

Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas

CARLOS CÁCERES | MARCOS CUETO
NANCY PALOMINO



Giuseppe Campuzano

INTRODUCCIÓN¹

Inevitablemente, los temas sobre la sexualidad y la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica, región predominantemente católica, son vistos como temas sensibles, a pesar de las posturas relativamente liberales adoptadas por los gobiernos de la región, en los recientes foros globales.² Estos temas conllevan siempre la posibilidad de una repentina controversia, por lo cual los políticos los utilizan, a la vez que hacen un mal uso de ellos. En la década de los noventa, un gobierno autoritario utilizó un discurso feminista para establecer un importante programa de anticoncepción quirúrgica, el cual fue severamente criticado por las organizaciones de mujeres y de derechos humanos, por ser coercitivo, carecer de consentimiento informado y por negligencia médica dentro del contexto de los objetivos de programación numérica. El programa tuvo que ser suspendido debido a la indignación pública y a la inusual presión resultado de la coincidencia de la Iglesia Católica y los grupos de mujeres. Posteriormente, los católicos fundamentalistas, en una alianza con el gobierno democrática-

¹ Nos complace agradecer los útiles comentarios de Rosalind Petchesky, Richard Parker, Diane di Mauro, Adriana Vianna, Sonia Corrêa, y Anna-Britt Coe. Queremos agradecer también a María Esther Mogollón, Susana Chávez, Jorge Bracamonte, Pablo Anamaría, Jennie Dador, Maria Teresa Arana, Graciela Solís y Miguel Gutiérrez, por acceder a ser entrevistados para esta investigación, en la que fueron informantes fundamentales. Mery Vargas y Manuel Díaz ayudaron con entrevistas a informantes clave.

² Chavkin, W., & Chesler, E. (eds.) (2006). *Where human rights begin: Health, sexuality, and women ten years after Vienna, Cairo, and Beijing*. New Brunswick, N.J: Prensa de la Universidad de Rutgers.

mente inestable, utilizaron la preocupación social originada por estos hechos para socavar el programa de salud reproductiva en el Ministerio de Salud y para censurar términos tales como “género” y “derechos sexuales y reproductivos”, en documentos normativos y sistemáticos clave del sector público.

El estudio se enfoca en los debates y los acontecimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva, el género y la sexualidad en el Perú, entre 1990 y 2004, y el papel jugado por el estado (especialmente los poderes ejecutivo y judicial) y otros participantes (la Iglesia Católica Romana, agencias internacionales, movimientos sociales, tales como grupos feministas, grupos de lesbianas/gays/bisexuales/transgénero (LGBT), personas que viven con VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés) y redes profesionales). Además de analizar la transición en el programa de salud reproductiva, el estudio toma en consideración dos desarrollos paralelos de los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la salud, los procesos políticos que derivan en cambios legales y la adopción de un programa nacional antirretroviral de VIH, con amplio apoyo (a pesar de las dudas acerca de su administración y sustentabilidad), en el contexto de un movimiento social revitalizado; y las pequeñas, pero significativas, victorias legales respecto a los derechos a la diversidad sexual en el Tribunal Constitucional y, en menor medida, en el Congreso, en el contexto de muchas iniciativas nuevas de activistas LGBT (a pesar de la homofobia generalizada que prevalece).

Los principales argumentos de este análisis³ son tres:

Primero: Cuando comparamos las políticas del gobierno peruano en los derechos reproductivos (incluyendo el acceso a la anticoncepción y al aborto por parte de las mujeres), la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA

³ En términos de enfoque metodológico, dentro del esquema multicentrado, esta investigación utilizó información cualitativa y fuentes secundarias para recabar datos y analizarlos desde una perspectiva de las ciencias sociales y las políticas públicas. Se llevó a cabo un número limitado de entrevistas, con informantes clave del programa de Vigilancia del Congreso en Manuela Ramos y del Panel de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y con el Ombudsman Adjunto para las Mujeres, el ex presidente del Comité Constitucional del Congreso, el presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Perú, el Secretariado de la Salud de la Iglesia Católica de Perú, y activistas locales de DEMUS (derechos de las mujeres), MHOL, (derechos de LGBT) y PROSA (derechos de PLWHA). La investigación comprendió asimismo, entre otros, el análisis de las fuentes de datos secundarios: informes de la Oficina de Vigilancia del Congreso, textos legales oficiales, artículos de periódicos escogidos, textos oficiales de programas en el Ministerio del Salud, y estudios académicos o sobre políticas, recientes.

y la diversidad sexual con respecto a los derechos a la integridad corporal o a la autonomía personal, encontramos que los derechos reproductivos son seguidos siempre con mucha mayor atención y generan controversias y debates públicos profundos. Esto sucede particularmente cuando surge el tema del aborto ya sea directa o indirectamente. El VIH/SIDA tiene el segundo lugar en la preocupación pública ya que es presentado como una posible amenaza para todos y por lo tanto, resulta merecedor de preocupación y simpatía, a pesar del estigma imperante que se deriva del miedo al contagio y la suposición de una moralidad dudosa. Finalmente, los derechos de las sexualidades diferentes se siguen percibiendo como una exigencia/problema de “otros” y por ello son trivializados y tratados con desprecio. Como resultado de esto, ha sido más posible un progreso mixto en el VIH/SIDA, debido al apoyo generalizado con que cuenta. Dentro del campo de los derechos de las sexualidades diferentes, han ocurrido cambios positivos cuando se ha logrado mantener un perfil político e institucional bajo. En los derechos reproductivos están siempre presentes la centralidad y la visibilidad, y el progreso resulta más difícil en un contexto de conservadurismo internacional, cuando realmente pueden ocurrir retrocesos.

En segundo lugar, el diseño de políticas y la implementación de programas revela en estas áreas la debilidad del marco institucional nacional el cual permitió, a comienzos del siglo XXI, dos enfoques muy diferentes (incluso contradictorios) a las políticas públicas en salud reproductiva y lo que es más importante, la indiferencia de estas políticas públicas para el individuo como ciudadano con derechos, aunque fueran enmarcados como programas basados en los derechos para obtener legitimidad política.

Tercero, al suprimir o marginar lo “sexual” en las políticas oficiales relacionadas con la sexualidad, a favor de un discurso de “salud pública” de bajo perfil, a veces los grupos defensores crean oportunidades para cambios legales importantes. Sin embargo, al hacer esto no logran confrontar la agenda pública ni desafiar a los poderes conservadores que se oponen al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y a la ciudadanía total de las mujeres y las minorías sexuales.

CONTEXTO HISTÓRICO Y POLÍTICO

En este artículo debemos enfatizar tres tendencias en la historia social del Perú, el conservadurismo de sus élites gobernantes, el papel predominante

de la Iglesia Católica Romana, tanto en los círculos oficiales como en los valores culturales y la resistencia a las políticas autoritarias. En la década de 1530, cuando los españoles conquistaron a los Incas, el catolicismo se convirtió en la religión oficial del país. La Conquista creó una sociedad fragmentada, dividida entre colonizadores poderosos e indios colonizados.

Posteriormente esta división incluiría, en sus niveles más bajos, a poblaciones de orígenes africanos y asiáticos. El Virreinato, creado poco después de la conquista, conjuntamente con un sinnúmero de órdenes religiosas, dedicó una buena cantidad de recursos para “civilizar” a los nativos, concretamente a la erradicación de las prácticas y creencias tradicionales en los Andes (incluida la sexualidad pre-colombina). Durante los primeros cien años de colonización, la población nativa se redujo dramáticamente como resultado de nuevas enfermedades, contra las cuales los indígenas no tenían inmunidad alguna. Sin embargo, las comunidades indígenas resistieron. En 1780 se inició una rebelión cuando Túpac Amaru, un líder indígena del Cuzco, y su mujer organizaron un ejército que desafió al Virreinato (poco después Túpac Amaru fue capturado y ejecutado por las autoridades españolas).⁴

Los orígenes del conservadurismo pueden ser encontrados también en el periodo colonial cuando las órdenes religiosas eran las propietarias o administradoras de grandes extensiones de tierras agrícolas y edificaciones urbanas. A través de la Inquisición, la Iglesia Católica mantenía un estricto control de la educación superior, los casamientos, los hospitales, y de los denominados “libros prohibidos”. Por ejemplo, en vez de archivos de los registros civiles, los certificados de bautismo, por los cuales la Iglesia cobraba una cuota, eran los principales documentos de identidad. Aún cuando Perú se convirtió en una república independiente en 1821, la Iglesia mantenía su importancia dentro de una sociedad fragmentada dominada por élites urbanas. Durante la República, las funciones ceremoniales del estado, estaban aún integradas en los ritos de la Iglesia Católica. El siglo xx trajo consigo el desarrollo, principalmente en los centros urbanos, de una clase media, sindicatos obreros, y partidos políticos populistas, que exigían servicios sociales y archivos de registro civil. Pero las fuerzas conservadoras tuvieron éxito al socavar la reforma social: por ejemplo, aunque el divorcio

⁴ Para una historia general del Perú ver: Contreras, C., & Cueto, M. (2000). *Historia del Perú contemporáneo: desde las luchas por la independencia hasta el presente*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; and Klaren, P. (2000) *Peru: Society and nationhood in the Andes*. Nueva York: Prensa de la Universidad de Oxford.

fue reconocido, se restringió en la década de los treinta, y las mujeres no tuvieron derecho a voto hasta mitad de la década de los cincuenta.

Una característica principal del siglo xx fue la inestabilidad política, reflejada en un ciclo de democracias débiles y periodos de autoritarismo. Mientras que la Iglesia experimentaba críticas desde dentro (encabezadas por el sacerdote Gustavo Gutiérrez, autor de *Una Teología de la Liberación*), la religión seguía influyendo en la cultura peruana.⁵ Por ejemplo, en el tema del aborto, tanto la Iglesia como la mayoría de los políticos peruanos creían que era un crimen, no solamente en un nivel individual, sino también de la nación, debido a que ésta se encontraba poco poblada. El miedo originado por la “sobrepoblación” en los EE.UU. en la década de los sesenta, se convirtió en un tema importante en el Perú. Estos acontecimientos ocurrieron como resultado de cambios significativos en la sociedad peruana. El número total de habitantes casi se triplicó, de siete millones en 1950, a veinte millones a principios de la década de los ochenta, y en una ola de migraciones desde las áreas rurales, la población comenzó a desplazarse de los Andes hacia la costa y las zonas urbanas. Para comienzos de la década de los ochenta, Lima, con alrededor de cuatro millones de habitantes, era la principal ciudad del país. El rápido aumento de las demandas populares entró en conflicto con la élite y con un estado autoritario, lo cual promovió un nuevo periodo de crisis.

A fines de la década de los ochenta y principios de la de los noventa, el Perú se convirtió en un terreno fértil para la contienda política, cuando el país experimentó hiperinflación, recesión, un creciente desempleo y graves violaciones a los derechos humanos. La profundización de la crisis afectó a los servicios de salud y al acceso de los pobres a estos servicios. De acuerdo con el sociólogo Juan Arroyo, para finales de la década de los ochenta, el sistema de salud pública se encontraba “en un estado de desmoronamiento”.⁶

Este deterioro ocurría bajo los regímenes democráticos que eran incapaces de controlar los actos terroristas del maoísta Sendero Luminoso. Fundado por el profesor universitario Abimael Guzmán, Sendero Luminoso

⁵ Gutiérrez, G. (1972). *Teología de la liberación: perspectivas*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

⁶ Arroyo, J. (2000). *Salud, la reforma silenciosa: políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración.

desató ataques contra funcionarios públicos y civiles “neutrales” en su denominada guerra de liberación.⁷ En Lima y en algunas áreas del Amazonas, surgió otro grupo guerrillero rival, El Movimiento Revolucionario Túpac Amaru. Los gobiernos civiles fueron incapaces de elaborar una estrategia para socavar estas fuerzas políticas y acudieron a los militares, los cuales aplicaron técnicas de contrainsurgencia de forma indiscriminada. Algunos años después, una Comisión de la Verdad y la Reconciliación estimaba que, durante el periodo entre 1980 y 2000, habían ocurrido alrededor de 70 000 muertes que fueron atribuidas tanto a los terroristas como a los militares.

