimori no lograron reducir la pobreza ni tampoco lograron reducir la tasa de desempleo. El gobierno de Fujimori decidió entonces que los servicios de anticonceptivos se convirtieran en el componente principal de su programa de alivio de la pobreza “La tasa de fertilidad entre las mujeres pobres es de 6.9 hijos, son pobres y cada vez producen mas gente pobre. El presidente está conciente de que el gobierno no puede luchar contra la pobreza si antes no reduce la fertilidad de las personas pobres. Por lo tanto, los objetivos demográficos son una combinación del derecho de las personas a planificar sus familias y la estrategia del gobierno para luchar contra la pobreza”. (Administrador de Programa, MS, Lima 1998). La lógica demográfica era que con menos dependientes, la situación económica de los pobres mejoraría. La política consistía en aumentar el uso de anticonceptivos modernos, especialmente la esterilización, entre las mujeres pobres privadas de sus derechos y con educación formal mínima o inexistente. Para lograr este objetivo, el programa de planificación familiar del estado se centró en incrementar los servicios de esterilización para satisfacer una presunta gran demanda latente. Antes, las mujeres podían ser esterilizadas únicamente si su salud estaba en riesgo, tenían cuatro hijos o más o si superaban cierta edad, y todo esto con el consentimiento del esposo. Según el MS, el número total de esterilizaciones realizadas anualmente en estas instalaciones aumentó de menos de 15,000 antes de 1995 a 67,000 procedimientos en 1996 y aproximadamente a 115,000 en 1997.\* Sin embargo, las entrevistas con los representantes de las entidades donantes revelaron que el MS no había capacitado adecuadamente al personal médico ni se contaba con el equipo adecuado para que los servicios de esterilización estuvieran lo suficientemente disponibles en este breve periodo de tiempo. Los trabajadores del sector salud no contaban con las habilidades de consejería necesarias y no eran capaces de brindar información de calidad a los usuarios antes de realizar los procedimientos. Como estrategia principal, las campañas de esterilización se llevaron a cabo con personal médico despachado el día anterior para realizar estos procedimientos en áreas rurales y aisladas. Esta práctica puso en riesgo la calidad del servicio así como el cuidado posterior de las pacientes. Los funcionarios públicos fijaron cifras meta anuales y objetivos correspondientes para el personal del programa. Para cumplir con estas metas obligatorias, muchas instalaciones regionales y locales de salud tomaron medidas que no cumplían con la obtención del consentimiento informado previo. Por ejemplo, se dejaron de entregar métodos temporales tales como inyectables o anticonceptivos orales para promover la esterilización. Engaños flagrantes, incentivos económicos y amenazas fueron otros métodos empleados. “Teníamos que realizar un numero determinado de esterilizaciones cada mes. Esto era obligatorio y si no cumplíamos, nos despedían. Muchos proveedores no le informaban a las mujeres que iban a ser esterilizadas, les decían que el procedimiento era de otro tipo. Pero yo sentía que esto no era correcto y prefería entregarle a una mujer una bolsa de arroz para convencerla de que se hiciera el

---

\* El DHS de 1996 encontró que el 5.9% de todas las mujeres en edad reproductiva usaban la esterilización como método anticonceptivo (9.5% de mujeres casadas). El DHS de 2000 halló que el 7.5% de todas las mujeres en edad reproductiva estaban usando la esterilización, así como el 12.3% de todas las mujeres casadas.

procedimiento y le explicaba de antemano lo que iba a ocurrir” (Médico, ex proveedor de salud del MS, Departamento de Ayacucho).

“Tanto el sector público como la sociedad civil reconocen la demanda de servicios de planificación familiar. El gobierno respondió a esto extendiendo masivamente los servicios. Pero en el proceso, estos servicios usaron la coerción y el abuso, violando los derechos de los individuos. La esterilización debe ser un método disponible, pero no el principal. La esterilización fue priorizada por el gobierno por motivos económicos, mas no para satisfacer la demanda de este servicio.” (Administrador de Programa, ONG de derechos de la mujer Lima, 1998)

