

Stéphanie Rousseau
Universidad Laval, Québec, Canadá

Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos*

Resumen: El artículo analiza el caso del proceso de elaboración de políticas de salud reproductiva en el Perú, en el contexto de las reformas de las políticas sociales implementadas durante los últimos 15 años. Las reformas en el sector de la salud sólo han reparado en forma parcial el acceso desigual de las mujeres a la planificación familiar, a los derechos reproductivos y a la atención materna. Las fuentes principales de desigualdad están relacionadas con la naturaleza segmentada del sistema de la atención de la salud que ocasiona, entre otros temas, que la mayoría de las mujeres sin seguro provenientes de las clases populares dependan de qué y cómo sean provistos los servicios públicos de la atención médica. Por otra parte, el continuo papel de sectores conservadores en los debates sobre políticas de salud reproductiva sigue teniendo un impacto sobre los servicios públicamente disponibles de planificación familiar.

Palabras clave: salud reproductiva; reformas sociales; políticas públicas; Perú.

Copyright © 2007 by Revista Estudios Feministas.

* Una versión modificada de este artículo fue publicado en inglés: ROUSSEAU, Stéphanie. "The Politics of Reproductive Health in Peru. Gender and Social Policy in the Global South." *Social Politics. International Studies in Gender, State and Society*, v. 14, n. 1, 2007. p. 93-125.

Este artículo pretende avanzar hacia la comprensión de las principales variables que explican la formación de nuevos sistemas de políticas sociales en América latina, desde una perspectiva de género. Más específicamente, este estudio se refiere al caso del proceso de elaboración de políticas de salud reproductiva en el Perú, en el contexto de las reformas de las políticas sociales implementadas tanto en este país como en otros países de Latinoamérica durante los últimos 15 años.

Tanto las políticas de lucha contra la pobreza como distintos puntos de vista sobre el género, entran en el proceso de elaboración de políticas de salud reproductiva en la región, bajo la influencia de diversas fuerzas internacionales. Sin embargo, las reformas en el sector de la salud sólo han reparado en forma parcial el acceso desigual de las mujeres a la planificación familiar, a los derechos reproductivos y a la atención materna. Las fuentes principales de desigualdad están relacionadas con la

naturaleza segmentada del sistema de la atención de la salud que ocasiona, entre otros temas, que la mayoría de las mujeres sin seguro provenientes de las clases bajas dependan de *qué* y *cómo* sean provistos los servicios públicos de la atención médica. Por otra parte, el continuo papel de sectores conservadores en los debates sobre políticas de salud reproductiva sigue teniendo un impacto sobre los servicios públicamente disponibles de planificación familiar.

1 Género, salud y pobreza: situando el campo de la salud reproductiva

Una mirada cercana a los procesos de reforma de las políticas sociales en Latinoamérica desde la mitad de los años noventa, nos indica que existe un nuevo enfoque sobre las mujeres como "clientela" de las políticas sociales. Las transiciones hacia regímenes democráticos en los ochenta han significado entre otras cosas, que la mayoría de las mujeres analfabetas que no gozaban previamente de derechos políticos, fueran formalmente incluidas en el sistema político, con una mayor presión hacia el Estado para dar respuesta a las demandas de las mujeres. Existe otro importante ímpetu detrás de la evolución del enfoque político de las agencias internacionales. Por un lado, algunas agencias de población han pasado de la orientación neo-maltusiana a la adopción del enfoque correspondiente a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), sostenida en El Cairo en 1994, basada en las nociones de salud reproductiva y equidad de género.¹ Por otro lado, las instituciones financieras internacionales y los donantes han promocionado, desde los comienzos de los noventa, políticas sociales como componente central de las estrategias de desarrollo bajo el lema del capital humano. Esa orientación, dentro de la cual las mujeres son consideradas como particularmente vulnerables a la pobreza, viene luego de una década de ajustes macroeconómicos y de disciplina fiscal que en realidad habían eliminado muchos programas sociales.²

No obstante, estas apuestas recientes debían ajustarse a los contextos de políticas sociales existentes en la región. El tipo dominante de régimen de bienestar en Latinoamérica durante buena parte del siglo XX, ha sido descrito como "conservador-informal".³ Usando la tipología clásica de Esping-Andersen del Estado de Bienestar y adaptándola al contexto de los países del Sur, Gough y Wood argumentan que los regímenes de bienestar de América Latina han sido caracterizados tradicionalmente por un sistema de seguridad social asignado a un pequeño

¹ A *grosso modo*, la noción de "salud reproductiva", tal como se adoptó en El Cairo "entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos". *Programa de Acción CIPD*, parágrafo 7.2, 1994.

² Para una revisión sobre los cambios de paradigmas de políticas, ver entre otros Hillary STANDING, 2002; Kurt WEYLAND, 2004; Bob DEACON, 2005.

³ Ian GOUGH y Geoff WOOD, 2004.

⁴ Gosta ESPING-ANDERSEN, 1990; GOUGH y WOOD, 2004.

sector de la fuerza de trabajo – los trabajadores sindicalizados del sector formal – donde el rol del Estado en la provisión social era subsidiaria y en el cual la familia tenía el rol central en la producción de bienestar.⁴ Además, el régimen fue mejor descrito como *informal*-conservador dado que la mayoría de la población fue excluida del sistema de seguridad social por su posición en el mercado de trabajo.

Dentro de las reformas iniciadas en el sector social en la década de los noventa, los sistemas de bienestar en América Latina están siendo rediseñados de acuerdo a lo que Gough y Wood denominan como “regímenes liberales-informales”: la privatización total o parcial del financiamiento y la provisión de servicios en los esquemas de seguridad social; la concentración de recursos estatales en el financiamiento y a menudo, la provisión de servicios para los pobres, con una lógica que privilegia el subsidio de los servicios esenciales basados en el análisis del costo-beneficio y en nuevos mecanismos de selección para llegar a sectores sociales focalizados. El rol del mercado en la provisión de bienestar es incrementado por las reformas, mientras que los beneficios sociales son extendidos a las categorías de la población previamente desprovistas de todo tipo de derechos al bienestar. Sin embargo, debido a los límites de los nuevos esquemas públicos, la producción de bienestar social continua siendo informal – tanto cuantitativa como cualitativamente – en una proporción significativa.⁵

⁵ Para un análisis más detallado de las reformas del sector social en América Latina, ver entre otros: Evelyne HUBER, 1996; María Amparo CRUZ-SACO y Carmelo MESA-LAGO, 1998; Merilee GRINDLE, 2002; Raul MADRID, 2003; Robert KAUFMAN y Joan NELSON, 2004; WEYLAND, 2004.

El paradigma central de la “reducción de la pobreza” o “alivio de la pobreza”, que guía a los reformistas de varios países latinoamericanos, incluido Perú, fue introducido por el Banco Mundial a fines de los ochenta. Mientras que esta perspectiva busca llenar la brecha dejada por una historia de pobre intervención estatal para atender las necesidades de la mayoría de la población, los principios y los mecanismos por los cuales el gasto social es re-orientado hacia los sectores pobres implican un refuerzo de la segmentación en la provisión de servicios sociales, como así también una lógica de focalización sobre un conjunto limitado de necesidades básicas, como se señaló anteriormente.