En 1990 se dio un inesperado vuelco en los acontecimientos debido a la elección de un nuevo presidente. Alberto Fujimori, quien era de ascendencia japonesa, ganó las elecciones, compitiendo contra Mario Vargas Llosa, un escritor que encabezaba una coalición neoliberal. Poco después de asumir el poder, Fujimori adoptó políticas neoliberales y autoritarias, ordenando un tratamiento económico de choque, basado en reglas radicales de libre mercado y en la privatización de empresas públicas, para atraer a los inversionistas extranjeros. Fujimori desató asimismo un ataque militar total contra las fuerzas terroristas. En 1992, casi en forma independiente del gobierno, una pequeña unidad de inteligencia de la policía capturó a Guzmán, hecho que marcó el comienzo del fin de Sendero Luminoso. Fujimori aprovechó el momento para reforzar su gobierno autoritario, había disuelto el Congreso y las cortes unos meses antes, y logró ganar las elecciones de 1995 y consiguió un tercer término en 2000, el cual terminó con una “victoria” formal efímera.⁸

Fujimori dependía fuertemente de su asesor y jefe de inteligencia, Vladimiro Montesinos, quien posteriormente fuera implicado en el soborno a los dueños de las estaciones de televisión y líderes de la oposición, y en la organización de escuadrones de la muerte. Juan Luis Cipriani, un arzobispo provincial del Opus Dei, quien luego fuera Cardenal del país, y que rechazó cualquier consideración de derechos humanos en la lucha contra el terrorismo, apoyó las políticas autocráticas de Fujimori. Sin embargo, los grupos de derechos humanos, las ONG y los partidos políticos de oposición desafiaron al gobierno autoritario de Fujimori y sus argumentos cínicos al buscar

⁷ Degregori, C. I. (1990). *El surgimiento de Sendero Luminoso: Ayacucho, 1969-1979*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

⁸ Levitsky, S. (1999). Fujimori and Post-Party Politics in Peru. *Journal of Democracy*, 10:3, pp. 78-92.

un tercer periodo, acusando al régimen de fraude, corrupción, un escandaloso control de las elecciones, y de generar una creciente crisis económica.⁹

A fines del año 2000 Fujimori renunció luego de un grave escándalo de soborno que lo involucraba a él y a Montesinos, y que los implicaba en operaciones de lavado de dinero, a través de cuentas bancarias en todo el mundo. Fujimori renunció por fax desde Japón, alegando la doble nacionalidad japonesa/peruana para evitar la extradición. Un gobierno de transición, encabezado por Valentín Paniagua, líder del Congreso, y abogado constitucional moderado, presidió las nuevas elecciones que tuvieron lugar en abril de 2001.¹⁰

Alejandro Toledo, cabeza de un nuevo partido político centrista conformado por diferentes coaliciones, entre las cuales se encontraban grupos católicos conservadores, ganó la elección presidencial ese año.¹¹ Con Toledo llegaron grandes esperanzas de una democratización, recuperación económica, lucha contra la corrupción, e independencia judicial. Sin embargo, carecía de prioridades políticas y de salud pública, presidía un gobierno con una mala administración, carecía de bases políticas sólidas y tomó decisiones ineficaces que lo hicieron impopular luego de tan sólo unos pocos años en el poder. En parte debido a la inconsistencia de su régimen, Toledo mantuvo una alianza, durante unos años, con Luis Solari y Fernando Carbone, médicos aliados de los grupos ultraconservadores *Opus Dei* y *Soladitium Cristianae Vitae*. Solari fue Ministro de Salud y, reemplazado por Carbone, se convirtió en Primer Ministro pocos meses después, manteniendo una fuerte posición en el gobierno, entre mediados del 2001 y finales del 2003. Ambos hombres fueron constantes en su labor por imponer sus puntos de vista religiosos en las políticas sobre equidad de género, y salud sexual y reproductiva. A pesar de su debilidad y alianzas nebulosas, la administración Toledo logró, asombrosamente, llegar hasta las elecciones de 2006.

Este breve contexto histórico proporciona una base para los hechos que describiremos y analizaremos en las secciones subsiguientes.

⁹ Crabtree, J., & Thomas, J. (eds.) (1999). *El Perú de Fujimori: 1990-1998*. Lima: Universidad del Pacífico.

¹⁰ Taylor, L. (2005). From Fujimori to Toledo: The 2001 elections and the vicissitudes of democratic government in Peru. *Government and Opposition*. 40: 565-600.

¹¹ Barr, R. R. (2003). The persistence of neopopulism in Peru? From Fujimori to Toledo. *Third World Quarterly*. 24:6: 1161-1178.

EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Sin duda alguna, la sexualidad y la reproducción son temas políticos que unen a participantes, poderes e intereses. A lo largo de los últimos treinta años, la historia de estas políticas y de su implementación, demuestra que las políticas sobre los cuerpos de las mujeres, la sexualidad y la capacidad reproductiva han correspondido más a intereses del estado y de otras entidades poderosas, tales como la Iglesia Católica y grupos conservadores, que a las necesidades y los derechos de las mujeres.

ACTORES PRINCIPALES

El Estado y las élites políticas: En gran medida, las elites políticas han enfocado las políticas de población desde dos posiciones, pronatalista/ultraconservadora o antinatalista. En ciertos casos, las políticas de población pronatalistas fueron implementadas para generar empleo y aumentar el tamaño de la población, como una estrategia para proteger la seguridad nacional. En otros casos reflejaban la oposición a las presiones ejercidas por los Estados Unidos, para que los países sudamericanos introdujeran políticas de control de la natalidad. Entre las administraciones que eran pronatalistas, el régimen militar de Velasco Alvarado, iniciado en 1968, prohibió todos los servicios estatales de planificación familiar.¹² La esfera política se oponía a los servicios de planificación familiar, una postura que refleja no tan sólo el punto de vista del gobierno, sino también el de otros grupos políticos, tanto a la izquierda como a la derecha del espectro político.

El gobierno militar de Francisco Morales Bermúdez, que vino luego del régimen de Alvarado, promulgó en 1976, una Política Peruana de Población que reconocía “el derecho de los individuos a determinar el tamaño de su familia”.¹³ En 1979, fue suspendido el Servicio de Regulación de la Po-

¹² Clinton, R. (1983). El contexto de formación de la política de población en el Perú. En: Antecedentes de la política peruana de población, varios autores, pp. 47-74. Lima: CONAPO.

¹³ De hecho, las políticas, tanto de Morales-Bermúdez, como de Belaúnde, siguieron a la Conferencia de Población de Bucarest (1974). En las décadas de los ochenta y de los noventa, los planificadores familiares de América Latina, asociados con IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) utilizaban a menudo a Perú como ejemplo de un país con posturas liberales, el cual desde la década de los setenta había estado luchando

blación, perteneciente al Ministerio de Salud. Esta medida originó protestas de parte de una de las primeras organizaciones feministas, Acción para la Libertad de las Mujeres Peruanas (ALIMUPER) que la denunció como injusta, ya que se le quitaba a las mujeres el derecho a decidir en temas relativos a sus propios cuerpos.” ALIMUPER, estaba también activa en la propuesta de la despenalización del aborto, en los inicios de la década de los ochenta.¹⁴

En 1980 el gobierno de Belaúnde Terry creó el Consejo Nacional de Población y reactivó el Servicio de Regulación de la Reproducción. En 1985, fue introducida la Ley de Políticas Nacionales de Población, con objetivos que incluían la promoción del “derecho de los individuos y las parejas a tomar decisiones libres, documentadas y responsables, con respecto al número de hijos y al momento de tenerlos, con el apoyo de los centros de educación para la salud.” En un lenguaje típico de la Conferencia de Población de Bucarest en 1974, esta ley excluía el aborto y la esterilización como métodos de control de natalidad y establecía la obligación del estado de proporcionar cuidados post abortos.¹⁵

El Movimiento Feminista: La lucha por el reconocimiento y la aplicación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, apareció por primera vez en la agenda pública durante la década de los setenta. El movimiento feminista fue una de las influencias más importantes en la iniciación del debate acerca de las libertades sexuales y reproductivas de las mujeres. Las exigencias en torno a temas tales como el derecho a la autodeterminación, a la sexualidad y a la reproducción, estaban vinculadas con demandas de justicia social y participación de las mujeres en el debate público acerca de políticas que afectan sus cuerpos y sus vidas.

Para la década de los ochenta existían ya organizaciones feministas activas en el Perú y sus agendas con respecto a los derechos sexuales y reproductivos se centraban en el reconocimiento del derecho a la autodeterminación relativa a los cuerpos, la sexualidad y la reproducción de las mujeres. Mientras que estas organizaciones rechazaban todos los métodos de control

contra la Iglesia y contra los militares pronatalistas. Este hecho resulta relevante también, debido a que demuestra cómo los acuerdos internacionales tuvieron influencia política mucho antes de El Cairo.

¹⁴ Palomino, N. (2004). *Las organizaciones feministas y los derechos reproductivos. Informe de investigación*. Lima: UPCH.

¹⁵ “El estado adopta las medidas apropiadas, y coordina con el Ministerio de Salud para ayudar a las mujeres a evitar el aborto. Proporciona apoyo, tanto médico como psicológico, a aquellos que han sufrido”. Ley No. 346.

de la natalidad que violaran las libertades individuales, pedían la despenalización del aborto, la educación sexual, y un libre acceso para hombres y mujeres a la anticoncepción, dentro de los servicios de salud, incluyendo la esterilización quirúrgica. Además, las organizaciones feministas pedían el mejoramiento de las condiciones de vida y cambios en el estatus de las mujeres dentro de la sociedad,¹⁶ tales como el derecho a participar en decisiones sobre las políticas públicas.

*La Iglesia Católica:*¹⁷ Aún antes del surgimiento de un discurso feminista acerca de estos temas, la jerarquía eclesiástica y los líderes católicos conservadores buscaban provocar el miedo a que la anticoncepción moderna pudiera alentar la promiscuidad sexual y destruir los valores familiares. A través de los años, esta postura no ha cambiado; de hecho, esta posición conservadora sigue estando viva y activa en los actuales debates sobre las políticas. No obstante, las cifras recabadas por las encuestas demográficas y de salud en el Perú, indican que, en el caso de la anticoncepción, la Iglesia está peleando por una causa perdida. La utilización de los métodos modernos de contracepción aumentó de un 31 por ciento durante los años 1991 y 1992 a un 41 por ciento en 1996, 50 por ciento en 2000 y 46.7 por ciento en 2004. El retroceso experimentado en 2004 puede ser explicado por la reducción de los abastecimientos de anticonceptivos en los servicios de salud pública, durante la administración de Solari y Carbone.

Estas tasas de prevalencia anticonceptivas son bastante altas, tomando en consideración la resistencia, tanto política como religiosa, a la regulación de la fertilidad y el hecho de que más del 80 por ciento de la población peruana es católica. Por lo tanto, no resulta sorprendente que el aborto se convirtiera rápidamente en el objetivo principal del conservadurismo moral. En años recientes, la jerarquía de la Iglesia Católica ha subrayado continuamente lo que percibe como la naturaleza abortiva de ciertos métodos anticonceptivos (DIU, anticonceptivos hormonales) como un medio de ataque a la anticoncepción y de prevenir cualquier iniciativa que intente relajar las leyes sobre el aborto.

¹⁶ (1987, mayo 22). El movimiento feminista opina: es un acto de desesperación pero... *El Peruano*.

¹⁷ Para más información acerca de las actividades de apoyo y las posturas en las políticas sobre derechos y sexualidad de la Iglesia Católica, tanto locales como globales, ver también esta publicación: Girard, F., *Negociando los derechos sexuales y la orientación sexual en la ONU*, pp., 347-398; y, Nowicka, W., *La lucha por el derecho al aborto en Polonia*, pp. 185-220.

DEBATES DE PRINCIPIOS DE LA DÉCADA DE LOS NOVENTA: EL ABORTO¹⁸

Mientras que, a través de los años, el aborto en el Perú ha desencadenado intensos debates, los resultados de esos debates, en cuanto a políticas, han sido muy pobres. Legalmente, el aborto es permitido sólo cuando la vida de la madre se encuentra en peligro. La ilegalidad del aborto en el Perú debe ser analizada contra los antecedentes de las tasas de mortalidad materna en el país, las cuales se encuentran entre las más altas de América Latina. La prohibición del aborto no evita un creciente número de mujeres que hace uso de los procedimientos, como lo demuestran las evaluaciones llevadas a cabo por Ferrando, Singh y Wulf, a finales de la década de los ochenta.¹⁹ En 1994, el estimado nacional del número de abortos clandestinos fue de 271 000 y para el año 2000 ya era de 350 000.²⁰

Mientras que estas cifras parecerían sugerir un aumento, las comparaciones resultan difíciles debido a que han cambiado las condiciones que hacen posible un estimado a través del tiempo, como también ha cambiado el número de mujeres dentro del grupo en edad reproductiva. Sin embargo, el hecho de que las cifras se mantengan altas, a pesar de la ilegalidad, indica que las mujeres continúan recurriendo al aborto.

Durante la primera parte de la década de los noventa, se inició la campaña a favor de la despenalización del aborto en casos de violación, en el contexto de consultas conducentes a la reforma del Código Penal de 1924. El proyecto de ley de reforma proponía despenalizar el aborto, no tan sólo cuando la salud o la vida de la madre estuviera en peligro inmediato,²¹ sino también con el fin de terminar el embarazo antes de los 12 semanas, si éste era resultado de una violación y si la madre estaba de acuerdo. Los sectores

¹⁸ Ver también en esta publicación: Nowicka, W., *La lucha por el derecho al aborto en Polonia*, pp. 185-220.

¹⁹ Singh, S. & Wulf, D. (1991). Calculation of levels of abortion in Brazil, Colombia and Peru based on hospital records and fertility surveys. En: *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número especial, pp. 14-19. New York, U.S.A.

²⁰ Alan Guttmacher Institute. (1994). *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. Nueva York: Instituto Alan Guttmacher; Ferrando, D. (2002). El aborto clandestino en el Perú, hechos y cifras. Lima: Flora Tristán, Pathfinder. El número de abortos por 100 nacimientos vivos se elevó de 42 por ciento al 54 por ciento, pero la tasa anual por 100 mujeres en edad fértil, siguió siendo constante en 5.2 por ciento (Ferrando, 2002:26).

²¹ El Código Penal de 1924 reconocía el aborto como legal, solamente para preservar la salud de la mujer embarazada. El código anterior incluía un concepto diluido del aborto, *honoris causa*, para proteger el honor de la mujer (Rosas, 1997:106).

conservadores y la Iglesia lucharon fuertemente para evitar esta introducción. El Arzobispo de Lima arremetió fuertemente contra cualquier congresista que se atreviera a defender o a aprobar el proyecto de ley.