“El gobierno argumentó que se necesitaban metas programáticas para proyectar y estimar cuántas existencias y suministros serán necesarios. Existen metas numéricas válidas para salud reproductiva, tal como la reducción de la tasa de mortalidad maternal, la reducción de la tasa de ETS y el incremento de personas bien informadas. Pero lograr una cantidad de esterilizaciones no es una meta válida. ” (Administrador de Programa, ONG de derechos de la mujer Lima, 1998). Estas prácticas iban en contra de las protecciones constitucionales y legales del Perú, produciendo discrepancias entre las políticas y su aplicación. Más aún el MS no tenía (y aún no tiene) ningún mecanismo institucional para poder rectificarse ante cualquier persona maltratada por el sistema público de salud o para sancionar a los administradores de clínicas o proveedores que cometan abusos. A pesar de que la Defensoría Pública de los Derechos de la Mujer se encarga de investigar violaciones a los derechos humanos cometidos por instituciones públicas contra mujeres, ésta estaba en proceso de establecimiento y de determinar su rol cuando estos abusos estaban ocurriendo. Además, si bien puede realizar recomendaciones, no tiene autoridad para asegurar que se adopten las recomendaciones o que se tome acción contra la violación de derechos. Puesto que el enfoque demográfico del gobierno fue incompatible con los objetivos de los donantes internacionales en Perú, los donantes presionaron al gobierno peruano a puertas cerradas para que cambie su estrategia. Algunos donantes, incluyendo a USAID, se rehusaron a apoyar cualquier actividad relacionada con la esterilización, mientras que seguía auspiciando otros aspectos del programa de planificación familiar. Otras agencias donantes continuaron otorgando fondos para el programa de planificación familiar porque: “No es una opción justificable trabajar alejados del MS porque tiene una gran red de instalaciones y buenos profesionales trabajando para ellos. Hay muchos problemas, pero nuestro rol es ayudar al MS para que cumpla con sus funciones”. (Funcionario de Programa, Entidad donante, Lima, 1998).

Las organizaciones de la sociedad civil también se preocuparon cuando se enteraron de los problemas con la esterilización, pero la obtención de evidencia concreta para formular una crítica a las prácticas el gobierno se vio obstruida por la naturaleza encubierta de la política y el contraste resaltante con el discurso público. Las primeras críticas se centraron en el hecho de que las metas numéricas fueran tan elevadas que condujeran a abusos. Luego, las organizaciones de mujeres, específicamente el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), recolectaron evidencia de las mujeres sobre el uso de la coerción y otros abusos en servicios de esterilización. Enviaron sus hallazgos y preocupaciones a la Defensoría Pública de los Derechos de la Mujer, que comenzó a recibir presuntas quejas de abusos a mediados de 1997. El punto de quiebre ocurrió en Diciembre de 1997 cuando uno de los principales diarios del Perú, La Republica, informó sus propios hallazgos sobre la política del gobierno.

## **Nuevo respaldo a la salud y derechos reproductivos: 1998–2001**

A comienzos de 1998, se originó un acalorado debate cuando el público en general se enteró de la magnitud de la política demográfica del gobierno de Fujimori, de las violaciones sistemáticas al consentimiento previo y de la mala calidad de los servicios de esterilización. Los grupos de mujeres se opusieron a esta política y salieron en defensa de la protección de los derechos del individuo a la información sobre salud reproductiva así como a los servicios para ésta. En enero, el Defensor del Pueblo emitió un informe acerca de su investigación sobre una serie de reformas al programa de planificación familiar. Las organizaciones de la sociedad civil, asociaciones médicas y donantes extranjeros apoyaron los hallazgos del informe, y presionaron al gobierno peruano a adoptar las reformas. En marzo de 1998, el MS aceptó realizar reformas a los servicios de esterilización\* y a realizar cambios al programa de planificación familiar más amplio. Lo más importante, eliminaba las metas numéricas para el uso de anticoncepción, lo que llevó a la discontinuidad de las metas de esterilización. Basándose en la supervisión constante, el Defensor del Pueblo dijo que las violaciones flagrantes que ocurrieron entre 1996 y 1997 fueron detenidas después del cambio de política en 1998. Todos los actores entrevistados explicaron que los problemas remanentes en la entrega de anticonceptivos giraban en torno a formas más sutiles de violación de la elección informada. Los servicios de consejería y de información fueron muy débiles o estuvieron ausentes en los servicios de anticoncepción. Como parte de las reformas, el programa de planificación familiar desarrolló y publicó un manual sobre metodología de consejería, y aumentó el nivel de capacitación, especialmente de las enfermeras – obstétricas, que distribuyen aproximadamente el 70% de los servicios de anticoncepción. UNFPA, USAID y DFID proporcionaron un completo apoyo técnico y financiero a estas reformas. En 1999, después de una revisión concienzuda a cargo de las defensoras de la salud de las mujeres, las asociaciones de profesionales y las agencias donantes, el MS aprobó nuevas pautas nacionales para el suministro de servicios de planificación familiar, que fueron distribuidas a las instalaciones y a los proveedores de salud a lo largo de todo el país.