La salud reproductiva es parte de los objetivos consagrados en las reformas sectoriales de la última década. Este campo es central para comprender la elaboración de políticas sociales desde una perspectiva de género. Vincula dimensiones clave del control que una persona puede ejercer sobre su propio cuerpo, los “derechos sobre el cuerpo”, relacionados con la autonomía personal, los cuales comprenden la capacidad de las

mujeres para elegir *si y cuándo* ellas quieren tener hijos, o la libertad de ejercer elecciones reproductivas. También define los mecanismos por los cuales las mujeres pueden tener acceso a servicios de salud de calidad. La salud reproductiva tiene en consecuencia, una dimensión dual en los derechos de ciudadanía de la mujer: un componente de derechos civiles que define la libertad individual de la mujer en cuestiones reproductivas, y un componente de derechos sociales a través de la demanda de provisión o subsidios para acceder a varios tipos de servicios de salud reproductiva. Si bien la noción de autonomía corporal y el rol del Estado para facilitarlos, son olvidados a menudo en los análisis del sistema de bienestar, éste es un tema crucial para la ciudadanía de las mujeres, como bien lo identificaron O'Connor, Orloff y Shaver, y Mazur.⁶ Tanto la provisión pública como la regulación del Estado en este campo, son consecuentemente relevantes para comprender el impacto de las políticas sociales en las relaciones de género.

⁶ Julia O'CONNOR, Ann ORLOFF, y Sheila SHAVER, 1999; Amy MAZUR, 2002.

2 Pobreza y salud en Perú

Perú está entre los países más pobres de América del Sur. Con grandes disparidades étnicas y regionales en términos de acceso al trabajo formal, atención de la salud, educación e instalaciones básicas, la pobreza continúa siendo un problema de envergadura, aun cuando se ha hecho un relativo progreso en la reducción de formas extremas de pobreza. En 2001, el 54.3% de la población era considerado pobre en Perú, con un 24% considerado extremadamente pobre, mientras que en 2004, el 51.6% fue considerado pobre y el 19.2% fue considerado extremadamente pobre.⁷ El trabajo informal es la mayor fuente generadora de ingresos: 52.7% de la población de Lima trabajaba en el sector informal en 1991, mientras que en el año 2000 esta proporción había aumentado al 59.2%, rondando el 67% de todas las mujeres y el 53% de todos los hombres económicamente activos que habitaban en Lima Metropolitana.⁸

⁷ ENAHO, 2001-2004.

⁸ OIT, 2001.

2.1 El sistema de salud

Como en la mayoría de los países vecinos, el sistema de salud peruano ha sido históricamente segmentado, con diferentes sistemas creados para atender a diferentes sectores de la población de acuerdo a su posición en el mercado de trabajo. Esta segmentación resultó de la creación acumulativa de diferentes instituciones de salud más bien que como el resultado del diseño de un proceso coherente del sistema de salud.⁹ Hasta aquí, ninguna

⁹ Juan ARROYO, 2002, p. 29.

administración de gobierno ha sido capaz o ha deseado terminar con esta segmentación.

Existen las siguientes categorías de beneficiarios y entidades médicas: los empleados estatales y un número de trabajadores del sistema formal están afiliados a un sistema de salud de seguridad social, ahora llamado *EsSalud* (Seguro Social de Salud), financiado por empleadores y empleados y bajo la autoridad del Ministerio de Trabajo. También existe ahora para este sector la opción de contribuir a un seguro privado de salud. La Seguridad Social de la Salud cubre aproximadamente el 20% de la población. Menos del 2%, el grupo de ingresos altos, tiene un plan de seguro privado, mientras que el 1.3% está cubierto por los Seguros de Salud Militar o Policial que tienen sus propias instalaciones médicas.¹⁰ El resto de la población, aproximadamente el 75% recibe atención médica del sistema público de salud bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (MINSA).

Esta segmentación genera un alto nivel de desgaste y desperdicio del personal y de las instalaciones médicas. En primer lugar, hay una duplicación de servicios ofrecida por EsSalud y MINSA en muchas ciudades, mientras que no hay suficientes hospitales o clínicas para atender a la población rural. Además, la autonomía de cada sistema, carece de estándares nacionales en servicios médicos y los débiles sistemas de administración han generado una situación caótica por la cual, aún en 2000, entre el 22 y el 25% de los asegurados por EsSalud, por una aseguradora privada o por una combinación de ambos, usaban de hecho los establecimientos del MINSA. Además, cuando se observan los flujos financieros del sector salud, se revela que mientras que el MINSA atiende técnicamente el 75% de la población, su participación en el financiamiento total de salud de Perú fue del 24% en 2000. La mayor parte del financiamiento de la atención de salud correspondió a gasto de hogares, con 37,3% del financiamiento total.¹¹

2.2 Reformas en el sector salud

Las ineficiencias del sistema fueron reveladas abiertamente a principios de los noventa, cuando el gasto público en el sistema de salud MINSA fuera el más afectado por la "década perdida" de los ochenta. El presupuesto de salud del MINSA representaba en 1990 el 15% del utilizado en 1980.¹² La combinación de extrema crisis económica con caos político y social había conducido al Estado peruano al borde del completo colapso al final de los ochenta. Cuando Alberto Fujimori fue elegido presidente en 1990, el sistema público de salud del país estaba en un estado de "colapso funcional", como lo denominara un

¹⁰ Carlos BARDÁLEZ DEL ÁGUILA, 2004, p. 28.

¹¹ Augusto PORTOCARRERO, 2005, p. 4.

¹² Christina EWIG, 2004, p. 221.

¹³ Victo Zamorra, ex-Director de la Oficina Regional del Ministerio de Salud del Distrito San Martín y ex-Consejero en temas sociales en la Oficina de Lima de DFID (Cooperación Británica). Entrevista con la autora, Lima, 2 de junio de 2004.

entrevistado.¹³ Las reformas macro-económicas de “primera generación” implementadas al inicio del mandato de Fujimori, implicaron ajustes estructurales, estabilización económica y liberalización, y significaron una reducción de la intervención estatal en la economía, un aumento en el desempleo y un incremento de las desigualdades sociales. Una segunda ola de reformas, las reformas de “segunda-generación” en seguridad social y salud, comenzaron a ser implementadas en la segunda mitad de la década del '90, para continuar la agenda de liberalización y privatización y para transformar el rol estatal en la provisión de bienes sociales y así fomentar una mayor equidad social. Desde los '90 se han llevado a cabo diferentes iniciativas de la reforma sin existir un plan de acompañamiento que modifique la estructura del sistema de salud.

En 1993, una privatización parcial del sistema de seguridad social no modificó el carácter segmentado del sistema de bienestar, pero contribuyó substancialmente al giro hacia un sistema liberal-informal. La creación de un sistema dual público-estatal de pensiones en seguridad social, fue modificado en los años siguientes y favorecieron ampliamente la opción del esquema de pensión privada donde las contribuciones del Estado y de los empleadores fueron eliminadas. En el sector salud del sistema de seguridad social, los proveedores de atención médica privada empezaron a competir en 1997 con el sistema de seguridad social estatal ofreciendo servicios de salud en los niveles de atención primaria y secundaria.¹⁴

¹⁴ EWIG, 2004, p. 239.

Además de las iniciativas en el sistema de seguridad social, la mayoría de las otras descritas abajo perseguían reestablecer las bases del sistema público de atención médica bajo el MINSa. Las primeras decisiones adoptadas por el gobierno de Fujimori relativas al sector público de la salud fueron marcadas por la focalización de fondos estatales en programas para los sectores pobres de la población. Entre 1992 y 1996, el porcentaje de instalaciones médicas públicas aumentó al 56%, correspondiendo la mayoría a infraestructura de primer y segundo nivel (puestos de salud y clínicas) en áreas rurales. El Programa “Salud básica para todos” creado en 1994, también respondía al problema igualmente crucial de la carencia de personal médico en las áreas rurales pobres, proveyendo incentivos económicos al personal médico para trabajar en puestos públicos rurales de salud. En 1998, el 89% de todos los establecimientos públicos de salud de nivel primario fueron cubiertos por el programa.