Las organizaciones feministas²² subrayaron, en defensa de la iniciativa, lo que percibían como la naturaleza discriminatoria del aborto ilegal para las mujeres pobres. También establecieron un enfoque ético acerca de la verdadera libertad, desde el punto de vista de los derechos humanos, y cuestionaron el significado de una maternidad impuesta por medio de la violencia.²³ Las representantes de estas organizaciones exigieron la observancia del principio constitucional que separa la Iglesia del estado, y hablaron de la necesidad de un estado secular en el que las políticas respondieran a las necesidades de los individuos y no a las creencias religiosas.²⁴

El Colegio Médico Peruano y los principales artistas e intelectuales salieron en defensa de la despenalización del aborto, y luego de más de un año de debate público, la opinión pública estuvo también a favor en su mayoría. Sin embargo, los resultados finales del debate significarían una gran decepción para las mujeres comprometidas con esta causa. La presión política proveniente de la Iglesia y de los líderes más conservadores de las asociaciones profesionales, tales como el Colegio de Abogados de Lima, en oposición al Colegio Médico Peruano, tuvo éxito en impedir, en 1991, la aprobación de la despenalización del aborto en casos de violación. La pena de tres meses por hacerse un aborto, continuó actuando como una sanción simbólica, obligando a las mujeres a mantener embarazos que fueron producto de violaciones o de inseminaciones no consentidas.²⁵

Uno de los mayores retrocesos para aquellos que estaban a favor de la despenalización del aborto, fue el enfoque asumido por la Constitución de 1993. Algún tiempo antes, las fuerzas conservadoras habían propuesto una reforma constitucional para clasificar a los niños nonatos como individuos,

²² Tales organizaciones incluían: *Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán*, *Movimiento Manuela Ramos*, *DEMUS (Colectivo de Derechos Reproductivos)*, *CLADEM (Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de las Mujeres)*, entre otros.

²³ CLADEM. (Julio 15 de 1990). Aborto y violación: el acuerdo es posible. *El Comercio*; (julio 15 de 1990). En un extenso comunicado grupos feministas se pronuncian sobre legalidad del aborto por violación. *Página Libre*.

²⁴ (Julio 23 de 1990). Momento de decisión. Fondo, trastorno y aristas del aborto en el Perú, un problema embarazoso que se debe discutir con realismo ¿y las violadas? *Caretas*.

²⁵ Palomino, N. (2004). *Las organizaciones feministas y los derechos reproductivos. Informe de investigación*. Lima: UPCH.

y tratar al aborto como si fuera un homicidio. Esta propuesta fue rechazada y en su lugar fue introducido el reconocimiento del “niño nonato”²⁶ en la Constitución de 1993, la cual establecía que los niños nonatos deberían “gozar de todos los derechos que pudieran beneficiarlos.” La introducción del estatus legal del niño nonato en la Constitución, ponía en riesgo cualquier iniciativa legal para flexibilizar las leyes con respecto al aborto inducido.

DEBATES A FINES DE LA DÉCADA DE LOS NOVENTA: EL PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA²⁷

Los discursos oficiales de mediados de la década de los noventa, defendían los derechos de las mujeres a los anticonceptivos, dado que, según Fujimori, las mujeres pobres también deberían poder acceder a los servicios que regularan su fertilidad. Por vez primera, los hospitales públicos peruanos ofrecieron servicios de anticoncepción gratuitos (con anterioridad las mujeres podían acceder a estos servicios solamente si presentaban un alto riesgo de salud). Además, en 1977, una ley había reconocido la violencia doméstica como un crimen, dirigido por lo general a las mujeres casadas, y un año después otra ley aseguró a las adolescentes embarazadas el derecho a terminar su educación secundaria. Muchas de estas iniciativas fueron calurosamente apoyadas por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés), el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) y por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID por sus siglas en inglés), los cuales proporcionaron generosamente los fondos para programas de población y para reforzar el programa del SIDA y de la atención post-aborto en el Perú.

²⁶ Todo el mundo tiene el derecho a la vida, a la identidad, a que sea respetada su integridad física, psicológica y moral, a la libertad de desarrollarse, y al bienestar. El niño nonato merece todos los derechos que puedan beneficiarlo (Artículo 2, Enmienda 1, Constitución de 1993) La Constitución de 1979 establecía que “aquellos que están por nacer son considerados como nacidos en todos los aspectos que los favorezcan.”

²⁷ Ver también en esta publicación: Girard, F., *Negociando los derechos sexuales y la orientación sexual en la ONU*, pp. 347-398; Ramasubban, R., *Cultura, políticas y discursos sobre sexualidad: una historia de resistencia a la Ley Anti-Sodomía en la India*, pp. 99-138; Viana, A. R. B., & Carrara, S., *Políticas sexuales y derechos sexuales en Brasil: Estudio de caso*, pp. 27-56; Le Minh, G., & Nguyen, T. M. H., *De la planificación familiar al VIH/SIDA en Vietnam: prioridades que cambian, brechas que permanecen*, pp. 309-343.

CUADRO 1. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE FERTILIDAD TOTAL EN EL PERÚ

<i>Fuente/Año/Tasa</i>	<i>Total de fertilidad (por los 3 años previos a la encuesta)</i>		
	<i>Nacional</i>	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>
DHS 1986	4.1	3.1	6.3
DHS 1991-1992	3.5	2.8	6.2
DHS 1996	3.5	2.8	5.6
DHS 2000	2.8	2.2	4.3
DHS 2004	2.4	2.0	3.6

FUENTE: INEI, Perú, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES O DHS) 1986; ENDES 1991-1992; ENDES 1996; ENDES 2000; ENDES 2004.

Sin embargo, entre 1996 y 1997, el régimen de Fujimori, obsesionado con la reducción de la pobreza, rápidamente y con todos los medios disponibles, abandonó sus políticas de población y sus programas de salud reproductiva, a favor de una intervención coercitiva y con enfoque en la no-elección, que atraía a las mujeres pobres hacia procedimientos quirúrgicos irreversibles. Esta decisión fue promovida, en parte, por el hecho de que no había habido una reducción significativa de la aguda pobreza o del desempleo en el país, a pesar de la cuidadosa implementación de las directrices del Banco Mundial a favor de ajustes estructurales, la privatización de empresas públicas y las políticas orientadas al mercado.²⁸ El gobierno determinó secretamente objetivos numéricos para sus servicios anticonceptivos y sobornó o presionó excesivamente a las mujeres de zonas rurales pobres o villas miseria. Por lo general éstas eran mujeres con muy poca o ninguna escolaridad que habían aceptado la esterilización de un régimen que esperaba que estas drásticas medidas contribuyeran a su objetivo de reducir la pobreza.

Durante la segunda mitad de la década de los noventa, la disminución de la tasa de fertilidad entre las mujeres rurales pobres, que en aquellos momentos era alrededor de seis niños (ver Cuadro 1) se convirtió en el principal objetivo de la política de población de Fujimori. Sin embargo es muy probable que, durante los últimos quince años, la verdadera reducción de

²⁸ Para un análisis más detallado y una visión general de estas políticas globales neoliberales, ver también en esta publicación: de Camargo, K., & Mattos, R., *Buscando sexo en los lugares equivocados: el silenciamiento de la sexualidad en el discurso público del Banco Mundial*, pp. 399-424.

esta tasa, además de los efectos de las políticas de salud pública, haya sido resultado de una variedad de factores culturales y socio-demográficos.

Mientras que, durante su primera administración (1990-1995), Fujimori había formado una coalición con grupos conservadores para obtener el control del Congreso y consiguientemente había hecho compromisos en temas de salud reproductiva, las elecciones de 1995 le dieron una mayoría bastante cómoda. El cambio de tono en su relación con la Iglesia y sus temas tradicionales, quedó claro en su discurso inaugural cuando anunció la legalización de la anticoncepción quirúrgica y “el pleno acceso de las mujeres a la anticoncepción” y se refirió a la jerarquía eclesiástica como “vacas sagradas que están contra el progreso”. Como lo ha señalado Ewig, Fujimori utilizó el discurso global feminista sobre los derechos reproductivos para “enmascarar” sus políticas coercitivas de control de población.²⁹

Tal como se había vaticinado, a finales de 1995, el Congreso peruano legalizó la esterilización quirúrgica de las mujeres y los hombres como un método de regulación de la fertilidad. Muchos grupos e individuos progresistas apoyaron esta decisión con la esperanza de que esto fuera el primer paso de un programa de salud reproductiva de gran envergadura, después de todo Fujimori había participado en la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres de Beijing ese mismo año y había firmado su Plataforma de Acción, el Ministerio de Educación había lanzado un nuevo programa de educación sexual en las escuelas y creado el nuevo Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH) y se había establecido una nueva oficina de un Ombudsman Público sobre los Derechos de las Mujeres, todo lo cual parecía satisfacer las exigencias feministas.

Además los funcionarios oficiales buscaban la participación de las ONG feministas tales como *Movimiento Manuela Ramos*, para que ratificaran en las escuelas las nuevas guías para la educación sexual y para que entrenaran a los maestros.

Sin embargo, el Ministerio de Salud no había asegurado suficiente capacitación de personal ni la renovación adecuada de equipos para la implementación de los servicios de esterilización en un periodo corto de tiempo. Personal quirúrgico sobrecargado de trabajo, por lo general médicos clínicos residentes, llenaba el vacío llevando a cabo procedimientos de esterilización en con-

²⁹ Ewig, C. (2006). Hijacking global feminism: The Catholic Church and the family planning debate in Peru. *Feminist Studies*, Summer; Palomino, N. (2004). *Las organizaciones feministas y los derechos reproductivos. Informe de investigación*. Lima: UPEL.

diciones deficientes, lo cual, por lo general, daba como resultado que hubiera complicaciones médicas. Los anticonceptivos orales se negaban a propósito para promover la esterilización permanente. Otros métodos coercitivos utilizados para obtener consentimiento eran: engaños, incentivos de comida o ropa, y amenazas humillantes contras las mujeres pobres de zonas rurales.

Entre las víctimas había mujeres sin niños y mujeres postmenopáusicas. Era muy poco el chequeo que se hacía en cuanto a las historias clínicas, la calidad del servicio, el consentimiento informado, la asesoría, o el seguimiento de la atención médica. Con el fin de cumplimentar los objetivos obligatorios establecidos por un régimen dictatorial, y con el riesgo de la pérdida de los empleos si las estrictas cuotas no se lograban, muchas instalaciones de salud locales adoptaron medidas abusivas, que violaban los derechos de las mujeres. Tomando en cuenta los bajos salarios del Ministerio de Salud, el bono ofrecido a los trabajadores de la salud que alcanzaran los objetivos, era otro estímulo importante. Se estima que, a mediados de la década de los noventa, alrededor de 200 000 mujeres fueron esterilizadas por el Ministerio de Salud del régimen de Fujimori.³⁰ El estado peruano estableció objetivos numéricos a nivel nacional, exclusivamente para esterilizaciones quirúrgicas, con cuotas asignadas por establecimiento y por los miembros del equipo de trabajo. En muchos lugares, en especial en las zonas rurales, esto condujo a prescindir del consentimiento informado y de una calidad de atención adecuada, como ha sido documentado por Tamayo y por los informes de la Oficina del Ombudsman.³¹

Como esta política restrictiva resultaba inaceptable para algunos donadores, éstos intentaron forzar a un cambio tras bambalinas.³² Como lo ha

³⁰ Coe. A. B. (2004, November 12). From anti-natalist to ultra-conservative: Restricting reproductive choice in Peru. *Reproductive Health Matters*, 12(24), pp. 56-69.

³¹ Defensoría del Pueblo, Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria I. Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo, Lima, 1998. La Aplicación de la Anticoncepción Quirúrgica y los Derechos Reproductivos II. Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo, Lima, 1999. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria III Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo, Lima, 2002. CRLP, CLADEM Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en Perú. Lima, 1998. CLADEM Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998, Lima, 1999.

³² Para más acerca de la influencia local de las políticas de los donantes internacionales, ver también en esta publicación: Vianna, A. R. B., & Carrara, S., *Políticas sexuales y derechos sexuales en Brasil: Estudio de caso*, pp. 27-56; Ramasubban, R., *Cultura, políticas y discursos sobre sexualidad: Una historia de resistencia a la Ley Anti-Sodomía en la India*, pp. 99-138; Be-

demostrado Anna-Britt Coe, USAID (Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por sus siglas en inglés) la organización bilateral más importante dentro de este campo en un nivel oficial, estaba dispuesta a apoyar solamente programas de población y de salud sexual y reproductiva, los cuales tenían poca relación con las prácticas de esterilización.³³

Con respecto al movimiento de mujeres, debe subrayarse que, durante la década de los noventa, hubo un proceso de mayor institucionalización entre las organizaciones no gubernamentales feministas. Se implementaron nuevas estrategias de vigilancia y defensa, como resultado de una influencia más profunda en las políticas públicas. Por ejemplo, *Reprosalud*, un proyecto de cinco años de duración, que se extendió posteriormente por cinco años más y que fue implementado por el *Movimiento Manuela Ramos* con fondos de USAID, estaba orientado hacia las mujeres rurales de los departamentos más pobres del Perú y buscaba aumentar su demanda de servicios de salud reproductiva.³⁴ Mientras que *Reprosalud* obtenía un nivel sin precedentes de fondos para actividades implementadas por las ONG feministas, esto implicaba asimismo algún nivel de dependencia política de una parte del movimiento de las mujeres, con las controvertidas políticas de USAID. La principal entre éstas era “la regla global gag” reestablecida en enero de 2001, por el Presidente de Estados Unidos, George Bush, durante sus primeros días en el cargo y la cual prohíbe a USAID y a sus agencias de implementación, apoyar no solamente a aquellas organizaciones que proporcionaran servicios de aborto, sino también a aquellas que hicieran envíos a especialistas, aconsejaran, o defendieran abortos voluntarios seguros.³⁵ Mientras que la “regla gag” no existía durante 1996, ya USAID estaba siendo influenciado por las presiones políticas ejercidas, en el campo de la salud reproductiva, por parte de los representan-

resford, B., Schneider, H., & Sember, R., *La autoridad constitucional y sus limitaciones: Las políticas de sexualidad en Sudáfrica*, pp. 221-273; Le Minh, G., & Nguyen, T. M. H., *De la planificación familiar al VIH/SIDA en Vietnam: Prioridades que cambian, brechas que permanecen*, pp. 309-345.