PROMUDEH buscó retroalimentación de las organizaciones de mujeres, de las agencias donantes y de las asociaciones profesionales para diseñar el borrador del Plan de Población Nacional para los años 1998 a 2002. Con la incorporación de estas sugerencias, la política reflejó los elementos medulares del Programa de Acción de la CIPD. Por ejemplo, en el borrador anterior, la meta relacionada con la fertilidad tenía un objetivo de 2.5 nacimientos por mujer, mientras que en la versión final, la meta era alcanzar una “tasa total de fertilidad compatible con las intenciones de reproducción del individuo”. La política mencionaba que “los programas de salud reproductiva deben proporcionar la mayor cantidad de servicios posibles, sin ejercer ningún tipo de coerción”. Además, la política tenía un enfoque multi-sectorial, que alcanzaba a la población y la pobreza, la desigualdad de sexo, la salud y la educación sexual y reproductiva, y las necesidades de los jóvenes y los adolescentes. Los esfuerzos para lograr avances en salud y derechos reproductivos en el Perú avanzaron lentamente debido a diferentes

---

\* Las reformas incluían nuevas pautas de consejería y formatos de consentimiento, dos sesiones de consejería para candidatas, un periodo de espera de 72 horas entre la segunda sesión de consejería y la esterilización, un periodo de hospitalización de 24 horas después de la cirugía para las personas con difícil acceso a los servicios y la certificación de instalaciones de salud y médicos calificados.

Entre 1998 y 1999, el Defensor del Pueblo investigó 157 casos de violaciones a la elección informada y calidad de los estándares de calidad en los servicios de planificación del MS: 9 ocurrieron antes de 1995, 112 entre 1996 y 1997, 29 en 1998, y 1 en 1999.

obstáculos, incluyendo la subida de la extrema derecha como fuerza política en el Perú. Cuando salieron a la luz los problemas en los servicios de esterilización en 1998, los representantes de la Iglesia Católica, los líderes de los grupos laicos de derecha y los legisladores ultra conservadores usaron la evidencia de los abusos para poner adelante su propia agenda, haciendo un llamado a la cancelación inmediata de los servicios de planificación familiar subvencionados por el gobierno. Así mismo, pusieron en la mira a las agencias donantes, particularmente a USAID, trabajando de manera concertada con sus contrapartes estadounidenses también en contra de la elección en el Congreso de los Estados Unidos de Norte América. Por ejemplo, el actual congresista peruano Héctor Chávez Chuchón comenzó a colaborar con la organización estadounidense, Population Research Institute (PRI), con el afán de desacreditar la asistencia bilateral norteamericana para la salud reproductiva en el Perú. PRI sostenía que USAID había auspiciado los abusos, y se ordenó una investigación a nivel congresal sobre la participación de USAID en los abusos en el tema de esterilización en el Perú, lo cual amenazaba a cortar el apoyo de los EEUU a esta agencia para el desarrollo.\* USAID luego demostró que su apoyo monetario en el Perú no se usó para apoyar estos abusos. Sin embargo, en los años siguientes, estos mismos actores de la extrema derecha buscaron desacreditar y acosar los programas de salud reproductiva de USAID en el Perú, basándose en los abusos de las esterilizaciones. Más aún, la extrema derecha en ambos países siguió ganando terreno y pronto terminó por dominar a ambos gobiernos. Luego se suscitó un nuevo levantamiento político debido a que el gobierno se vio involucrado en el tema de corrupción, fraude electoral y abuso de los derechos humanos a mediados del año 2000. El presidente Fujimori fugó del país, y su partido político que se encontraba en el poder se desintegró. Sin embargo, el gobierno de transición que entró en su lugar durante nueve meses trabajó para promover los derechos humanos, incluyendo los derechos de la mujer, y la dirección del MS apoyó los servicios de salud reproductiva que se encontraban funcionando.