Las medidas de reforma apuntadas hacia el mejoramiento de la “oferta” de la provisión de salud pública,

fueron seguidas por otros mecanismos destinados a incrementar "la demanda". En Perú, al igual que en muchos países vecinos, la perspectiva de la reducción de la pobreza en el sector de la salud condujo al diseño de esquemas de aseguramiento en salud pública para grupos focalizados. Estos programas de seguro subsidiado cubren un número limitado de componentes de servicios de atención médica, a menudo denominados "paquetes básicos de salud". Esta y otras medidas del sector de la salud fueron apoyadas en el Informe sobre Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 1993, el cual se centró en el tema de la salud. El principal objetivo de estos esquemas de seguro público de la salud es la provisión de un seguro básico de salud para algunas categorías de ciudadanos, que de otra manera estarían imposibilitados de usar el servicio público de atención médica debido a impedimentos económicos.

Al diseñar estos paquetes de seguro público en salud, la prioridad política del gobierno peruano fue asignada en primer término a todos los niños que concurrían a escuelas públicas, a través del Seguro Escolar Gratuito (SEG) creado en 1997. El SEG proveía cobertura médica gratuita a través del sistema de salud MINSA para niños desde pre-escolar hasta diecisiete años de edad. La creación de un nuevo plan de aseguramiento, el Seguro Materno-Infantil (SMI) con fecha de 1998, buscaba responder a la necesidad de atender a la provisión de atención médica a niños, madres embarazadas y madres en período de amamantamiento. Éste cubría el control del embarazo, parto y atención post-natal. El SMI fue una creación de las agencias donantes extranjeras, y como resultado de la carencia de voluntad política de implementarlo dentro del gobierno de Fujimori, sólo pudo actuar pobremente en sus pocos años de existencia. A fines de 2000, había generado 300.000 beneficiarios, solamente el 18% de la población focalizada en los 13 departamentos en los que estaba funcionando, sobre un total de 25 departamentos.¹⁵

¹⁵ Alfredo GUZMÁN, 2003, p. 36 y p. 45.

El año 2000 fue particularmente complicado para Perú, cuando el cada vez más cuestionado gobierno de Alberto Fujimori se desmoronó bajo el peso de revelaciones de gran escala de corrupción y fraude electoral. Fujimori huyó desacreditado del país para buscar refugio en Japón a fines de 2000, y se formó un gobierno de transición conducido por el Presidente del Congreso con el fin de preparar el terreno para las nuevas elecciones. Estas últimas tuvieron lugar en julio de 2001 y consagraron la victoria de Alejandro Toledo como nuevo presidente.

Durante el período de transición, el cual duró menos de un año, un nuevo Seguro Público de Salud (SPS),

comenzó a implementarse. Era el primer intento para proveer seguro público de salud a la mayoría de los peruanos no asegurados. El SPS, que reemplazaba al SEG y al SMI, tenía varias virtudes, a saber: a) provisión de cobertura para todos los niños sin seguro; b) extensión de la cobertura del SMI a todas las mujeres sin seguro de 15 a 49 años de edad en lugar de cubrir solamente a madres embarazadas y madres de recién nacidos, incluyendo la detección de cáncer ginecológico, planificación familiar¹⁶ y tratamiento de complicaciones post-aborto; c) inclusión de una lista de intervenciones quirúrgicas de emergencia para ser provistas gratuitamente a todos los adultos sin seguro.¹⁷ Sin embargo, el gobierno de Toledo decidió reemplazar el SPS por un nuevo Seguro Integral de Salud (SIS) luego de algunos meses de tomar el poder en 2001. El SIS difiere del SPS en varios aspectos. Los componentes de la salud reproductiva fueron reducidos significativamente, dado que el SIS sólo cubre aquellos servicios en torno al embarazo, y a la atención natal y prenatal. Sólo las embarazadas sin seguro y las madres de recién nacidos son consideradas afiliadas potenciales, en lugar del tramo de todas las mujeres de 15 a 49 años de edad que cubría el SPS.

En síntesis, cabe resaltar que las embarazadas y las madres de recién nacidos han sido consideradas un grupo focalizado clave en los esquemas de seguro de salud diseñados por sucesivos gobiernos desde fines de los noventa. A cambio, las mujeres en edad reproductiva – aquellas entre 15 y 49 años de edad – apenas recibieron una mayor atención de las autoridades de salud en el diseño del efímero SPS.

3 La salud reproductiva de las mujeres en Perú: derechos civiles y sociales

El impacto de las reformas del sector salud puede evaluarse específicamente observando el estado de la salud reproductiva de las mujeres en Perú. Perú se encuentra segundo en el ranking de las más altas tasas de mortalidad materna de América del Sur, luego de Bolivia.¹⁸ El riesgo de morir debido al embarazo es de 1 en 85 de las madres embarazadas en Perú, mientras que es de 1 en 130 en Latinoamérica y el Caribe en total, y 1 en 3 700 madres embarazadas en Norteamérica.¹⁹ Una de las causas de mortalidad materna – entre el 10 y el 30% de los casos – es el aborto inducido realizado por no profesionales o auto-ejecutado. En Perú el aborto es un crimen, excepto cuando es realizado por razones terapéuticas y un comité establece que la vida de la mujer está en peligro.

¹⁶ Los servicios de planificación familiar, incluyendo la provisión de anticonceptivos gratuitos, ligadura de trompas o vasectomía, y asesoramiento, ya eran gratuitos en los establecimientos MINSA desde 1995, como se explicará más adelante.

¹⁷ GUZMÁN, 2003, p. 36-37.

¹⁸ La tasa de mortalidad materna era de 240 sobre 100.000 nacidos vivos en 2002, un poco menos que en el período 1990-1996, donde era de 265 sobre 100.000 nacidos vivos (UNFPA, 2003; DHS, 1996).

¹⁹ Organización Mundial de la Salud 1996, citado en GUZMÁN, 2002.

²⁰ Delicia FERRANDO, 2002, citado en CLADEM-PERÚ, 2003.

Mientras que las estimaciones varían y se dice usualmente que no representan las cifras reales, se estima que existen 352 000 abortos anualmente, lo cual representa 4 abortos por 10 nacimientos vivos, o 5 abortos por cada 100 mujeres en edad reproductiva.²⁰ Dado que las mujeres ricas y de clases medias tienen acceso a clínicas privadas que realizan abortos ilegales seguros, la mortalidad materna resultante de abortos inseguros junto con las complicaciones consecuentes, está fuertemente relacionada a la clase y afecta de forma predominante a la mayoría de las mujeres pobres. El tratamiento de las complicaciones post-aborto en instalaciones de salud pública es aceptado y practicado, aunque aún no se encuentra adecuadamente regulado y por lo tanto, es vulnerable a las restricciones. De hecho, la nueva Ley de Salud de 1997 creó la ofensa de responsabilidad criminal para el personal de salud pública que no informe de casos sospechosos de aborto a las autoridades policiales, obligándolos a romper la confidencialidad del tratamiento médico y a convertirse en agentes represivos.

²¹ Delicia FERRANDO y Carlos ARAMBURU, 1996; UNFPA, 2003.

La prevención de embarazos no deseados a través del derecho a elecciones informadas en cuestiones reproductivas, es una de las formas de disminuir el predominio de abortos inseguros. Sobre ese cálculo, las mujeres peruanas continúan enfrentando brechas importantes aun cuando se esté realizando cierto progreso. La tasa del uso de anticonceptivos para las mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad aumentó sustancialmente en los noventa, yendo del 12.8% de las mujeres que usaban anticonceptivos modernos en 1986 al 50% en 2002.²¹ Quedan sin embargo, importantes brechas geográficas y relacionadas con los ingresos. Por ejemplo, en 2002, el 40% de las mujeres rurales usaban anticonceptivos modernos contra el 56% de las mujeres urbanas. Las mujeres del cuartil económico más pobre usaban anticonceptivos modernos en una proporción del 24% contra aquellas del 50% del cuartil más rico. Como resultado de varias tendencias que ilustraremos en la tercera sección del artículo, el uso de métodos modernos de anticoncepción bajó entre el 2000 y el 2004 del 50% de las mujeres a nivel nacional al 47%, y del 40% de las mujeres de áreas rurales al 33%.²²

²² Pedro FRANCKE, 2005, p. 8.