³³ Coe, A. B. (2004, November 12). From anti-natalist to ultra-conservative: Restricting reproductive choice in Peru. *Reproductive Health Matters*, 12(24), pp. 56-69.

³⁴ Anderson, J. (2001). Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

³⁵ Coe, A. B. (noviembre 12 de 2004). From anti-natalist to ultra-conservative: Restricting reproductive choice in Peru. *Reproductive Health Matters*, 12(24), pp. 56-69; CRLP. (2003, July). The Bush global gag rule: Endangering women's health, free speech, and democracy. Item: F033, http://www.crlp.org/pub_fac_ggrbush.html.

tes de asuntos internacionales del Congreso de Estados Unidos. Cuando la “regla gag” fue reestablecida, todas las organizaciones no gubernamentales que estuvieran bajo contrato con USAID, tuvieron que aceptarla. De acuerdo a Mollman y Chávez, la regla gag afectó el debate sobre el aborto en el Perú, al extremo de que fueron silenciadas las ONG feministas con una clara postura a favor de la despenalización del aborto.³⁶

Otro campo de acción importante para las ONG feministas era la participación, en colaboración con las redes internacionales, en las principales conferencias de las Naciones Unidas, llevadas a cabo en la década de los noventa: La Conferencia del Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992); La Conferencia sobre Derechos Humanos (Viena, 1993); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994); la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).³⁷ En cierta medida, la gran participación de las feministas peruanas en las conferencias de El Cairo y Beijing,³⁸ institucionalizó la agenda política del movimiento feminista y, paradójicamente, redujo el espectro de demandas por la defensa del progreso conseguido hasta el momento. Definitivamente, la agenda feminista no era la misma de la de Naciones Unidas, pero muchas de las estrategias posteriores de las organizaciones feministas de la segunda mitad de la década, se relacionaban con la implementación de compromisos gubernamentales.³⁹ El proceso también comprendía la participación de un número de ex activistas feministas en oficinas de gobierno, comités multisectoriales y aún hasta en agencias de cooperación. Este cambio en el rostro institucional, combinado con un relativo apoyo a las posturas del gobierno para actualizar el programa de salud reproductiva, hizo que fuera difícil adoptar una distancia crítica del Ministerio de Salud, y desarrollar una perspectiva crítica compartida, acerca de sus políticas y sus programas. Esta combinación de factores

³⁶ Mollman, M. & Chávez, S. (2003). La regla de la mordaza y la acción política en la lucha por la despenalización del aborto. Cuaderno de debate, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima.

³⁷ Para un análisis y una visión general de la participación de las mujeres en los procesos globales de Naciones Unidas, ver también en esta publicación: Girard, F., *Negociando los derechos sexuales y la orientación sexual en la ONU*, pp. 347-398.

³⁸ El Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán jugó un papel relevante en el proceso preparatorio que condujo a la Conferencia de Beijing, a través de Gina Vargas, quien asumió la Coordinación de ONG latinoamericanas.

³⁹ Grupo Impulsor Nacional Mujeres por la Igualdad Real. (1997). Salud reproductiva en el Perú. En *Del Compromiso a la Acción. Después de Beijing, qué ha hecho el Estado Peruano*, pp. 83-104. Lima.

disminuyó la vanguardia radical política del discurso de la década de los ochenta, acerca de la libertad reproductiva y el control de las mujeres sobre sus propios cuerpos.

Las ONG feministas pasaron un buen tiempo investigando y compilando la evidencia necesaria para denunciar las actividades de anticoncepción quirúrgica, llevadas a cabo por el gobierno. Aún cuando los hallazgos de la investigación Tamayo, patrocinada por el Comité Latinoamericano por la Defensa de los Derechos de las Mujeres, no fueron inmediatamente reconocidos por completo por los principales medios de comunicación, finalmente fueron recogidos por algunos periódicos y por la oficina del Ombudsman. La investigación examinaba una serie de temas tales como: las directivas y prácticas políticas que condujeron a obligar la esterilización, incluyendo: objetivos de esterilización quirúrgica; la utilización de incentivos; las prácticas que violaban el principio de consentimiento informado; la falta de tiempo para que las personas consideraran la decisión de ser esterilizadas; la presión sobre el personal contratado para lograr esos objetivos; y la esterilización de las mujeres con la simple aprobación de sus parejas. La investigación subrayaba, asimismo, un desprecio a los derechos a la salud, los riesgos médicos, las prácticas médicas seguras y los procedimientos de recuperación, así como la utilización de prácticas contrarias a los derechos de las usuarias. Además, las quejas de los usuarios no fueron encauzadas adecuadamente. Todos estos argumentos fueron establecidos dentro del marco de los derechos humanos y de las obligaciones del gobierno.

En 1997, el Ombudsman de los Derechos de las Mujeres comenzó, por su cuenta, una investigación de esta política y, ese año, al finalizar el escándalo que denunciaba la esterilización forzada, patrocinada por el gobierno en las zonas rurales, llegó finalmente a los periódicos. La prensa informó que las mujeres habían sido esterilizadas contra su voluntad o sin su conocimiento y que las jóvenes madres habían muerto debido a complicaciones postoperatorias.⁴⁰ En este punto, los líderes católicos conservadores, incluyendo a algunos médicos, utilizaron la evidencia para avanzar en su propia agenda, exigiendo un cese inmediato de todos los servicios de planificación familiar. Estos líderes, encontraron eco en grupos anti-elección de Estados Unidos y en sus contrapartes en el Congreso estadounidense, el cual siguió de cerca cualquier posible participación de USAID en el programa de anticoncepción

⁴⁰ Zauzich, M-C. (2000). Perú: política de población y derechos humanos: Campañas esterilización 1996-1998. Lima: Comisión Alemana Justicia y Paz.

quirúrgica del Perú. Algunos de ellos, llegaron incluso a asegurar que USAID, sin saberlo, había financiado prácticas de esterilización y se ordenó una investigación del Congreso para determinar el involucramiento de la agencia bilateral en los abusos ocurridos en el Perú.

Los representantes de la Iglesia Católica se las arreglaron para asegurar que hubiera una gran cantidad de cobertura de la prensa acerca del asunto de la anticoncepción quirúrgica, que reforzara su papel político e institucional y que cimentara su posición como guías morales para el país. A lo largo del constante cuestionamiento de los defectos de las políticas de planificación familiar de Fujimori, los sectores más conservadores cuestionaron todos los métodos anticonceptivos y todos los temas relacionados con la salud reproductiva. De la misma manera que, tanto el movimiento feminista como el estado, presentaron su caso en pro de la anticoncepción, asimismo la Iglesia expuso su punto de vista contrario. La Iglesia declaró que las relaciones sexuales debían limitarse al matrimonio y solamente con el propósito de aumentar la familia. Resulta asimismo interesante subrayar que la Comisión Episcopal Peruana, hace alusión a la libertad de elección: “La Iglesia Católica considera moralmente inaceptable... los servicios de planificación familiar que no respetan la libertad de las parejas casadas, o la dignidad y los derechos humanos de los participantes”.⁴¹ Sin embargo, su conceptualización de los derechos humanos percibe a la pareja como una unidad legalmente reconocida con derechos específicos y no reconoce las relaciones de poder que existen al interior de las parejas;⁴² por lo tanto, la Iglesia defiende al matrimonio como algo indisoluble.

En marzo de 1998, luego de enfrentar presiones tanto nacionales como internacionales, el Ministerio de Salud peruano reconoció la existencia de problemas. Sin embargo, negó la existencia de una política oficial de cuotas de esterilización y culpó de los abusos a unos cuantos médicos locales y directores regionales. Asimismo, el Ministerio se comprometió a reformar sus servicios de esterilización y a mejorar su programa de planificación familiar. Pero en los años siguientes, aún cuando los objetivos de esterilización fueron discontinuados, ocurrieron formas más sutiles de violación; por ejemplo: en los servicios de anticoncepción, la asesoría y el consentimiento informado eran mínimos. Como resultado de la confusa situación creada en los últimos

⁴¹ Obtenido el 9 de octubre de 2005 de: <http://www.iglesiacatolica.org.pe/cep/docum/310805.htm>.

⁴² Iguitiz, R. (2001). *Enemies or allies: The feminist-religious debate over Peruvian family planning in the 1990's*. Washington D.C: LASA.

años del régimen de Fujimori, los esfuerzos en el avance de la salud y los derechos reproductivos avanzaban muy lentamente y las ONG progresistas, no tenían claros ni sus propios objetivos y prioridades, en esas áreas.

A finales de la década de los noventa, con los protagonistas de la salud reproductiva divididos de alguna forma, muchos movimientos sociales comenzaron a enfocarse en los mecanismos, cada vez más claros, de influencia ilegal en las instituciones políticas, para eliminar su independencia y, más importante, para asegurarle a Fujimori un tercer periodo de gobierno. Las líderes feministas, conjuntamente con otros activistas sociales, priorizaron un regreso a la democracia, y surgieron nuevas organizaciones incluyendo *Mujeres por la Democracia* (mude) y el *Movimiento Amplio de Mujeres* (MAM).⁴³ Estos nuevos grupos se volvieron cada vez más activos entre 1999 y 2000 y participaron en julio de 2000 en la Marcha de los 4 Suyos, en protesta contra la reelección auto-proclamada de Fujimori. Pocos meses más tarde, Fujimori dejaría Perú para su “viaje sin regreso” a Japón.

DEBATES 2001-2005: SOBRE “GÉNERO” Y “DERECHOS REPRODUCTIVOS”

Luego de ocho meses de un gobierno de transición (noviembre de 2000 a julio de 2001), que aprobó una norma para la provisión de anticoncepción de emergencia en los servicios de salud pública, Alejandro Toledo asumió la presidencia. Entre 2001 y 2003 el gobierno de Toledo cedió su autoridad sobre el Ministerio de Salud. Como parte de las deudas políticas que debía pagar a los diferentes grupos que apoyaron su candidatura, había ofrecido el Ministerio de Salud a grupos católicos autoritarios conservadores de extrema derecha, que estaban muy en contra de las anteriores políticas de población antinatalistas. El poder de estos grupos en el gobierno, surgió de algunos de sus líderes que formaban parte de la camarilla inicial del gobernante partido de Toledo. Para empeorar las cosas, dentro de la indecisión que caracterizaba su gobierno, como lo ha subrayado Anna Britt Coe, el Presidente Toledo no dejó en claro su postura con respecto a los servicios de anticoncepción, salud reproductiva y derechos de las mujeres.⁴⁴

⁴³ Palomino, N. (2004). *Las organizaciones feministas y los derechos reproductivos. Informe de investigación*. Lima: UPCH.

⁴⁴ Coe, A. B. (2004). From natalist to ultraconservative: Restricting reproductive choice in Peru. *Reproductive Health Matters*, 12: 24, pp. 56-69.

Entre los líderes médicos de estos grupos conservadores de extrema derecha, estaban Luis Solari (El primer Ministro de Salud de Toledo y posteriormente Primer Ministro) y Fernando Carbone (Ministro de Salud entre 2002 y 2003).⁴⁵ Ambos dejaron ubicados en el Ministerio de Salud a varios funcionarios clave y ambos trabajaron conjuntamente con congresistas estadounidenses afines a ellos, tales como Chris Smith y Henry Hyde y grupos anti-elección, tales como Human Life International. Fueron asimismo favorecidos por el hecho de que los donadores internacionales se sentían recelosos al apoyar las actividades de salud en el Perú, debido a la presión en contra de sus respectivos países.⁴⁶ De igual manera, UNFPA, aunque no era una agencia de EE.UU., dependía mucho de los fondos de Estados Unidos, y se convirtió, asimismo, en objeto de las presiones de los conservadores del Congreso estadounidense, lo cual dio como resultado posturas políticas cada vez más débiles. Además, bajo la administración Bush, las políticas internacionales de Estados Unidos comenzaron a priorizar la “guerra contra las drogas” por encima de otros programas de desarrollo, quitándole el énfasis a todos los programas de asistencia a la salud pública, patrocinados por EE.UU.

Solari y Carbone se apresuraron a pedir disculpas por los abusos cometidos por el ministerio durante el gobierno de Fujimori y prácticamente discontinuaron las actividades de esterilización en los servicios de salud pública. Asimismo, utilizaron esos abusos para justificar la incorporación de sus interpretaciones de la religión, en las políticas públicas, lo cual implicaba el cuestionamiento de evidencia científica publicada en los principales periódicos académicos y demostraron poco respeto por la elección individual. Por ejemplo, utilizaron las oportunidades en los medios, para condenar las relaciones sexuales prematrimoniales y la homosexualidad y para cuestionar el uso del condón, los que fueron presentados no solamente como inmorales sino también inseguros, en términos de salud individual y pública. Las tecnologías y medicinas reproductivas fueron también desacreditadas.

Más aún, estos ministros de extrema derecha censuraron, muy discretamente, términos como “género”, “derechos sexuales y reproductivos” y “orientación sexual”, en todos los documentos oficiales del ministerio. Se promovió

⁴⁵ Ambos eran muy cercanos a la *Sodalitium Christianae Vitae*, una organización católica clerical conservadora, fundada en Perú en 1971, así como su rama no clerical, el *Movimiento de Vida Cristiana*.