### **Desarrollo de un enfoque de extrema derecha: 2001 – 2003**

Entre los años 2001 y 2003, el avance en la promoción de los derechos de salud y de reproducción en el Perú se vio ensombrecido cuando el presidente electo Alejandro Toledo asumió sus funciones y nombró a varios ultra conservadores en cargos públicos elevados. Por ejemplo, a pesar de que el primer Ministro de Salud, Luis Solari, sólo cumplió seis meses en el cargo, llenó los puestos del Ministerio con opositores a la elección de reproducción y dejó a su colega, el Dr. Fernando Carbone a cargo del MS. Solari y Carbone trabajaron para concertar con legisladores amigables y con la extrema derecha de los Estados Unidos tales como el Congresista Chris Smith y Henry Hyde así como con los grupos anti-elección, tales como el PRI y Human Life International.

El enfoque de ultra derecha no fue específico del Perú sino que formó parte de un movimiento global fundamentalista de grupos extremistas de diferentes religiones, incluyendo la religión Católica, Cristiana Evangélica y Musulmana. Según un reciente análisis de este periodo, la extrema derecha en el Perú buscó aplicar interpretaciones éticas de doctrina religiosa a las políticas públicas de amplia base prestando poco interés

---

\* El presidente del Subcomité de Operaciones Internacionales y Derechos Humanos del Comité de Relaciones Internacionales de la Cámara de Diputados, envió a miembros de su personal al Perú para que investiguen las acusaciones y llamaron a las mujeres que habían presentado quejas y a representantes del MS y de USAID/Peru para que testifiquen ante el Sub comité.

a las intervenciones científicas o basadas en evidencias, y sin ningún respeto a la elección de los individuos. Por ejemplo, toda relación sexual, que no fuera entre personas heterosexuales casadas y con fines de procreación fueron caracterizadas como inmorales y pecaminosas. Las propuestas de políticas enfatizaron la abstinencia como el método exclusivo para evitar la transmisión de ETS / VIH, así como el uso de métodos naturales de planificación familiar. La posición de extrema derecha también sostuvo que un modelo de familia ideal, en el que el único rol de la mujer es el de la maternidad debe ser preservado a toda costa. En vez de promover la igualdad de género y los derechos de la mujer, las propuestas de política buscaban reforzar la subordinación de la mujer.