El acceso a la atención profesional maternal es otro componente crucial de la salud reproductiva. En este plano, se encuentran nuevamente importantes brechas geográficas y de clase, aunque los indicadores de atención del parto institucional han mejorado de manera constante hasta el presente. En áreas rurales, 24% de los partos fueron atendidos por personal especializado en 2000, mientras en 2004 eran 44%. A nivel nacional, en 2004, eran 71%.²³

²³ FRANCKE, 2005, p. 8.

²⁴ Alicia YAMIN, 2003. Varias razones más, entre las cuales se encuentran los obstáculos culturales en el acceso de las mujeres a los establecimientos de salud pública, explican la alta tasa de mortalidad materna. El estudio de Yamin muestra que las tasas de mortalidad materna no son más altas en las regiones donde no hay hospitales (siendo estos los establecimientos que deberían estar normalmente equipados y preparados para una atención obstétrica de emergencia). En 2000, se estimaba que el 32.5% de las muertes maternas ocurrían en un hospital público (MINSA, informado en YAMIN, 2003, p. 106).

²⁵ Las mujeres indígenas que viven predominantemente en áreas rurales son particularmente afectadas por esas barreras. Algunos estudios como el de YAMIN, 2003, explican que no es necesariamente una cuestión de preferencia el parto en el hogar, sino más bien el reflejo de prácticas discriminatorias, maltrato y falta de sensibilidad hacia las diferencias culturales a las cuales las mujeres rurales deben encarar cuando buscan atención médica.

Que una mujer dé a luz en un establecimiento público de salud no implica necesariamente que ella será adecuadamente atendida, dado que una proporción significativa de dichos establecimientos no están preparados para procedimientos de emergencia, ni están dotados tampoco de personal entrenado ni del equipamiento médico necesario.²⁴ La distancia geográfica de las instalaciones de salud y las barreras económicas o culturales, son también temas claves a considerar.²⁵

Como queda claro mirando esas cifras, los derechos sociales ligados a la salud reproductiva están también fuertemente estratificados, desde que el acceso a la planificación familiar y a la atención maternal está condicionado por el ingreso, la clase social o la ubicación territorial. Mientras se ha progresado hacia la corrección de estas brechas reformando el sistema público de salud, el análisis del proceso de elaboración de políticas que sigue, explicará en buena parte las razones por las cuales las políticas implementadas no lograron revertir el legado de discriminación.

4 La salud reproductiva como campos de batalla

Para entender las decisiones políticas y sus consecuencias sociales sobre la salud reproductiva de las mujeres peruanas, se necesita volver hacia los distintos caminos por los cuales los diferentes componentes de la salud reproductiva han devenido objetos de políticas y revisar asimismo, cómo el proceso político ha modelado su contenido. En esta sección, el término "campo de batalla", una obvia metáfora de guerra, fue elegido para retratar las batallas constantes lanzadas y sostenidas por los diferentes actores.

4.1 Campo de batalla No. 1: planificación familiar como estrategia de reducción de la pobreza

En Perú, la planificación familiar ha sido históricamente asociada a las presiones del Norte para el control de la población iniciadas en los sesenta, con la ayuda internacional asignada a la promoción de la planificación familiar siendo de interés para la seguridad de los Estados Unidos. Además, a nivel nacional, aquellos que argumentaban a favor del control de la natalidad debían enfrentar el poder atrincherado de las autoridades religiosas pro-natalistas. Los primeros esfuerzos para introducir los servicios de planificación familiar se plasmaron

en un programa piloto de 1964 del Ministerio de Salud introducido en Lima Metropolitana, junto con algunas iniciativas privadas tales como la creación de la Asociación Peruana de Planificación Familiar (APPF). El gobierno militar reformista del General Velasco, que tomara el poder en 1968, terminó con la APPF y envió a la cárcel a su director. En nombre de una doctrina anti-imperialista que asociaba planificación familiar con intereses occidentales, se restringieron las importaciones y las ventas de anticonceptivos en las farmacias.

Con el reemplazo del régimen de Velasco y las primeras elecciones con sufragio universal de Perú en 1980, las actividades de planificación familiar retornaron a la esfera legal, pero sólo muy tímidamente se realizó el lanzamiento del Estado en el desarrollo de su propia política en los ochenta. Los esfuerzos desplegados por unos pocos diputados, expertos y burócratas condujeron a la adopción de la primera Ley de Población en 1985 y proporcionó el contexto básico para el desarrollo del primer programa oficial de planificación familiar en 1988. Pero no fue antes de la elección de Alberto Fujimori en 1990 que el Estado devino un actor clave en este campo.

El Presidente Fujimori declaró que 1991 sería un "Año de Austeridad y Planificación familiar". Nuevamente, en 1992, Fujimori declaró que los noventa serían la "Década de la Planificación Familiar" en Perú. Al mismo tiempo, el Programa nacional de atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-1995 (PNASRF) fue aprobado. El programa establecía explícitamente que buscaba "contribuir a alcanzar una tasa de crecimiento poblacional que permitirá al país llegar a los niveles de desarrollo a los cuales aspira, a través de la disminución de la fertilidad en armonía con la libre decisión de la población sobre el tamaño de su familia y el intervalo entre cada hijo, promovido por una red de servicios que permitirá el acceso gratuito a métodos seguros y eficientes de planificación familiar".²⁶

²⁶ Programa Nacional de Atención de la Salud Reproductiva de la Familia (Perú) 1992, p. 13.

El nuevo énfasis estratégico sobre planificación familiar iba a ser implementado siguiendo los objetivos específicos de reducir la tasa de fertilidad de 3.5 en 1991 a 3 en 1995. El programa buscaba dar prioridad a las mujeres pertenecientes a la categoría de "alto riesgo reproductivo", asociada con los distritos pobres urbanos y rurales. El lazo entre planificación familiar y los objetivos de reducción de la pobreza no podían ser más claros que en el texto del PNASRF. La reducción de la pobreza fue construida principalmente desde una perspectiva demográfica. No se hizo ninguna mención de la contribución de la planificación familiar para la autonomía de la mujer o la igualdad de género.

²⁷ Es importante subrayar el hecho de que la Constitución previa de 1979 había sido suspendida de manera autoritaria por el Presidente Fujimori en 1992. Esto era, por supuesto, solo muy marginalmente o para nada sugerido por la agenda de Fujimori sobre el tema de la planificación familiar *per se*.

²⁸ Ley 26530, 8 de septiembre de 1995. La ligadura de trompas y la vasectomía fueron previamente excluidas de la lista de métodos autorizados de planificación familiar, aunque dichos métodos fueron practicados por los profesionales por "razones médicas" sin requerir consentimiento individual. La ligadura de trompas fue, por supuesto, realizada con más frecuencia que la vasectomía.

²⁹ RM. 572-SA/DM, 17 de agosto de 1995.

La nueva Constitución adoptada en 1993, reflejaba un conjunto de mejoras en el campo de la salud reproductiva.²⁷ El derecho a decidir el número y el intervalo de edad de los hijos fue inserto en la Constitución, el "derecho a la paternidad y la maternidad responsables" especificaba por primera vez la inclusión de las mujeres en esta noción de paternidad responsable, y el derecho a la protección de la salud también fue introducido junto con el derecho a la vida. Este último, sin embargo, afirmaba que la vida comienza desde la concepción, lo cual creaba un nuevo problema para los grupos que buscan descriminalizar el aborto.