⁴⁶ Coe, A. B. (2004). From natalist to ultraconservative: Restricting reproductive choice in Peru. *Reproductive Health Matters*, 12: 24, pp. 56-69.

la abstinencia y los medios naturales de planificación familiar como los únicos métodos seguros para los jóvenes y para las parejas heterosexuales casadas. Además, hicieron uso de una idea muy arraigada dentro de la sociedad peruana, en el sentido de que el rol de las mujeres en la familia era fundamentalmente la maternidad, la obediencia a sus esposos y la devoción a sus hijos. En este respecto encontraron un aliado en Juan Luis Cipriani, Arzobispo católico de Lima y miembro del Opus Dei. El argumento buscaba recurrir a los valores conservadores de la sociedad peruana y a las estrategias de supervivencia de los pobres, en las que la familia había sido un recurso importante, y promovía la obediencia y la subordinación a y la dominación de los hombres mayores.⁴⁷ Esta postura fue abiertamente criticada por un sinnúmero de ONG que trabajaban en el campo de los derechos reproductivos así como por algunos médicos.

Como resultado de esto el Ministerio de Salud y PROMUDEH (rebautizado como MIMDES [Ministerio de Protección a las Mujeres y Desarrollo Humano] del gobierno de Toledo) canceló todas las políticas y programas oficiales diseñados para avanzar en la igualdad de género y en los servicios de salud reproductiva. En la negación de los derechos reproductivos, se utiliza a la familia tradicional como el elemento integrador de las políticas sociales. El marco legal peruano sigue defendiendo el matrimonio y hace que su disolución sea muy difícil. En el Ministerio de las Mujeres y el Desarrollo Social los funcionarios conservadores, han elaborado una Política Familiar Nacional (2004-2011), que busca fortalecer los valores tradicionales y darle un enfoque familiar a todas las políticas. Los derechos familiares son considerados en oposición a los derechos individuales, pasando por alto los desequilibrios internos de poder, así como las posibles situaciones de violencia de género.

Los anticonceptivos modernos, los condones, y el cuidado postaborto, prácticamente desaparecieron de los hospitales públicos. En 2002, Carbone intentó quitar el DIU del protocolo para anticonceptivos del Ministerio, basándose en que era un abortivo. Como resultado de una propuesta hecha por Solari, el Congreso designó el 26 de marzo como el Día Nacional del Niño Nonato.⁴⁸ En mayo de 2003, Carbone emitió una Resolución Minis-

⁴⁷ Cávez, S. (2004). Cuando el fundamentalismo se apodera de las políticas públicas: Políticas de salud sexual y reproductiva en el Perú en el periodo julio 2001-junio 2003. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

⁴⁸ Para más ejemplos de políticas fetales, ver también en esta publicación: Vianna, A. R. B., & Carrara, S., *Políticas sexuales y derechos sexuales en Brasil: Un estudio de caso*, pp. 27-56; Nowicka, W., *La lucha por el derecho al aborto en Polonia*, pp. 185-220.

terial creando el Registro Nacional del Niño Nonato, a través de los Reglamentos de Organización y Funciones de los Juntas Directivas de Salud de todo el país. Esta resolución buscaba “proteger la vida y la salud de todos los niños desde el momento de su concepción y hasta su muerte natural, registrándolos oficialmente como niños nonatos y reconociendo sus derechos constitucionales.” Esta norma nunca fue implementada, aún cuando no ha sido anulada.

Finalmente, ambos ministros renunciaron luego de una intensa campaña encabezada por el Grupo de Monitoreo sobre Derechos Sexuales y Reproductivos,⁴⁹ que examinó e informó los impactos negativos de las políticas de Solari y Carbone, combinados con la crisis de credibilidad del gabinete de Solari. Tanto el Ombudsman Público, como La sociedad civil, exigieron un suministro adecuado de recursos para los servicios anticonceptivos, deplo- raron el aumento de abortos inseguros, y exigieron al Presidente Toledo que pusiera fin a las políticas Solari/Carbone. En febrero de 2004, en un inesperado y poco claro giro de los acontecimientos, la neuróloga Pilar Mazzeti fue nombrada como nueva Ministra de Salud. Mazzeti tenía fuertes antecedentes clínicos y era apoyada por una nueva red de salud llamada *Foro Salud*, relacionada con las organizaciones de la sociedad civil, la cual incluía el Grupo de Monitoreo de los Derechos Sexuales y Reproductivos como grupo de trabajo temático. Mazzeti, discretamente, dio marcha atrás a las prácticas radicales de la extrema derecha. Aun cuando no lanzó una campaña agresiva a favor de los derechos y la libre elección de las mujeres, sí denunció la campaña de desinformación sobre anticonceptivos, aumentado el apoyo de las ONG y los grupos progresistas médicos y de salud. Con la reciente decisión de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a favor de Karen Llontoy, una adolescente a la que se le negó la posibilidad de interrumpir un embarazo anencefálico, había surgido una nueva oportunidad, que aumentó el acceso de las mujeres peruanas al aborto, en circunstancias específicas. Llontoy fue incluso obligada a amamantar a su hija anencefálica durante los cuatro días que sobrevivió la bebita.⁵⁰

⁴⁹ El grupo de monitoreo comenzó su apoyo cuando Toledo asumió la presidencia en 2001 y designó al Ministro de Salud de extrema derecha. Durante más de dos años, el grupo construyó mayores alianzas, las que incluían a los medios de comunicación y fue por lo tanto capaz de hacer políticamente impracticable que Toledo continuara con estas políticas.

⁵⁰ CCPR/C/85/D/1153/2003. (noviembre 17 de 2005). Comité de Derechos Humanos, Convenio Internacional para los Derechos Civiles y Políticos.

A pesar de la importancia que tienen los derechos sexuales y reproductivos en las vidas y en el bienestar de las personas, este tema no ha repercutido en la esfera pública. En las agendas de los partidos políticos los debates públicos acerca de estos temas ocupan, en su gran mayoría, una posición secundaria en importancia. Los partidos políticos en Perú no tenían y aún no tienen, una postura claramente establecida con respecto a los servicios de salud reproductiva patrocinados por el gobierno, o a los derechos sexuales y reproductivos en general; las opiniones expresadas por líderes políticos reflejan sus posturas personales y no son apoyadas oficialmente por sus partidos. La falta de una postura establecida por parte de los partidos políticos respecto a los derechos reproductivos, no ha sido estudiada, lo cual podría deberse a la naturaleza divisiva de estos temas, o porque se piensa que los temas vinculados con las vidas privadas de las personas son menos importantes que los temas políticos más generales. Esta omisión de los partidos políticos, crea el riesgo de dejar a los temas de libertad sexual y reproductiva, abiertos a las regulaciones morales y a la influencia de los grupos religiosos. Esta situación va a la par con el hecho de que muchos partidos políticos de Perú carecen de un verdadero apoyo popular y tienen muy poca influencia política, de manera que muchas veces prefieren congraciarse con la Iglesia.

NOVEDADES SOBRE EL VIH/SIDA

En 1983, después de dos años de que el SIDA fuera identificado en Estados Unidos, apareció el primer caso en el Perú. En aquella época, solamente algunos peruanos tenían conocimiento de esta terrible enfermedad. En sus primeros años, el VIH/SIDA presentó un doble desafío a los científicos, médicos, trabajadores de la salud peruanos y a la población en general. En primer lugar, se conocía poco acerca de la enfermedad; no había medios para su diagnóstico, tratamiento o prevención, ni tampoco había políticas específicas establecidas.

En segundo lugar, estaba ligada a un debate sobre sexualidad, un tema íntimo que era apenas discutido abiertamente en la sociedad peruana. Los primeros estudios y las primeras iniciativas sobre SIDA, tenían como objetivo enfrentar los desafíos que surgían desde el punto de vista médico, y mitigar el estigma social.

Entre 1983 y los primeros años del siglo XXI, hubo tres etapas, muchas veces sobrepuestas, de las políticas de VIH/SIDA en el Perú. A pesar de su naturaleza, a menudo intermitente, incoherente y precaria, estas políticas siguie-

ron un camino independiente, establecido por el contexto político y social en el que surgieron, y por los estudios e iniciativas de diferentes individuos y organizaciones.

Una etapa inicial en la historia de las políticas del VIH/SIDA va desde 1983 hasta 1987 cuando fueron organizadas dos comisiones de corta duración y un programa de gobierno para enfrentar la nueva enfermedad. Durante aquellos años, las decisiones oficiales fueron influenciadas por iniciativas de los médicos, los científicos, los periodistas y algunos individuos que vivían con SIDA. Los medios de comunicación promovieron el pánico y la ansiedad acerca de la “promiscuidad sexual” y presentaron a la enfermedad como proveniente del exterior del país o de segmentos marginales de la sociedad, tales como los hombres gay que trabajaban en salones de belleza y las prostitutas. Tanto médicos como científicos, especialmente Raúl Patrucco de la Universidad Cayetano Heredia, confirmaron que la enfermedad había llegado al Perú, y explicaron su historia natural y los medios para su diagnóstico. Un protagonista poderoso e inesperado, dentro de las actividades oficiales iniciales para la identificación del VIH fue NAMRID, un moderno laboratorio de la Marina de los Estados Unidos, instalado en Lima, que llevó a cabo un amplio estudio y realizó las funciones de monitoreo epidemiológico durante los años del régimen de Alan García, cuando el país enfrentó una de las crisis sociales y económicas más profundas de su historia. En 1990, hacia fines de su administración, Alan García autorizó una ley conservadora sobre el SIDA, que intentó imponer control sobre los gays y otros grupos minoritarios para “controlar la epidemia”.⁵¹

En esta primera etapa, las actividades gubernamentales asumieron que el SIDA era un asunto biomédico que podría ser controlado por los especialistas, a través de pruebas de diagnóstico y medidas de bio-seguridad en las instalaciones de salud, mientras que alertaban a la población para que evitara grupos o conductas “riesgosos”.⁵² Como quedaría claro posteriormente,

⁵¹ Cueto, M. (2001). *Culpa y Coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Lima: CIES, UPCH.

⁵² Para más acerca de los efectos de las políticas en “grupos de riesgo” tales como MSM, trabajadores sexuales y PLWHA ver también en esta publicación: Bahgat, H. & Afifi, W., *Políticas sexuales en Egipto*, pp. 57-98; Ramasubban, R., *Cultura, políticas y discursos sobre sexualidad: Una historia de resistencia a la Ley Anti-Sodomía en La India*, pp. 99-138; de Camargo, K. & Mattos, R., *Buscando sexo en los lugares equivocados: el silenciamiento de la sexualidad en el discurso público del Banco Mundial*, pp. 399-424; Le Minh, G. & Nguyen, T. M.H., *De la planificación familiar al VIH/SIDA en Vietnam: prioridades que cambiar, brechas que permanecen*, pp. 309-345.

el intento de definir el SIDA como una preocupación biomédica y la misma idea de “riesgo”, fueron muy pronto rebasados por la realidad. Otra dificultad que enfrentaron los trabajadores del SIDA fue el intento de bajar el énfasis en la enfermedad, a través de comparaciones con las tasas nacionales de morbilidad y mortalidad de otras enfermedades previsibles. En aquel entonces, al igual que en la actualidad, muchas personas creían que el SIDA no debía convertirse en una prioridad para el sistema peruano de salud pública, sobrecargado como estaba con problemas generalizados, tales como la diarrea y las infecciones respiratorias, las cuales para algunos parecían ser más relevantes, menos costosas de resolver y más fáciles de tratar.

Una segunda fase comenzó en 1988 cuando se instaló en el Ministerio de Salud el Programa Especial de Control del SIDA (PECOS), pero en sus primeros años se vio limitado por lo escaso de los recursos, poco personal, y poco compromiso político. Esta etapa finalizó en 1996. Durante estos años, fue nombrado el primer funcionario gubernamental, con responsabilidades específicas, con respecto al VIH/SIDA.

Y lo que es más importante, surgieron los primeros activistas y voluntarios, algunos de los cuales eran personas que vivían con VIH/SIDA (PLWHA). Estos últimos, se fueron reuniendo en organizaciones no gubernamentales, que proporcionaban asistencia médica. Estos activistas trabajaron por un mayor acceso a los servicios médicos y por algunos derechos básicos, tales como confidencialidad, asesorías y autonomía. En esta segunda etapa, empezó a sentirse en el Perú la influencia de la oficina de Jonathan Mann, en la Organización Mundial de la Salud, pero no produjo cambios sustanciales en la respuesta oficial a la enfermedad. Los funcionarios locales y los miembros de ONG que se unieron a las iniciativas oficiales, se enfrentaron a un reducido interés por la enfermedad en los medios de comunicación y a una creciente crisis en el país, tanto económica como política.

Las limitaciones de PECOS, reflejaron aquellas de un estado peruano que se había resquebrajado a comienzos de la década de los ochenta y que comenzó su reconstrucción con la introducción de políticas de ajustes estructurales a inicios de la década de los noventa.

Entre mediados y finales de la década de los noventa, el surgimiento de nuevos actores institucionales, tales como ONUSIDA, bajo la dirección de Peter Piot, fue motivo de perspectivas renovadas, de tensión y de luchas. La segunda etapa estuvo marcada por un enfrentamiento entre PECOS y *Vía Libre* una Organización no gubernamental de lucha contra el SIDA, que conjuntó un sinnúmero de líderes entre las comunidades médicas y de investigación y

personas que viven con VIH/SIDA. La historia de tensiones entre el estado y las organizaciones privadas de salud, subraya las dificultades al llevar a cabo esfuerzos conjuntos contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en el Perú. Una de las presunciones bajo las cuales actuaba PECOS, era el convencimiento de que difundir la información adecuada sobre la enfermedad, sería suficiente para crear conductas “racionales”, particularmente entre grupos de riesgo, tales como los adolescentes. En aquella época, las políticas oficiales del gobierno no estaban limitadas tan sólo a la difusión de la información, sino que intentaban, como lo reflejó una ley de 1990, “controlar” posibles “agentes” de la enfermedad. *Vía Libre* estaba bastante en contra de esta ley.