Los tres ministerios responsables de la política social, el MS, el Ministerio de Educación y el PROMUDEH (ahora MIMDES), retiraron todos los objetivos y estrategias diseñadas para avanzar con el tema de igualdad de género y salud sexual y reproductiva de los documentos de política nuevos y existentes. Por ejemplo, los Lineamientos de Política de Salud del MS para los años 2002 al 2012 no contienen referencia alguna a la desigualdad de género. Mas aún, el Ministerio de Educación dejó de brindar educación sexual y el MS se rehusó a hacer pública cualquier tipo de información sobre programas de planificación familiar o cáncer ginecológico. El MS eliminó su programa de ETS / VIH y colocaron la prevención del VIH en un programa de "Reducción de Riesgo" que incluía malaria, dengue y otras enfermedades. Los Ministros de Salud Solari y Carbone trabajaron para impedir el acceso a los servicios y a la información sobre anticonceptivos modernos, el uso de condones para protegerse contra las ETS y el VIH, y a tratar complicaciones relacionadas con abortos inseguros. Las acciones específicas incluyeron directivas que desacreditaban las tecnologías críticas de reproducción, diseminación de desinformación en los medios masivos, y el bloqueo de la distribución de suministros necesarios. Por ejemplo, a inicios del 2002, Carbone trató de retirar el DIU del protocolo del MS para servicios anticonceptivos sobre la base de que es un método abortivo, mientras que al mismo tiempo informaban acerca de la efectividad del método Billings. También impidieron el uso de la aspiración manual al vacío para la atención post-aborto, a pesar de ser este el método más seguro disponible para tratar abortos incompletos o pérdidas. A fines del 2002, los funcionarios de salud lanzaron una campaña de desinformación sobre el uso de condones, en la cual los caracterizaban como totalmente ineficaces para prevenir las ETS y el VIH porque contienen espermicidas. Alrededor de la misma fecha, los esfuerzos de supervisión llevados a cabo por el Defensor del Pueblo, descubrieron pruebas de barreras impuestas por los servicios de salud para evitar que las mujeres obtengan métodos anticonceptivos. Las pruebas de dos estudios recientes confirman el impacto negativo de estas políticas, incluyendo una reducción del acceso y el uso de los anticonceptivos modernos, y una creciente confianza en el uso de métodos "naturales" y abortos inseguros. Se ha podido evitar de manera efectiva que los donantes internacionales apoyen los programas de salud y derechos reproductivos en el Perú desde el año 2001. Esto se ha visto combinado por el hecho de que tanto USAID como UNFPA se han visto acorralados por los oponentes a los derechos reproductivos en el Congreso de los Estados Unidos de América. La Administración Bush por sí misma, ha estado trabajando de manera activa para socavar los programas de salud reproductiva tales como el de Perú, y la política exterior de los EE.UU. ha pasado de priorizar la democracia y los derechos humanos a una guerra anti-drogas. La persecución de este objetivo ha requerido la cooperación total del Perú con el Departamento de Estado de los EE.UU. para diseñar e implementar una estrategia agresiva antinarcoóticos con poca ayuda local. USAID también ha rediseñado su cartera de desarrollo en siete países en los que se siembra coca. Fuentes confidenciales informan que los funcionarios de los EE.UU. en el Perú han expresado su deseo de sacrificar su asistencia a la salud

reproductiva para apaciguar a la derecha y mantener buenas relaciones con el gobierno del presidente Toledo.

De hecho, USAID / Perú ha limitado su apoyo para intervenir en los temas de embarazo no deseado y aborto inseguro. Los anticonceptivos de emergencia son un claro ejemplo. En 1992, se aprobaron los anticonceptivos de emergencia en el Perú, aunque no se distribuyeron.\* Sin embargo, después de que USAID/Perú fuera atacada por primera vez por la extrema derecha a principios de 1998, los funcionarios respondieron ejerciendo presión sobre el MS para que retire la anticoncepción de emergencia de la lista aprobada. En el 2001, durante el gobierno de transición, las organizaciones de la sociedad civil convencieron a los funcionarios del sector salud para que reincorporen los anticonceptivos de emergencia, para lo cual recibieron asistencia técnica de USAID. Sin embargo, el apoyo de USAID para estos anticonceptivos de emergencia tuvo una vida corta. Bajo el régimen de Toledo, los ministros de salud Solari y Carbone se rehusaron a ponerlo a disposición del público en las clínicas de salud, argumentando de que era un método abortivo. Esto no solo bloqueó el apoyo de USAID/ Perú para el suministro público del anticonceptivo sino que también tuvo un efecto paralizante en las ONG y en el sector privado, ya que éstos se resistieron a incorporar los anticonceptivos de emergencia en sus programas. USAID/Perú también se ha negado a enviar el dinero necesario para comercializar Postinor-2, un anticonceptivo de emergencia distribuido por la organización de comercialización social Apprende, desde el año 2002. La presión en contra del derecho a elegir por parte de los EE.UU. también sigue siendo fuerte. En el año 2002, en una visita al Perú, el congresista estadounidense Chris Smith amenazó a los funcionarios de USAID, “Será mejor que no den fondos para anticonceptivos de emergencia en este país.” Finalmente, los funcionarios en cargos de confianza de USAID en Washington han retirado su soporte institucional para los anticonceptivos de emergencia, aún cuando el personal técnico sigue favoreciendo dicho método. Entonces, a pesar de que sigue siendo un método aprobado en el Perú y en los EE.UU., USAID / Perú no lo va a auspiciar.