El sueño de Fujimori de un "gran programa de esterilización" no se materializó hasta 1995 cuando la Ley de Población de 1985 fue enmendada para incluir la ligadura de trompas y la vasectomía como métodos legales de planificación familiar, los cuales serían provistos por servicios de salud públicos.²⁸ Es también en 1995 en que el asesoramiento en planificación familiar y los anticonceptivos, incluyendo la esterilización quirúrgica, llegaron a ser gratuitos en todos los establecimientos públicos de salud a través de una resolución ministerial.²⁹ Las razones del retraso en la elaboración de estas históricas decisiones se dan en el contexto político más amplio. Entre 1992 y 1995, Perú fue dominado por el "auto-golpe" de Fujimori perpetrado en 1992 con el apoyo de las fuerzas armadas y condenado por la comunidad internacional. En 1995, nuevas elecciones confirmaron la popularidad de Fujimori quien ganara con una amplia mayoría de los votos, logrando conseguir la mayoría de bancas en el nuevo Congreso.

La nueva situación posterior a las elecciones de 1995 facultó a Fujimori a dar pasos audaces hacia la implementación del programa de planificación familiar, el cual requería el apoyo de las agencias de cooperación internacional para poder ser puesto en marcha. Hasta entonces, sólo el UNFPA brindaba asistencia técnica y financiera al gobierno para cuestiones de población, mientras que USAID focalizaba su apoyo a las ONGs. En el nuevo contexto político institucional de 1995, Fujimori gozaba por un lado, del beneficio de conducir un régimen aparentemente democrático – una condición *sine qua non* para ampliar la cooperación internacional – y por el otro lado, gozaba del control de la Legislatura. Esto produjo que las reformas audaces, como la implementada en el campo de la planificación familiar, fueran más factibles. Además, su deseo de confrontar la histórica oposición de la Iglesia Católica a los programas de planificación familiar sólo fue políticamente viable luego que fuera superada la dramática

crisis política de principios de los noventa. La movida del Presidente se hizo más fácil por el hecho de que el mismo Fujimori no era católico. Además, el contexto internacional posterior a la Conferencia de El Cairo y precedente a la Conferencia Internacional sobre la Mujer, proveyeron un manto de legitimidad al programa presidencial.

El discurso de Fujimori en la inauguración de julio de 1995 sirvió para presentar su nueva política sobre planificación familiar. Él criticó abiertamente a las autoridades religiosas llamándolas “vacas sagradas” y utilizó una retórica pro-pobres para justificar la intervención estatal en este campo. El Presidente continuó su cruzada durante algunos meses luego de ser el único jefe de Estado que concurriera a la Conferencia de Beijing, donde presentara orgullosamente su nuevo y mejorado programa de planificación familiar.

El Programa de Acción del Cairo se convirtió en una referencia importante para el nuevo Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 (PSRPF) del Estado peruano.³⁰ El marco conceptual del Programa establecía fundamentalmente el objetivo de promover la salud reproductiva de los individuos, especialmente de las mujeres. Una resolución administrativa de 1996 del MINSA especificaba que la decisión libre de los individuos en términos de elección anticonceptiva, también se aplicaba a métodos permanentes tales como la ligadura de trompas y la vasectomía, rechazando así explícitamente la aprobación conyugal para la operación.³¹ La Ley General de Salud adoptada en 1997 continuaba con la afirmación de los derechos reproductivos de los individuos, incluyendo el derecho a elegir entre la amplia gama de métodos disponibles de planificación familiar y garantizaba que se implementaría un consentimiento escrito en el caso de los métodos anticonceptivos permanentes.

El PSRPF también aportó una definición del rol del Estado en la promoción y atención de las necesidades de salud reproductiva de los grupos de todas las edades y sexos. De forma significativa, también indicaba la importancia acordada por el Estado a la prevención de las enfermedades transmitidas sexualmente y al cáncer ginecológico, como así también a la atención prenatal, natal y post-natal. Finalmente, por primera vez en Perú, y en línea con el Programa de Acción del Cairo, el Estado reconocía que el aborto inseguro era un problema de salud pública.

No obstante los avances aportados por el contexto de estas nuevas políticas y los recursos estatales incrementados acordados al PSRPF,³² que generaron intensas críticas por parte de los sectores religiosos-

³⁰ MINISTERIO DE SALUD, 1996.

³¹ R.D. No. 001-DGSP, MINSA, Lima, 29 de febrero de 1996.

³² Jorge Parra, quien fuera Director del Programa de Planificación Familiar en MINSA desde 1990-92 y luego desde 1998-2001, notó una diferencia importante en los recursos políticos y financieros acordados por el Estado para este Programa entre estos dos períodos. En 1990, el Programa funcionaba con un presupuesto de alrededor de 100 000\$ anualmente, mientras que en 1998, éste había saltado a 10 millones \$. La proporción de estos fondos provenientes del Tesoro Nacional iban del 20% en 1990 al 70% en 1998, siendo el resto financiado por fondos de cooperación internacional. Jorge Parra, entrevista personal con la autora, Lima, 31 de mayo de 2004.

conservadores, emergieron rápidamente una serie de problemas en relación a su implementación. En 1996, algunas abogadas feministas comenzaron a recoger testimonios sobre una serie de abusos a los derechos humanos cometidos en el contexto de la ligadura de trompas realizados por el personal de salud del MINSA. Los casos documentados mostraban que las mujeres habían sido presionadas para aceptar la operación, o no habían recibido una correcta atención post-quirúrgica –con algunas complicaciones conducentes a la muerte –, o habían sido operadas durante la sesión de una cesárea sin haber sido consultadas previamente.³³ La Defensoría del Pueblo, una agencia pública, realizó sus propias investigaciones luego de la publicación de informes por organizaciones feministas, y confirmó que los procedimientos para obtener el consentimiento informado de parte de las mujeres no habían sido respetados en varios casos. Las mujeres no habían sido informadas de la existencia y de las características de otros métodos anticonceptivos antes de aceptar la operación de ligadura de trompas, o se les había ofrecido una donación de alimentos a cambio de la aceptación de la intervención quirúrgica. La prioridad dada por el gobierno a la ligadura de trompas, mediada por objetivos focalizados e incentivos para el personal médico para cumplir con estos objetivos, crearon un clima que era contrario para garantizar la libre toma de decisión de las mujeres. Estos objetivos fueron perseguidos notablemente a través de la celebración de “festivales de la ligadura de trompas y vasectomía”, organizados por el personal del MINSA en varias regiones pobres del país.³⁴

Estas revelaciones resonaron a nivel internacional, con el llamado del Senado de Estados Unidos para la creación de una comisión investigadora sobre la participación de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en el programa peruano de planificación familiar. El Presidente Fujimori se rehusó a admitir los problemas y acusó al movimiento feminista de unirse con los sectores conservadores y de querer sabotear los esfuerzos estatales de planificación familiar. Dentro de la Comisión Permanente sobre la Mujer en el Congreso, se tomó otra perspectiva para evitar la polarización política.³⁵ El Ministro de Salud fue llamado para testimoniar y se le solicitó que hiciera cambios en las normas y procedimientos del programa. Esto condujo a la adopción de nuevas pautas de planificación nacional en 1999.³⁶ Los objetivos del PSRPF fueron parcialmente modificados a fin de reflejar las recomendaciones del Defensor del Pueblo según las cuales dichos objetivos debían ser claramente asociados

³³ La primera referencia completa es el informe *Nada personal. Aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*. Lima: CLADEM (Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer). El CLADEM tiene una oficina nacional en Lima, Perú. Otra iniciativa importante fue la movilización del Movimiento Amplio de Mujeres, una red de mujeres que protestara por los abusos y organizara la defensa legal de algunas de las víctimas.