En 1996 comenzó una tercera etapa con el nacimiento de PROCETSS, un moderno programa de control de ETS y SIDA, aún cuando sus primeros logros fueron precedidos por las iniciativas del último de los directores de PECOS. PROCETSS, una unidad casi independiente del Ministerio de Salud, incorporó a los líderes de *Vía Libre* a cambio de neutralizar sus críticas al gobierno. Durante este periodo, el programa oficial recibió un aumento en el financiamiento, estableció protocolos, regulaciones y procedimientos claros para los profesionales de la salud a lo largo del país, y creó oficinas en varias ciudades de provincia. Las recomendaciones de organizaciones internacionales de la salud, especialmente ONUSIDA, fueron estrechamente observadas, mientras que las regulaciones modernas prevenían la discriminación, establecían asesoría obligatoria antes y después de las pruebas y protegían la confidencialidad de los pacientes de SIDA. Además, PROCETSS y las ONG, cabildearon con éxito para lograr una nueva y moderna ley sobre el SIDA, la cual fue aprobada por el Congreso, en 1996.

Aún cuando la discriminación contra las personas que viven con SIDA, no desapareció automáticamente de las instalaciones de salud, PROCETSS sacó a la luz otros aspectos críticos en una intervención de salud exitosa, incluyendo el entrenamiento de profesionales en ETS, la construcción de una mayor comprensión de las percepciones y prácticas sexuales de los adolescentes y los factores tanto físicos como culturales que hacen que las mujeres pobres sean más vulnerables a la enfermedad, así como el diseño de estrategias más inteligentes y persuasivas, para modificar los patrones de conducta de las personas. La mayoría de los cambios que tuvieron lugar en aquellos momentos fueron resultado de la incorporación de varios miembros de *Vía Libre* en el equipo de PROCETSS. Resulta claro que este paso representó un cambio temporal en la eficiencia, el moderno enfoque, y el desarrollo de las medidas del gobierno, para hacerle frente al VIH/SIDA.

Sin embargo, esta iniciativa no estaba libre de críticas. A algunos les molestaba la dimensión política que los activistas del VIH/SIDA trataban de darle a su lucha en la etapa previa. Para otros, el problema radicaba en que el programa era manejado por un director autoritario detrás de puertas cerradas, justo cuando se empezaba a monopolizar una serie de esfuerzos que fueron realizados previamente por distintas organizaciones. Además, el programa decidió no decir ni hacer nada respecto al libre acceso a los antirretrovirales, lo que se estaba convirtiendo en un asunto de mayor importancia en los países en vías de desarrollo. Finalmente, desde un punto de vista político, se había sostenido que los programas de salud, que actuaban como islas de modernidad al interior de los regímenes autoritarios, como lo era el del Presidente Alberto Fujimori, no resultan ni viables ni sustentables a largo plazo.

PROCETTS fue primero descabezado y posteriormente desmantelado durante los últimos meses del régimen de Fujimori. Un detalle importante en el declive de PROCETTS fue la falta de apoyo por parte de las ONG, los activistas del SIDA, y los grupos de derechos humanos, lo cual puede explicarse por el estilo autoritario de su directorio y la fragmentación de la comunidad de activistas del SIDA. Sin embargo, en los primeros años del siglo XXI, se observó un resurgimiento en el movimiento, conjuntamente con la revitalización generalizada de la movilización social contra el deseo de Fujimori de una segunda reelección. Surgieron nuevos grupos y una red más amplia, el *Colectivo por la Vida*, un consorcio de ONG que apoyaban el acceso al tratamiento conjuntamente con los grupos PLWHA, encabezó el activismo en pro del acceso. Un poco después habría de constituirse *Peruanos Positivos*, la Red Peruana de Personas Viviendo con VIH/SIDA.

El programa del SIDA se convirtió en una actividad de “reducción de riesgo” con un perfil bajo. En 2002, Carbone intentó reducir la confianza pública en los condones, el dispositivo clave para la prevención del VIH. Aprovechándose de las noticias recientes acerca del efecto perjudicial del espermicida nonoxynol-9 en los efectos protectores del condón contra las infecciones de transmisión sexual, Carbone se presentó ante los medios de comunicación alentando a las personas a que, para la prevención de VIH/ETS, dependieran de la abstinencia y de la fidelidad más que de los condones.

La Sesión Especial sobre Sida, de la Asamblea General de la ONU (UNGASS por sus siglas en inglés) llevada a cabo en Nueva York en 2001, marcó el inicio de un clima político nuevo para el financiamiento del VIH/SIDA, lo cual condujo finalmente a la creación del Fondo Global para la Lucha contra el

SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM por sus siglas en inglés). Después de una primera y nada exitosa propuesta nacional al GFATM se constituyó un mecanismo más representativo llamado CONAMUSA, con representantes de la sociedad civil y se elaboró una nueva propuesta, la cual pedía apoyo para la lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la doble infección. Esto fue presentado ante GFATM en 2002 y a principios de 2003, tanto el VIH/SIDA como los componentes de la Tuberculosis fueron aprobados para implementación con un presupuesto de unos US\$24 millones para VIH/SIDA y US\$26 millones para TBC. De manera simultánea, el Ministerio de Salud había estado trabajando en el establecimiento de normas técnicas para el suministro de tratamiento y en mayo de 2004, lanzó oficialmente un programa sumamente activo (HAART) para el tratamiento antirretroviral, el cual, luego de un fuerte apoyo inicial del proyecto GDATM, finalmente se financiaría solamente con fondos domésticos.

La modalidad de coordinación y gobernanza exigida por GFATM, a saber, “el mecanismo de coordinación nacional” (denominado CONAMUSA en Perú) ha tenido un impacto en las interacciones entre los actores de los procesos de toma de decisiones de VIH/SIDA, al intensificar la comunicación a través de los participantes y obligando al sector público a escuchar a otros sectores. Sin embargo, dada la velocidad del proceso y la relativa debilidad de algunos de los actores, surgió un nuevo equilibrio a través del cual el poder era compartido por un grupo mayor, pero limitado, de actores. En particular, la participación de los miembros de las comunidades afectadas ha sido en su mayoría subordinada, dado su menor nivel de educación formal, su propia falta de cohesión y las prácticas acostumbradas de incorporación y persuasión de otros actores más poderosos.

Durante el proceso de diseño del proyecto de intervención de VIH, el Ministerio de Salud tomó decisiones que implicaban una gran parte de responsabilidad en la implementación final de la propuesta en los servicios de salud. El financiamiento para tal participación se ofreció como contraparte financiera del Tesoro Nacional. Sin embargo, el Ministerio de Salud sobreestimó su capacidad para responder a los requerimientos logísticos y administrativos de la rápida implementación del programa nacional HAART. Esto ha tenido consecuencias negativas en varios niveles: los sistemas logísticos se han saturado; la eficiencia en otras áreas bajo su responsabilidad ha disminuido, a saber las actividades de prevención y, más en general, las funciones normativas, incluyendo aquéllas que se necesitan para regular la implementación de otras actividades de proyectos financiados por GFATM por sub-re-

cipientes; y una tergiversación en las exigencias de esfuerzo en torno a problemas de salud que no sean VIH/ETS.

Un año después de su formación, en mayo de 2004, el programa nacional HAART había logrado una cobertura del 50 por ciento de aquellos que necesitaban tratamiento. Se tiene la intención de aumentar esa cobertura a casi el 100 por ciento. El Congreso modificó la Ley 190 sobre el SIDA, convirtiendo a HAART en un derecho. Al mismo tiempo, sin embargo, hizo obligatoria la prueba de VIH para las mujeres embarazadas, supuestamente como una medida de protección para el niño no nacido. Casi no hubo oposición en el Congreso al suministro de HAART para las personas que no pudieran tener acceso, a pesar del financiamiento significativo que ello requería. No obstante, el Congreso no toma en cuenta normalmente las implicaciones presupuestarias de las propuestas y el Poder Ejecutivo siempre, y en la práctica, se reserva el derecho de no cumplir la ley cuando puede convencer a otros de falta de fondos para cubrir los gastos. Por lo general, los grupos afectados deben reclamar para que se respete un derecho legal.

EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA DIVERSIDAD SEXUAL

La situación de los derechos de la diversidad sexual en el Perú no resulta fácil de señalar, ya que ciertos aspectos del estatus social y legal de las comunidades LGBT pueden ser vistos como progresistas o como que han logrado una mejora significativa en las últimas décadas, mientras que otros reflejan aún una profunda exclusión social. El Código Penal de 1924 legalizó los actos homosexuales consentidos entre adultos,⁵³ pero la homosexualidad sigue estando fuertemente estigmatizada dentro de la cultura local, con variaciones según clases sociales y regiones. Las diferentes partes del país tienen perspectivas distintas acerca de la homosexualidad, lo cual refleja niveles variados de exposición a culturas globales así como la experiencia de las culturas indígenas con diferentes grados de integración a la cultura española. Además de esto, la homosexualidad era percibida entre la clase media como actos sexuales entre personas del mismo sexo, mientras que en entornos más pobres se interpretaba como la adopción del género y las normas sexuales atribuidas al otro sexo, convirtiéndose en una característica asociada con hombres “femeninos”

⁵³ Como lo establece el Código Penal Peruano de 1924.

y mujeres “masculinas” más que con sus parejas sexuales.⁵⁴ Durante mucho tiempo, en los medios de comunicación las representaciones de la homosexualidad se limitaban a los travestis y a los hombres “femeninos” y por lo general, en las noticias, las referencias a la homosexualidad se encontraban en las listas de los “vicios morales” que incluían asimismo a la prostitución, el consumo de drogas y el crimen. Durante la mayor parte del siglo xx, la homosexualidad fue una experiencia clandestina entre los profesionales de la clase media, quienes incluso llegaban a casarse y a tener hijos. Entre individuos específicos, la información acerca de la homosexualidad era, en gran parte, materia de rumores y se le utilizaba indebidamente para chantajear a adversarios políticos, comerciales o sociales, de acuerdo con el refrán peruano de: “Dios perdona el pecado, pero no el escándalo”.

En su mayoría, el activismo LGBT en el Perú comenzó a principios de la década de los ochenta, con la constitución del Movimiento Homosexual de Lima (MHOL). En aquella época, MHOL era principalmente un movimiento pequeño de clase media vinculado con la élite intelectual y artística local, y con el *Centro Flora Tristán*, una destacada ONG feminista. En aquel momento, MHOL adoptó la retórica del activismo norteamericano gay post Stonewall, e implementó talleres de concientización derivados del modelo feminista de 1970. En un principio masculino en su mayoría, MHOL, mantuvo estrechas relaciones con el Grupo de Autoconciencia de Lesbianas Feministas (GALF) sólo de mujeres, algunas de cuyas participantes se convirtieron, a fines de la década de los ochenta, en miembros de la asamblea de MHOL. Por el contrario, la participación de personas transgéneros (incluyendo a las travestis masculinos) era exigua y se mantendría así por más de una década, reflejando el estigma predominante de las personas transgénero, dentro de la comunidad gay de clase media.

El surgimiento paralelo de la epidemia de SIDA, que en el Perú se concentró claramente en hombres que tienen sexo con hombres (MSM),⁵⁵ tuvo aquí efectos importantes en la historia de los derechos de la diversidad sexual, al igual que en el resto del mundo. Hizo que el activismo LGBT fuera más visible e impulsó a los financiadores internacionales hacia MHOL, para trabajar en la prevención del VIH, y posteriormente para el reforzamiento organizativo.

⁵⁴ Cáceres, C., & Rosasco, A. (1999). The margin has many sides: Diversity among men who have sex with other men in Lima. *Culture, Health and Sexuality* 1(3), pp. 261-276.

⁵⁵ Cáceres, C. HIV/AIDS among men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: A hidden epidemic? *AIDS* 2002, 16 (Suppl. 3): S23-S33.

MHOL obtuvo su primera donación en 1985 con el apoyo de NOVIB, una agencia de desarrollo holandesa. Como un requisito previo para poder recibir los fondos, MHOL necesitaba asumir la estructura de una “organización privada sin fines de lucro”, que no era la mejor opción para un movimiento social, dado que esto implicaba una membresía cerrada y menor flexibilidad para relacionarse con sus bases.⁵⁶ MHOL recibió apoyo directo de ONUSIDA en 1988 para establecer una línea telefónica de información y mantuvo un programa de asesoría y talleres de sexo seguro para la comunidad gay local. Casi simultáneamente, recibió apoyo de NORAD para desarrollo organizativo. La epidemia de SIDA atrajo asimismo la atención del estado (por ejemplo del Ministerio de Salud) y de los medios de comunicación, hacia el movimiento gay; ambas entidades consideraron al movimiento como colaborador e informante clave.