### **Contexto Actual**

Durante sus dos primeros años de gobierno, el Presidente Toledo evitó realizar declaraciones públicas sobre la posición de su gobierno con respecto a la salud y a los derechos reproductivos. En Julio de 2003, luego de una presión constante por parte de los grupos de mujeres, las organizaciones de salud reproductiva y de VIH /SIDA, así como de las organizaciones médicas progresivas, Toledo decidió públicamente apoyar las políticas de planificación familiar de conformidad con las pautas de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, reemplazó a los miembros de su gabinete ministerial, incluyendo al Ministro de Salud Carbone, por profesionales que apoyaban políticas basadas en evidencias relacionadas a la salud y a los derechos reproductivos. No es de sorprender, que los líderes de la extrema derecha, especialmente en el Congreso, continúen ejerciendo presión sobre el MS para limitar el acceso a los servicios y tecnologías de salud reproductiva. Los ultra conservadores unieron esfuerzos para lograr que Chávez Chuchón fuera nombrado presidente de la Comisión de Salud del Congreso para el periodo 2003 – 2004. Sin embargo, la actual Ministra de Salud, la Dra. Pilar Mazzetti, una neuróloga nombrada en el cargo en Febrero de 2004, se mantiene firme en su posición de

---

\* Los siguientes métodos también están aprobados: DIU, condón masculino, anticonceptivos orales, inyectables, Norplant, esterilización femenina y masculina, supositorios vaginales y métodos de ritmo / calendario y Billings. El diafragma y el condón femenino aún no han sido incluidos en la combinación de métodos.

revertir las políticas ultra derechistas en el MS, tomando medidas concretas para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva, de información y de educación así como para comprometer a la sociedad civil. Por ejemplo, en julio de 2004, el MS lanzó un Nuevo “Programa de cuidado integral en la salud sexual y reproductiva” y aprobó lineamientos nacionales para los servicios. Además, la Dra. Mazetti respondió en forma resuelta a la campaña de desinformación lanzada por la extrema derecha sobre los anticonceptivos de emergencia, basándose en evidencias científicas de que el método no es abortivo y anunció que finalmente, será distribuido en las dependencias del MS. Finalmente, la Dra. Mazzetti se reunió con 15 organizaciones de la Mesa de Vigilancia en Derechos Sexuales y Reproductivos, para discutir las formas en las que dicha coalición de la sociedad civil puede ayudar a promover políticas públicas sostenibles en materia de salud sexual y reproductiva.

### **Conclusión**

A pesar de su naturaleza contradictoria, los enfoques de las políticas demográficas y de la extrema derecha comparten una característica importante: es obvio que no son compatibles con la igualdad de género o con los derechos reproductivos y dificultan el progreso hacia el logro de estos objetivos en formas concretas. Bajo el enfoque demográfico, muchos proveedores de salud en todo el Perú se vieron presionados a realizar esterilizaciones bajo condiciones inadecuadas y sin cumplir con las normas del consentimiento informado o perdían sus trabajos. Mientras tanto, bajo el enfoque de la extrema derecha, se disuadía a los proveedores de salud de distribuir anticonceptivos modernos, condones y atención post-aborto. Estos enfoques políticos son los mayores obstáculos para lograr mejoras reales y permanentes en materia de derechos y salud sexuales y reproductivos.

### **Reconocimientos**

Estoy muy agradecida a las siguientes personas por haber revisado el presente artículo: María Cristina Arismendy, ex miembro de UNFPA/Perú; Susana Chávez, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan; Milka Dinev, Pathfinder International Peru; Dra. Ana Gúezmes, Observatorio del Derecho a la Salud, Consorcio de Investigación Económica y Social; y al Dr. Luis Távara, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Así mismo, quiero agradecer a los colegas que leyeron el informe completo: Frescia Carrasco, Movimiento Manuela Ramos; Federico León, ex miembro de Population Council Peru; Richard Martin, USAID/Perú; Shira Saperstein, Moriah Fund; y a Alicia Yamin, consultora internacional. Los puntos de vistas expresados en el presente artículo son los de autora. Agradezco también los puntos de vista y la orientación de Jodi L. Jacobson y Rupsa Mallik de CHANGE.