³⁴ Resolución de la Defensoría del Pueblo No. 01-1998, Lima, 26 de enero de 1998.

³⁵ Entrevista con Beatriz Merino, ex-Congresista (1995-2000) y miembro de la Comisión Permanente sobre Mujeres en el Congreso, Lima, mayo de 2001.

³⁶ Entrevista con Jorge Parra –entrevista personal con la autora, Lima, 31 de mayo de 2004.

con el acceso a la información sobre planificación familiar antes que con el número de usuarios de modernos anticonceptivos. Algunos problemas continuaron aún siendo reportados en 1999 y en 2000, mientras que el número de ligaduras de trompas realizados por el personal del MINSA cayó significativamente de 81,762 en 1996 y 109,689 en 1997, a alrededor de 26,000 en 1998 y en 1999.³⁷

³⁷ Resolución de la Defensoría del Pueblo No. 03-2000, Lima, 28 de enero de 2000. Es difícil evaluar si el número más bajo de ligaduras de trompas luego de 1997 se debe a los temores de las mujeres, o si refleja la normalización del porcentaje de operaciones luego del período inicial en el cual muchas mujeres que habían estado esperando durante años para obtener una ligadura de trompas pudieron finalmente conseguirlo gratuitamente.

³⁸ Aún a comienzos de 2000, el 45% de las muertes en Perú ocurrían en niños de menos de 5 años. Una mujer moría cada 8 horas por complicaciones resultantes del embarazo, parto o post-parto, con un total anual de 1258 muertes maternas. En GUZMÁN, 2002, p. 185.

³⁹ María Emma MANNARELLI, 1997; Jeanine ANDERSON, 2001.

4.2 Campo de batalla No. 2: la mortalidad materno-infantil como indicador básico de salud

Otra perspectiva sobre el papel del Estado peruano en las políticas de salud reproductiva se basa en el alto predominio de mortalidad materno-infantil, que figuraba entre las más elevadas de América del Sur cuando las reformas del sector de la salud fueron iniciadas a mediados de los noventa.³⁸ Los principales problemas identificados por los expertos peruanos eran la baja proporción de nacimientos que tenían lugar en establecimientos de salud, así como la renuencia o los obstáculos puestos en el camino de las mujeres rurales para buscar atención profesional prenatal.³⁹ Ambas situaciones impactaban negativamente sobre la capacidad de detectar complicaciones potenciales y para atenderlas correctamente.

Las altas tasas de mortalidad materno-infantil también atraían el interés prioritario de agencias donantes internacionales tales como el Banco Mundial y USAID. Estas dos agencias financiaron respectivamente dos proyectos de envergadura, el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (1994-2000) y el Proyecto 2000 (1995-2000/02), ambos enfocados en el mejoramiento de los servicios médicos materno-infantiles del MINSA a través de la asistencia y el entrenamiento técnico. El Proyecto 2000 buscaba explícitamente reducir la mortalidad materna. El Banco Interamericano de Desarrollo también financió un estudio piloto en 1997 para el diseño del Plan de Seguro de Salud Pública "Seguro Materno-Infantil" (SMI) discutido más arriba. El SMI fue luego implementado con más de la mitad de su financiamiento proveniente de las agencias donantes internacionales.⁴⁰ De acuerdo a Yamin, entre 1994 y 2000, las tres agencias financiaron más de la mitad del presupuesto del MINSA dedicado a la salud materna.⁴¹

Los diferentes proyectos antes mencionados dirigidos a la mortalidad materna, lograron producir varios avances en las áreas o regiones donde ellos funcionaron en los noventa. Sin embargo, a la luz de la naturaleza fragmentada de los diferentes proyectos implementados fuera de las

⁴⁰ YAMIN, 2003, p. 117-118.

⁴¹ YAMIN, 2003, p. 121.

líneas programáticas regulares del MINSA – es decir, los proyectos financiados por agencias internacionales generando su propio personal y mecanismos paralelos a la estructura del MINSA – sus logros no produjeron mayores cambios dentro de los diferentes niveles de administración y provisión de la salud del MINSA.

Aparece además como problemático el enfoque exclusivo sobre el cuidado prenatal y la asistencia profesional del parto, en detrimento del desarrollo de la capacidad de los establecimientos de salud para responder a las emergencias obstétricas, como se subrayara en el estudio de Yamin. La importancia estratégica acordada en los años recientes al incremento de la tasa de exámenes prenatales y a los partos institucionales, ha conducido también, paradójicamente, a nuevas formas de abusos. La Defensoría del Pueblo ha informado varios casos en que las mujeres han debido pagar diferentes importes para la obtención de certificados de nacimiento según si ellas habían dado a luz en una instalación pública de salud o no; otros casos revelaron que las autoridades de salud cobraron multas a las mujeres que no habían pasado un examen prenatal o que no habían dado a luz en una instalación de atención pública.⁴²

⁴² DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2002.

4.3 Campo de batalla No. 3: los derechos reproductivos y sus oponentes

Los dos “campos de batallas” descriptos arriba involucraban al Estado y a las agencias internacionales como instigadores principales del desarrollo de políticas de salud reproductiva. El carácter sucinto del análisis presentado ha sacrificado sin duda, el igualmente – o aún más importante – rol de algunos sectores de la sociedad civil. Esta sección intentará cubrir esta laguna ilustrando el rol de las tendencias opuestas de la sociedad civil en relación a la definición de salud reproductiva.

Las ONGs y organizaciones de profesionales de la salud tales como la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia son actores claves en el campo de la salud reproductiva. Las ONGs feministas peruanas fueron creadas en los ochenta y comenzaron a trabajar en temas tales como el aborto y la sexualidad durante los primeros años de su formación, pero comenzaron a trabajar en salud reproductiva como conjunto de políticas públicas a mediados de los noventa, luego de las Conferencias de El Cairo y de Beijing y del giro del paradigma de la salud reproductiva dentro del Estado peruano.⁴³ Parte de este nuevo enfoque estaba relacionado con nuevas fuentes de financiamiento de los donantes bilaterales internacionales

⁴³ El Movimiento Manuela Ramos y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán son las dos ONGs feministas más grandes de Perú.

⁴⁴ Informante A, entrevista personal con la autora, Lima, mayo de 2004.

⁴⁵ La noción de "salud reproductiva" como objeto legítimo de políticas públicas fue explícitamente rechazada por los dos entrevistados representantes de estos sectores: el congresista Héctor Hugo Chávez Chuchon, presidente de la Comisión Permanente de la Salud en el Congreso peruano en 2003-2004; y un integrante del personal de la Conferencia Episcopal Peruana. Entrevista personal con la autora, junio de 2004.

⁴⁶ Esta información fue confirmada por varios entrevistados.

tales como USAID. Además, como explicara una activista feminista en entrevista, las violaciones de los derechos de las mujeres cometidas bajo el programa de planificación familiar de Fujimori en la segunda mitad de los noventa, actuó como disparador para aumentar la importancia del monitoreo.⁴⁴

Por el otro lado, los sectores que se oponen a las políticas de salud reproductiva adoptadas por el Estado están relacionados con la Iglesia Católica, especialmente con la Conferencia Episcopal Peruana, el *Opus Dei* y otra asociación católica ultra-conservadora llamada *Sodalicio de Vida Cristiana*.⁴⁵ Sus puntos de vista se benefician de la visibilidad y de los recursos crecientes a partir del 2001 cuando algunos grupos comenzaron a ser apoyados por fondos privados de Estados Unidos luego de la visita de Chris Smith, un congresista estadounidense ultra-conservador conocido por sus actividades en contra de la libre elección.⁴⁶ Aunque la oposición de estos sectores al programa de planificación familiar del Estado no era nueva, ellos encontraron un contexto político favorable a comienzos de 2001 para insertar sus críticas dentro de la amplia gama de investigaciones y acciones legales contra el régimen de Fujimori luego de la caída de este último.