A fines de la década de los ochenta y a comienzos de la de los noventa, debido a estas donaciones sucesivas, MHOL pudo establecer varios servicios: médicos, legales, de comunicaciones, un centro de documentación, y entrenamientos. A finales de los ochenta ocurrió un conflicto interno serio entre dos grupos, acerca de si deberían acentuar los contactos de MHOL con grupos LGBT más amplios (aunque menos políticos y más orientados al espectáculo) o tener un acercamiento más sofisticado y politizado, aunque elitista, hacia las políticas LGBT (adoptada por la mayoría de los fundadores de MHOL y sus colegas de GALF). En 1989, MHOL Perú fue disuelto y se estableció legalmente el *Movimiento Homosexual de Lima*, con una asamblea que comprendía la mayoría de los miembros del grupo más politizado de MHOL-Perú y algunos de los miembros de GALF. En la década de los noventa, la creciente visibilidad de MHOL, facilitó un fuerte vínculo con la Asociación Internacional de Lesbianas y Gays y a comienzos de esa década, asumió el secretariado regional de Latinoamérica de la asociación. Este aumento del rol internacional creó tensiones locales, lo cual finalmente condujo a la salida del presidente de MHOL y a la renuncia de su director ejecutivo.

Durante varios años de la década de los noventa, en parte debido a crisis financieras, MHOL redujo sus operaciones y pasó a formar parte de la Red SIDA-Perú, una nueva red de ONG, que trabajaban en la lucha contra el SIDA.

⁵⁶ Además, debido a los temores a los problemas legales que pudieran demorar el proceso, fue adoptada una estrategia para evitar la referencia al *Movimiento Homosexual de Lima* y, en vez de ello referirse simplemente a “MHOL-Perú” como el nuevo nombre de la institución.

Asimismo, MHOL comenzó a aceptar subcontratos del Programa de Control Nacional de SIDA, los cuales excluían involucrarse en discusiones políticas o en diseño de programas, para implementar actividades de prevención del VIH entre los MSM (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por sus siglas en inglés). Con financiamiento limitado y dentro del contexto de la desmovilización política que caracterizó los años de Fujimori, MHOL se mantuvo activo y con un perfil bajo: Durante los inicios de la década de los noventa, hubo tan sólo un hecho sobresaliente: una propuesta hecha por el congresista Julio Castro, un médico de izquierda, en el sentido de legalizar el matrimonio entre personas del mismo sexo.⁵⁷ Esta propuesta fue presentada de una forma bastante ingenua, y no comprendía al debilitado movimiento LGBT. Como era de esperar, fracasó rotundamente.

El resurgimiento del movimiento social a finales de la década estableció asimismo las bases para un movimiento LGBT renovado y diversificado.⁵⁸ En esta fase pudieron ser identificados varios nuevos elementos:

1. El surgimiento de un cada vez mayor número de grupos, incluyendo los grupos fuera de Lima, que se desarrollaron a partir de los programas homólogos de promoción de VIH sobre MSM, implementados por los directorios locales de salud;
2. En Lima, surgieron grupos al interior de universidades y otros que se alinearon según tradiciones políticas específicas (e.g. grupos de ala izquierda), locaciones (grupos locales en zonas periféricas), o preferencias de esparcimiento (ej: “osos”, “grupos de cuero”, etc). Curiosamente, el tema del VIH se ha mantenido lejano para los intereses de la mayoría, probablemente, como resultado de un deseo de separar el activismo de la diversidad sexual del VIH/SIDA;
3. Proliferación tanto de diálogos electrónicos como personales y la cada vez mayor sofisticación teórica del pensamiento y los intercambios activistas, en parte vinculados con el surgimiento, con el advenimiento del nuevo milenio, de programas académicos sobre género, sexualidad, y salud sexual;
4. Construcción de alianzas, con una variedad de actores incluyendo organizaciones de mujeres, ONG de salud sexual, organizaciones PLWHA

⁵⁷ Entrevista con Jorge Bracamonte, activista LGBT de MHOL.

⁵⁸ Entrevistas con Jorge Bracamonte, activista LGBT de MHOL, y con Pablo Anamaría, PLWHA activista de PROSA.

(PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA) e instituciones de derechos humanos. Estas alianzas surgieron de la experiencia positiva de la movilización social que condujo a la caída de Fujimori en el año 2000.

Entre los eventos recientes más importantes, ha surgido una serie de propuestas legislativas, algunas de las cuales han sido exitosas. Al principio del gobierno de Toledo y dentro del contexto de planeación de la defensa de una serie de enmiendas constitucionales, el congresista de izquierda Díaz Canseco, un defensor histórico de los temas LGBT, propuso la idea de añadir una mención explícita de la orientación sexual, a la lista de causas de discriminación contra las cuales debería haber protección constitucional. En esto, el congresista colaboró con el Grupo por la No Discriminación por motivo de la Orientación Sexual, una coalición formada por varias organizaciones LGBT, de mujeres y de derechos humanos, para promover “una constitución inclusiva”. Esta iniciativa fracasó como resultado de compromisos políticos en el Congreso, pero la coalición se mantuvo vigente, ahora con su enfoque en “una ley inclusiva”. Comenzó a recolectar firmas en apoyo a una propuesta de gran amplitud, para prevenir la discriminación por motivo de la orientación sexual, y a visitar a parlamentarios y a sus asesores en busca de apoyo. A finales de 2003, fue presentada una nueva propuesta para la legalización de las uniones civiles gays, por un partidario de Fujimori, aunque esta iniciativa parecía ser una cortina de humo y ni siquiera fue apoyada por el movimiento LGBT.

Ese mismo año, MHOL recibió una beca de dos años del British Council, para llevar a cabo una serie de actividades para fortalecer el movimiento nacional LGBT. Estas actividades fueron implementadas exitosamente, aunque no faltaron las tensiones, debido al tremendo crecimiento experimentado por el movimiento, en un corto periodo de tiempo. El proyecto llegó a su fin a mediados de 2005, con la primera reunión LGBT, en la que fueron elegidos los representantes regionales para un comité directivo nacional.

Para finales de 2005, MHOL estaba listo para recibir otra beca de HIVOS, otro donante Holandés, para continuar promoviendo el desarrollo de un movimiento LGBT nacional. Los donantes holandeses tales como HIVOS y NOVIB, más los británicos en el gobierno del Partido Laborista, han apoyado a las políticas y los programas inclusivos, orientados a las minorías sexuales.

A principios de 2005, Cecilia Tate, una congresista y partidaria del gobierno, hizo pública una nueva iniciativa legislativa anti-discriminatoria y fue invitada a hablar en la Mesa Redonda sobre la No Discriminación con

base a la Orientación Sexual, luego de la cual se estableció un nuevo canal de coordinación con ella. Finalmente, entre 2004 y 2005, el Congreso aprobó un nuevo Código de Procedimientos Constitucionales, desarrollado por el Comité del Congreso sobre Asuntos Constitucionales, el cual incluía la orientación sexual como causa de discriminación, contra la cual deberían ser protegidos los ciudadanos. De igual manera, en una decisión histórica, el Tribunal Constitucional declaró que cuatro de los aspectos del Código de Justicia Militar violaban la Constitución, incluyendo uno que designaba como crimen la actividad homosexual estando en servicio. La decisión dejó bien claro que, frente a la ley, no debería existir diferencia alguna entre la actividad heterosexual y la homosexual y que el estado no debería intervenir en las vidas sexuales de las personas.

En el plano negativo, los conservadores han dominado el Comité del Congreso para Asuntos de la Salud, desde el inicio de la administración de Toledo. En 2004, intentaron bloquear el apoyo peruano a la resolución brasileña, acerca de la orientación sexual como derecho humano, en la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.⁵⁹ En una carta al Ministerio de Relaciones Exteriores, estas fuerzas conservadoras sugirieron que el derecho a una orientación sexual abriría las puertas a la pedofilia, una perspectiva que no fue discutida, dada la decisión de Brasil de retirar la resolución. Además, en junio de 2005 reaccionaron airadamente a una invitación a la ceremonia de apertura del Primer Encuentro Nacional de LGBT, llamando insulto a la invitación, a pesar del hecho de que el Embajador Británico iba a hacer una comparecencia especial.

INTERPRETANDO SIMILITUDES Y DIVERGENCIAS

La lucha en el Perú por los derechos sexuales y reproductivos se encuentra instalada en un sistema democrático aún frágil, sujeto a cambios intempestivos y a tensiones sociales muy complejas. La historia social, cultural y política del Perú ha estado enmarcada por sistemas de exclusión, que ahora están siendo cuestionados y quebrantados. Sin embargo, queda aún mucho por cambiar. El surgimiento, a lo largo del siglo xx, de movimientos sociales que buscaban cambios en las estructuras hegemónicas sexuales y de género, y los

⁵⁹ Para más detalles ver también en esta publicación: Girard, F., *Negociando los derechos sexuales y la orientación sexual en la ONU*, pp. 347-398.

esfuerzos de las comunidades cuyos derechos habían sido ignorados, han conducido a grandes avances. Entre las mujeres, resulta evidente el progreso en los terrenos de la educación, el trabajo, las leyes y la política, y aún hasta el acceso a los servicios de salud reproductiva ha mejorado notablemente. La violencia sexual se percibe cada vez más como un crimen, a pesar de la constante tendencia a determinar la severidad del delito, de acuerdo a la conducta o identidad sexual de las víctimas, su relación con el agresor (la violación matrimonial sólo fue reconocida hasta 1991), y el motivo de la violencia. La Comisión de la Verdad recabó testimonios que demostraban el uso sistemático de la violación por parte de las fuerzas armadas durante el periodo de conflicto armado. Muchos de estos crímenes quedaron sin castigo, especialmente en aquellos casos en los que los agresores poseían influencia social o política y las víctimas no. Más recientemente, se hicieron públicos los asesinatos de varios gays, otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y personas transgénero masculino a femenino, perpetrados a fines de la década de los ochenta, por el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru,⁶⁰ y fueron ampliamente repudiados, al menos al nivel de los discursos.

Mientras que las normas culturales en torno a la diversidad sexual tienen aún mucho que recorrer para convertirse en verdaderamente inclusivas, en las últimas dos décadas ha mejorado significativamente la visibilidad y legitimidad de aquellos que son sexualmente diferentes. La percepción pública de las personas que viven con VIH/sida ha mejorado también. Todos estos cambios culturales reflejan tanto una influencia legal, como cambios políticos.

Probablemente, uno de los últimos campos de batalla en el sistema de poder basado en el género y la sexualidad, sea el control del propio cuerpo. Una cultura “macho”, sexista y homofóbica, basada en la defensa de la estructura de la familia tradicional y en un sistema jerárquico de género, entra en conflicto con los cambios que se promueven a través de nuevas formas de pensamiento, las cuales buscan una mayor aceptación social de la diversidad, el gobierno de un estado secular y la ampliación de los derechos de los ciudadanos.

Estos cambios, no surgen solamente de los intelectuales y activistas, sino también de la movilidad de las clases sociales, de los procesos migrato-

⁶⁰ Obtenido el 14 de julio de 2006 de: http://www.ilga.org/news_results.asp?LanguageID=2&FileCategory=29&ZoneID=19&FileID=638.

rios, el desarrollo urbano, la revolución tecnológica y la globalización de las comunicaciones. Otros factores nuevos complican aún más estos cambios, que siguen estando poco estudiados dentro de la sociedad peruana. Estos factores incluyen, un aumento de la migración de las personas y del personal de salud, el aumento del comercio internacional, y la aplicación profunda de políticas económicas neoliberales, cuyos efectos no son necesariamente visibles. Otros factores incluyen el surgimiento de nuevas fuerzas tales como: diferentes tipos de movimientos sociales, subculturas sexuales, y diferentes grupos artísticos que existen a lo largo de los distintos estratos sociales, lo cual crea una mezcla de distintas expresiones culturales dentro del Perú. Las prácticas sexuales en los distintos grupos sociales están cambiando rápidamente también y rompiendo los estándares sociales dominantes, aún cuando no siempre cuestionen radicalmente las relaciones de poder en el área de la sexualidad.

Este estudio está enfocado en tres temas: salud y derechos reproductivos, derechos sexuales (con un énfasis en la diversidad sexual) y VIH/SIDA, vinculados quizás con las políticas públicas más relevantes de este periodo, y también con las acciones políticas más visibles de los ciudadanos. El sentido común conjunta esos temas en relación con la sexualidad y el control del cuerpo. Sin embargo, cada uno de ellos posee sus propias especificidades en términos de historia social, participantes, discursos dominantes y proyectos de resistencia. Mientras esto sucede en muchos lugares en el mundo, en cada uno de los contextos los contrastes asumen una configuración específica.

En el Perú, en los últimos quince años, el debate de los derechos reproductivos ha sido extremadamente intenso y lleno de conflicto, y ha atravesado por tres etapas: La movilización para la despenalización del aborto (a principios de la década de los noventa); la implementación de un programa gubernamental masivo, enfocado en la anticoncepción quirúrgica (entre mediados y finales de los noventa), el cual, dada su poca consideración a los temas éticos, generó una fuerte oposición, tanto del movimiento feminista como de la Iglesia Católica; y la violenta reacción de los conservadores, quienes utilizaron el escándalo de la esterilización para atacar la salud reproductiva en forma más generalizada.

Por el contrario, el debate sobre los derechos de la diversidad sexual ha sido periférico y esporádico, con un alto nivel de conflictos entre un grupo más limitado de actores (principalmente la Iglesia, los activistas, y unos cuantos políticos). Aquí, la comunidad (incluyendo a los medios de comunicación) parece observar, más que apoyar, cualquier perspectiva específica,

con una tendencia hacia la lenta aceptación de las minorías sexuales con base a la benevolencia y a la tolerancia, acordes con una nueva moda internacional, aunque evidencian los primeros signos del desarrollo de un concepto de derechos sexuales.

Finalmente, el debate sobre el VIH/SIDA, demuestra claramente que el trabajo en el VIH se simplificó grandemente, cuando se le sacó del campo de la sexualidad y fue colocado en el campo de las enfermedades, lo cual permitió intervenciones prácticas y desalentó discusiones posteriores, desde un punto de vista positivo de la sexualidad y su relación con el trabajo preventivo.⁶¹ Esto resultó mucho más evidente cuando el acceso al tratamiento se convirtió en el principal foco de atención y las discusiones, si acaso hubo, se centraron en el tema presupuestal, pero nunca en “el derecho al acceso al tratamiento”.