Los logros más importantes de los sectores ultra-conservadores residieron en su capacidad para controlar el Ministerio de Salud. Los primer y segundo Ministros de Salud nominados por Alejandro Toledo fueron los doctores Luis Solari, miembro de *Sodalicio de Vida Cristiana*, y Fernando Carbone, que había sido previamente representante en Perú de *Human Life Internacional*, una asociación internacional conocida por su trabajo en contra de métodos anticonceptivos modernos y de Médico Mundi, una rama del Opus Dei. Los mandatos sucesivos de los dos médicos que duraron desde mediados de 2001 hasta mediados de 2003, transformaron substancialmente el MINSA, con un énfasis especial en destruir y distorsionar el Programa de Planificación Familiar y el Programa de Salud de la Mujer.

La cruzada Solari-Carbone fue implementada en varios niveles. Un nuevo modelo de atención integral de la salud fue implementado en las nuevas Pautas para las Políticas de Salud para el período 2002-2012, en las cuales el énfasis estratégico fue puesto sobre la salud materno-infantil dentro de una perspectiva que promovía el "respeto por la vida humana iniciada desde la fecundación". No se efectuó ninguna mención sobre planificación familiar en la sección relacionada con mortalidad materno-infantil, en donde se puso énfasis en las necesidades nutricionales de recién nacidos y niños. En la nueva "Estrategia Perú Vida"

adoptada en 2003 por el MINSA, el “derecho del niño a nacer”, la “estimulación prenatal”, la salud materna y la paternidad responsable, se consideraron como prioridades centrales, en tanto que no se hacía ninguna mención sobre educación sexual para adolescentes, el acceso a anticonceptivos, la atención post-aborto ni sobre violencia familiar.⁴⁷

⁴⁷ Susana CHÁVEZ, 2004, p. 37.

El Programa Salud y Desarrollo de la Mujer, creado en 1990 para fomentar una perspectiva de Género en el MINSA, fue abolido, mientras que el Programa de Planificación Familiar dejó de ser un programa en sí mismo y fue transferido dentro del nuevo Programa de Atención Integral de la Salud. Se tomaron una serie de acciones para restringir el acceso de la población a los anticonceptivos en los establecimientos del MINSA. Un informe de investigación sobre este tema realizado por la Defensoría del Pueblo denunció que el stock de un número de anticonceptivos en los establecimientos del MINSA era anormalmente bajo de manera general en todo el país, y que algunos anticonceptivos faltaban completamente en algunas áreas, con dramáticas consecuencias para los usuarios de anticonceptivos. Esto también condujo a muchos establecimientos públicos de salud a efectuar descuentos por los anticonceptivos comprados en el mercado privado, como intento de compensación por la ausencia de anticonceptivos provenientes del MINSA. Además, la Defensoría del Pueblo informó sobre la carencia de información adecuada en los anticonceptivos provistos por algunos establecimientos del MINSA.⁴⁸ Como resultado, el uso de métodos modernos anticonceptivos cayó significativamente, sobre todo en el área rural, como se mencionó arriba.

⁴⁸ DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2002.

La influencia de los sectores ultra-conservadores también era percibida en el Congreso. La colaboración de un grupo de congresistas de diferentes partidos fue esencial para los Ministros Solari – quien también era congresista – y Carbone para la introducción de una serie de medidas legislativas en línea con sus agendas religiosas. El “Día del Niño Por Nacer” fue declarado feriado nacional, basado en la agenda internacional del *Opus Dei*. Un proyecto de ley, que buscaba crear una norma para que los proveedores de salud pudieran ejercer objeción de conciencia a todo acto médico que ellos vieran como contrario a su moral o a sus creencias religiosas, logró ser aprobado por la Comisión Permanente de la Salud del Congreso. No obstante ello, debido a la fuerte oposición proveniente de la sociedad civil, el proyecto fue archivado.⁴⁹

⁴⁹ Los congresistas Héctor Chávez Chuchon y Víctor Velarde, cada uno de los cuales representaba a los polos opuestos en cuestiones de derechos reproductivos, explicaron cómo deliberaron dentro del Congreso y en la Comisión de Salud. Entrevista con la autora, Lima, junio de 2004.

⁵⁰ Anna-Britt COE, 2004, p. 65.

El cambio ultra-conservador de las políticas de salud reproductiva de Perú en el 2001 fue notablemente influenciado por los conservadores de la derecha religiosa de la política estadounidense. Los programas de USAID y el apoyo de Estados Unidos a agencias internacionales claves tales como UNFPA fueron seriamente socavados.⁵⁰ Junto con el impacto de la regulación de la "regla de la Mordaza" reinstalado por el Presidente Bush Jr. – quien prohibiera a los receptores de fondos de USAID trabajar en temas relacionados con el aborto –, USAID decidió consecuentemente no promover anticonceptivos de emergencia en Perú aun cuando éstos habían llegado a ser parte oficialmente del programa público de planificación familiar.

El rol opositor de algunos sectores de la sociedad civil a estos sectores ultra-conservadores fue clave para presionar al gobierno de Toledo y revertir eventualmente su postura conservadora. Una de las estrategias fue la formación de la Mesa de Vigilancia en Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, la cual agrupaba organizaciones de mujeres, ONGs del sector salud y de desarrollo, ONGs internacionales, profesionales de la salud y académicos. Posicionando su perspectiva desde los derechos sexuales, reproductivos y de salud sobre el escenario de la opinión pública – fundamentalmente a través del uso estratégico de los medios de comunicación –, la Mesa de Vigilancia logró presionar al gobierno sobre el tema de la inclusión de la anticoncepción de emergencia en la lista de anticonceptivos gratuitos del MINSA. Sólo en junio de 2004, la nueva Ministra de Salud Dra. Pilar Mazetti – quien desde su nominación intentara revertir el daño efectuado durante los mandatos de Solari y Carbone – tomó la decisión de implementarlo.

Conclusión

El caso de la elaboración de políticas en salud reproductiva en Perú desde 1990 ha demostrado cómo dicha actividad se corresponde en realidad, con diferentes campos de políticas, movilizados dentro del Estado y de la sociedad. La diversidad existente aún dentro de las prioridades y los enfoques políticos sucesivos del Estado, revela varias contradicciones. La combinación de objetivos de reducción de la pobreza con una problemática que es central en las relaciones de género genera un proceso político por el cual los diferentes sectores de la sociedad se movilizan usando argumentos morales, éticos y técnicos para defender distintos puntos de vista sobre roles de género, sexualidad y salud.

Uno de los razonamientos más fuertes utilizados por las agencias internacionales y el Estado para invertir en políticas de salud reproductiva es el quiebre de la brecha en el acceso desigual. Una perspectiva de género que enfatice la autonomía de la mujer en las elecciones reproductivas rivaliza con objetivos de reducción de la pobreza que son focalizados en tasas de fertilidad e indicadores de mortalidad materna o infantil, entre otros.

El acceso a los servicios de planificación familiar fue comprometido por los ataques a los programas de salud como parte de la campaña conducida por sectores ultra-conservadores. Como se ha mostrado, la fuerza de estos sectores en Perú ha sido apoyada por la derecha religiosa estadounidense y su influencia sobre la política exterior de Estados Unidos. Lo que es asimismo digno de atención del caso de Perú, es la forma en que estos sectores han logrado entrar al Estado peruano e influir directamente en la elaboración de políticas en lugar de hacerlo a través de la presión de la Iglesia Católica, como lo era precedentemente.⁵¹

⁵¹ Agradezco a Ana-Brit Coe por señalarme esta novedad.

Las variables internacionales son más complejas de lo que aparentan en principio. La prioridad asignada a la reducción de la tasa de mortalidad materno-infantil al inicio del proceso de la reforma del sector salud en Perú fue conducida por agencias tales como el Banco Interamericano de Desarrollo, USAID y el Banco Mundial. La importancia de las fuentes externas de financiamiento asignadas a varios proyectos de reforma del sector salud pone en evidencia que el grado de "interferencia" de las agencias internacionales en la agenda política del gobierno peruano es relativamente alto. Sin embargo, la "autonomía relativa" del gobierno peruano en estos temas fue demostrada en los distintos campos analizados. Los desafortunados abusos cometidos dentro el programa de planificación familiar del gobierno de Fujimori revelaron una contradicción con los principios adoptados por el Estado peruano en el marco de la Conferencia del Cairo. Otro ejemplo fue el sesgo en contra de la planificación familiar que caracterizaba las orientaciones políticas de los primeros años del gobierno de Toledo, como queda testimoniado, por ejemplo, en la reducida lista de servicios de salud reproductiva cubiertos por el Seguro Integral de Salud. Estas decisiones políticas se contradecían con la importancia prioritaria acordada por el Estado peruano a la universalización del acceso a la planificación familiar y a los anticonceptivos.

Cuando se evalúa el rol de las instituciones políticas nacionales, lo que se desprende es que la elaboración de políticas se encuentra altamente concentrada en las manos del Ejecutivo, con pocas prácticas institucionalizadas. Esto

explica la facilidad con la cual un Presidente como Fujimori pudo realizar cambios radicales introduciendo la política de la salud reproductiva como una importante prioridad de Estado, y que luego los primeros ministros de salud del gobierno de Toledo la modificaran de manera tan rápida a partir del 2001.

Referencias bibliográficas

- ANDERSON, Jeanine. *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2001.
- ARROYO, Juan (Dir.) *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima: CIES, DFID y Policy Project, 2002.
- BARDÁLEZ DEL ÁGUILA, Carlos. "Lineamientos políticos en salud: el modelo de atención". Documento de trabajo, II Conferencia Nacional de Salud: "La reforma sanitaria para el logro del derecho a la salud", Lima, 9-14 agosto 2004. p. 20-46.
- CHÁVEZ, Susana. *Cuando los fundamentalismos se apoderan de las políticas públicas*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2004.
- CLADEM-PERÚ. *Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos: 1995-2002*. Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM, 2003.
- COE, Anna-Britt. "From Anti-Natalist to Ultra-Conservative: Restricting Reproductive Choice in Peru". *Reproductive Health Matters*, v. 12, n. 24, 2004. p. 56-69.
- CRUZ-SACO, María Amparo, and MESA-LAGO, Carmelo (eds.). *Do Options Exist? The Reform of Pension and Health Care Systems in Latin America*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1998.
- DEACON, Bob. "From 'Safety Nets' Back to 'Universal Social Provision': Is the Global Tide Turning?" *Global Social Policy*, v. 5, n. 1, 2005. p. 19-28.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2002. (Informe Defensorial, n. 69).
- DHS – Demographic and Health Survey. Peru. 1996. Disponible en: http://www.measuredhs.com/countries/country.cfm?ctry_id=33. Última visita: 11 marzo 2004.
- ENAH0. *Encuesta nacional sobre hogares*. Peru: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001-2004. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/home.htm>.

- ESPING-ANDERSEN, Gosta. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge and Oxford: Polity Press, 1990.
- EWIG, Christina. "Piecemeal but Innovative: Health Sector Reform in Peru." In: KAUFMAN, Robert, and NELSON, Joan (eds.). *Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latin America*. Baltimore: Woodrow Wilson Center Press, 2004. p. 217-246.
- FERRANDO, Delicia, and ARAMBURU, Carlos. "The Fertility Transition in Peru." In: GUZMAN, Jose Miguel et al (eds.). *The Fertility Transition in Latin America*. Oxford: Clarendon Press, 1996. p. 414-436.
- FRANCKE, Pedro. "Balance de la política de salud, 2001-2004". *Economía y Sociedad*, n. 56, p. 7-13, junio 2005.
- GOUGH, Ian, WOOD, Geof et al. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America. Social Policy in Development Contexts*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- GRINDLE, Merilee. "Despite the Odds. The Political Economy of Social-Sector Reform in Latin America". In: ABEL, Christopher, and LEWIS, Colin (eds.). *Exclusion and Engagement. Social Policy in Latin America*. London: Institute of Latin American Studies, 2002. p. 83-110.
- GUZMÁN, Alfredo. "Para mejorar la salud reproductiva". In: ARROYO, Juan (Ed.). *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima: CIES, DFID y Policy Project, 2002. p. 185-238.
- _____. Análisis comparativo de modelos de aseguramiento público y propuesta de un sistema solidario de seguridad social en salud. *Lima: ForoSalud y CIES, 2003*.
- HUBER, Evelyne. "Options for Social Policy in Latin America: Neoliberal versus Social Democratic Models." In: ESPING-ANDERSEN, Gosta (ed.). *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*. London: Sage and UNRISD, 1996. p. 141-191.
- KAUFMAN, Robert, and NELSON, Joan (eds.). *Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latin America*. Baltimore: Woodrow Wilson Center Press, 2004.
- MADRID, Raul. *Retiring the State. The Politics of Pension Privatization in Latin America and Beyond*. Stanford, CA: Stanford University Press, 2003.
- MANNARELLI, María Emma. *Diagnóstico de salud reproductiva en el Perú*. Lima: Movimiento Manuela Ramos and Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 1997.
- MAZUR, Amy. *Theorizing Feminist Policy*. New York: Oxford University Press, 2002.

- MINISTERIO DE SALUD. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*. Lima: MINSA, 1996.
- O'CONNOR, Julia, ORLOFF, Ann, and SHAVER, Sheila. *States, Markets, Families. Gender, Liberalism and Social Policy in Australia, Canada, Great Britain and the United States*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- OIT – Organización Internacional del Trabajo. *Panorama Laboral*. 2001. Disponible en: <http://www.oitandina.org.pe/datoslab/empinf.html>. Última visita: 11 marzo 2004.
- PORTOCARRERO GRADOS, Augusto. *El pago de bolsillo en el financiamiento de los servicios de salud*. Lima: CIES, 2005. Boletín no.2, Alerta del Observatorio del Derecho a la Salud.
- STANDING, Hilary. "An Overview of Changing Agendas in Health Sector Reforms." *Reproductive Health Matters*, v. 10, n. 20, 2002. p. 19-28.
- UNFPA. *Population and Reproductive Health Country Profiles 2003*. 2003. Disponible en: <http://www.unfpa.org/profile/> Última visita: 11 marzo 2004.
- WEYLAND, Kurt (ed.). *Learning from Foreign Models in Latin American Policy Reform*. Washington, D.C.: Woodrow Wilson Center Press, 2004.
- YAMIN, Alicia Ely. *Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Una perspectiva desde los derechos humanos sobre el proceso de reforma del sector salud en el Perú (1990-2000) y sus implicancias en la muerte materna*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan, 2003.

[Recebido em junho de 2006
e aceito para publicação em dezembro de 2006]

Reproductive Health Policies in Peru: Social Reforms and Citizenship Rights

Abstract: *The article analyzes the case of reproductive health policy-making in Peru in the context of recent social policy reforms. Health-sector reforms have only partially redressed Peruvian women's unequal access to family planning, reproductive rights and maternal care. The main sources of inequalities are related to the segmented character of the health-care system, with the highest burden placed on the public sector. The majority of women from popular classes, who are not protected by an insurance plan, are dependent upon what and how public services are provided. Simultaneously, the continuing role of conservative sectors in public debates about reproductive health policy has a strong impact on public family planning services and other reproductive rights.*

Key words: *Reproductive Health; Social Reforms; Public Policies; Peru.*