Las entrevistas y los materiales revisados proporcionan evidencia para nuestro primer argumento analítico, en el sentido de que cada uno de los campos ha logrado niveles de progreso variables, aun cuando los puntos de partida, los desafíos, y las posibilidades fueran diferentes. La problemática trayectoria de la agenda de los derechos reproductivos responde tanto al enorme esfuerzo realizado por conservadores transnacionales para desarrollar e implementar estrategias coherentes con el fin de contrarrestar los progresos logrados, como a los compromisos que derivaron de las discusiones de El Cairo y de Beijing, los cuales impusieron limitaciones a las exigencias en el nivel local. Además, este proceso tuvo lugar en un contexto de una retórica de Fujimori, aparentemente sincera, en pro de los derechos de las mujeres y de un limitado interés por parte de la mayoría de los políticos, por asumir una fuerte postura en defensa de los derechos sexuales y reproductivos, ya que estaban conscientes de la dificultad que implicaba tocar este tema en el discurso público. La postura agresiva de la Iglesia Católica, y la abstracción intrínseca de los “derechos sexuales y reproductivos”, hacían poco sabio adoptar causas progresistas, aun cuando era muy claro que las nuevas tecnologías anticonceptivas eran por lo general bien recibidas por la población, y hasta el aborto era generalizado a pesar del estigma.

Desde hace mucho, la agenda de los derechos de la diversidad sexual ha sido percibida como una utopía política al extremo de que, por mucho tiem-

⁶¹ Cáceres, C. (2003). La pandemia del SIDA en un mundo globalizado: vulnerabilidad, subjetividad y los diálogos entre la salud pública y los nuevos movimientos sociales. En C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos, & S. Vallenás, (eds.) *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: UPCH.

po, los políticos se permitieron reaccionar ante cualquier propuesta progresista en este sentido, con bromas políticamente incorrectas. Sin embargo, esta marginalidad discursiva, hizo posible que ocurrieran algunos cambios positivos, cuando se adoptó una estrategia de bajo perfil. En momentos de mayor visibilidad, tales como la discusión en torno a la resolución de Brasil o el debate sobre matrimonios entre personas del mismo sexo, generado por la ley española de 2005 sobre este tema, la Iglesia ha reaccionado fuertemente contra los derechos de la diversidad sexual. Aún su furiosa oposición a un discurso sobre género se representa como resultado del “propósito secreto” de crear nuevos géneros, una alusión directa a las personas transgénero y a la homosexualidad. En cualquier caso, la creencia entre muchas personas de que este es un tema de minorías, así como el impacto de cambios internacionales, ha presentado una oportunidad para un cambio positivo.

Finalmente, el mayor impacto del trabajo en VIH/SIDA es resultado también de un fuerte movimiento internacional a favor del acceso al tratamiento y del rechazo a la exclusión de las comunidades más afectadas, pero también de la transformación conceptual del VIH/SIDA de un problema moral a un tema de salud y de derechos humanos. En ausencia de un fuerte activismo por otras enfermedades, estamos presenciando la paradoja de la existencia de mayores gastos en VIH/SIDA que en otras enfermedades crónicas. Cuando se habla del cuidado para las personas que viven con VIH/SIDA en esta etapa, se suprimen las referencias a la sexualidad y diversidad de las personas. Hasta el activismo de PLWHA (personas que viven con VIH/SIDA), en un país en el que el VIH se encuentra altamente concentrado entre MSM (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) prefirió, durante mucho tiempo, evitar cualquier referencia a su sexualidad y parece ser que así obtuvo resultados positivos.

A pesar de lo que demuestran las divergencias en la articulación de estos procesos, las coincidencias contribuyen a una comprensión más completa de sus significados, oportunidades y desafíos políticos. En este sentido, hemos encontrado evidencia para nuestro segundo argumento con relación a lo que estos fenómenos tienen en común. Desde diferentes ángulos y en grados diferentes, estos tres temas abordan la autonomía sexual y la legitimidad de las sexualidades que no se adecuan al marco heterosexual orientado a la reproducción del discurso hegemónico. Debemos tener en cuenta que este discurso difiere tanto del marco legal en desarrollo (el cual es mucho más susceptible a la influencia de los instrumentos internacionales) como de las prácticas comunes de las personas. El hecho de que la anticon-

cepción de emergencia, el aborto, las practicas entre personas del mismo sexo, y el trabajo sexual sean todos muy comunes no resulta un problema; el objetivo es mantenerlos alejados de lo que resulta aceptable en el discurso público sobre los valores morales. En otras palabras, el asunto no es eliminar “el pecado” del mundo, sino mantenerlo pecaminoso, vergonzoso, clandestino y moralmente inferior.

La anticoncepción de emergencia, el aborto, las prácticas entre personas del mismo sexo y el trabajo sexual son realidades, pero no están legitimadas; deben someterse al poder y a la benevolencia de las instituciones tradicionales, especialmente la Iglesia, la cual se reserva siempre el derecho de actuar contra la inmoralidad. La vigilancia moral es, después de todo, la principal razón de existencia de muchas de estas instituciones. Debido a que los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con el ejercicio autónomo y legítimo de la sexualidad del individuo, las instituciones que protegen los valores morales socavan el concepto de estos derechos por todos los medios a su alcance. Durante los últimos años, el desarrollo de conceptos en torno a “los niños no nacidos” y los intentos por igualar sus derechos con aquellos de los seres humanos, representan una utilización inteligente de los instrumentos progresistas (las perspectivas de los derechos humanos) para obstaculizar a un grupo específico de derechos, en otras palabras, aquellos de las mujeres como agentes morales autónomos.

Sin duda alguna, los excesos de Fujimori, Solari y Carbone, lejos de representar una contradicción, comparten este rechazo a reconocer los derechos sexuales y reproductivos. Mientras que Solari y Carbone representaban una perspectiva católica fundamentalista, Fujimori partía de un punto de vista extremista, utilitario y pragmático, en el que el objetivo era la reducción de la pobreza a través del control demográfico y los derechos individuales eran meras barreras legales que debían ser superadas. Dentro de este contexto, la utilización manipulada de la retórica de los derechos a favor de las mujeres, era una estrategia cínica para obtener el apoyo de la sociedad civil. En un nivel diferente, los fundamentalistas católicos, hacían uso también del marco de los derechos humanos para atacar el programa de anticoncepción quirúrgica como genocida, y, subrepticamente, socavar el programa de salud reproductiva en su totalidad.

Nadie pensó que la respuesta democratizadora del nuevo gobierno causaría retrocesos, en el suministro de los servicios y los programas por los que el movimiento feminista había luchado durante varias décadas. Curiosamente, se observaba una tendencia algo opuesta en Solari y Carbone, con

respecto al VIH/SIDA; mientras que demostraban una oposición velada a promover el sexo seguro y el uso del condón, especialmente en los grupos de “alto riesgo”, seguidamente no tenían problema alguno en apoyar la elaboración de un proyecto de financiamiento para la lucha contra el SIDA, de GFATM, ni tampoco en cofinanciar un programa HAART nacional.

La aparente paradoja de una transición de un enfoque extremo neomalthusiano a una política fundamentalista católica, no hace más que ilustrar que, por sobre todas las cosas, la principal ausencia era la de los derechos de los ciudadanos. En ambos casos, de paternalismo autoritario, asegurarse de un consentimiento informado, no era una prioridad. Un segundo elemento que debemos tener en cuenta es la debilidad extrema de los sistemas y programas institucionales (particularmente en el sector salud), lo cual permitía una variación programática radical. Además, el debilitamiento de los programas de salud sexual y reproductiva, durante el periodo Solari/Carbone fue establecido contra las tendencias internacionales y se oponía asimismo al marco legal nacional, así que debía llevarse a cabo silenciosamente, a través de la auto censura de los proveedores de la salud, quienes conocían las preferencias de aquellos que detentaban el poder, y también a través de la traición y los rumores. En público, Solari y Carbone negaron siempre lo que era un secreto a voces en el Ministerio de Salud. Así que, nuevamente, luego de un programa de salud reproductiva durante el periodo de Fujimori, el desmantelamiento parcial del programa sólo puede ser comprendido si tomamos en cuenta la debilidad institucional.

El papel jugado por los actores internacionales y las tendencias deberá ser discutido más adelante. Con respecto a las políticas de salud reproductiva, el análisis resulta particularmente difícil dado que, en el transcurso de los años, los actores específicos no han sido necesariamente consistentes en sus perspectivas con respecto a diferentes temas y por lo tanto, han variado las consecuencias de sus actos. Dado que este no es el enfoque principal de este estudio, pensamos que las conclusiones más definitivas, merecen un estudio más específico por separado.

Con respecto a los derechos de la diversidad sexual, por lo general, los eventos internacionales, los actores y especialmente los medios de comunicación, han jugado un rol más positivo para establecer tendencias. Aun cuando su orientación es comercial y con estereotipos, la profusión de personajes LGBT positivos, en los temas de las películas y los programas de televisión, contribuye a la normalización de la diversidad sexual, particularmente entre aquellos que tienen acceso a la televisión por cable. En un nivel más

oficial, los instrumentos oficiales nuevos, que reconocen los derechos sexuales, así como los cambios legales positivos en otros países, están enviando un claro mensaje a los jueces y legisladores locales. La oposición a los cambios positivos se limita por lo general, al Vaticano, y se expresa localmente en la jerarquía católica del Perú.

Las tendencias internacionales con respecto al VIH/SIDA fueron aún más favorables, al menos hasta hace poco. Desde la reunión de UNGASS en 2001, como fue el caso en otros países, los activistas locales se dieron cuenta que estaban trabajando en un clima favorable hacia el acceso al tratamiento, a pesar de las implicaciones de alto costo y las preocupaciones en cuanto a la sustentabilidad. El establecimiento de un mecanismo de financiamiento tal como el GFATM y los diferentes procesos de negociación para reducir el costo de los medicamentos antirretrovirales, se conjugó también para transformar los planes para un programa HAART en una necesidad política con muy poca oposición. Sin embargo, debemos tener en cuenta, que este proceso ha tenido un costo, al reducir la visibilidad de la sexualidad y de los grupos vulnerables, obstaculizando la prevención.

Finalmente, debemos decir algo acerca de la creciente percepción pública de estos diferentes temas.

El aborto en el Perú, resulta muy difícil de aceptar en términos morales y por lo general, al discurso de los derechos reproductivos sobre autonomía se le considera frívolo y carente de compasión. Sin embargo, cuando consideramos casos concretos, muchas mujeres aceptan el aborto desde el punto de vista práctico. La anticoncepción de emergencia se considera una alternativa al aborto, accesible y por consiguiente poco probable de que sea rechazada como “abortiva”. La oposición por parte de la Iglesia se considera normal y no se toma en cuenta a la hora de las decisiones personales. Este punto de vista se extiende a la anticoncepción en general, incluyendo la esterilización; mientras las personas reciban una información adecuada y les sea permitido escoger, valoran la existencia de los métodos anticonceptivos y los utilizarán a pesar de las críticas religiosas.

Con respecto a la diversidad sexual, está ocurriendo un proceso intenso de reconfiguración de las representaciones públicas de la homosexualidad. La visibilidad de las personas de sexualidades diferentes nunca había sido tan elevada ni tampoco más positiva. Dentro de un contexto discursivo que incrementa la inclusión, resulta probable que las minorías sexuales vean un lento, pero irreversible, proceso de reconocimiento, el cual implica un desafío a las ideas y chistes discriminatorios, normales dentro del lenguaje diario.

Curiosamente, la representación social del VIH/SIDA sigue siendo ambivalente de varias formas. Sigue siendo tratado como una plaga, a pesar de la creciente conciencia de su carácter tratable. Muchas personas informan que se sienten vulnerables pero muy a menudo esa preocupación no se refleja en sus prácticas sexuales. Las personas que viven con VIH/SIDA son tanto rechazadas y excluidas, como son objeto de compasión, al menos en el nivel discursivo. Sin embargo, en las políticas públicas, parece ser que la mayoría aprueba programas de control de SIDA inclusivos y efectivos, que incorporen tratamiento y cuidados integrales, reflejando un interés por asegurar un nuevo nivel de cuidados para una enfermedad que “puede afectar a cualquiera”.

CONCLUSIÓN

A pesar de su naturaleza contradictoria, las políticas de salud reproductiva de la segunda mitad del gobierno de Fujimori y la primera mitad de la administración de Toledo, comparten algunas similitudes. Durante la transición en el Perú, de las políticas de salud reproductiva de coercitivas y antinatalistas, a ultraconservadoras, existía muy poca consideración respecto a la igualdad de género y a los derechos reproductivos. De alguna u otra forma, las acciones de ambas administraciones obstaculizaban el desarrollo de estos derechos y creaban las condiciones para espacios públicos débiles, donde debatir sus políticas. Bajo el gobierno de Fujimori los proveedores de salud fueron obligados a realizar esterilizaciones no voluntarias, bajo condiciones inseguras e inadecuadas y con muy poca atención a los derechos de las mujeres. Durante la primera mitad del mandato de Toledo, la extrema derecha tuvo la posibilidad de dismantelar y desalentar los servicios reproductivos.

Las opciones reproductivas y los derechos humanos, particularmente aquellos de las mujeres indígenas pobres, fueron violados por el estado peruano en dos formas diferentes.

Esta negación de los derechos reproductivos, en un contexto de debilidad institucional que permitió a los poderes temporales prevalecer por encima de los estándares profesionales, corresponde a los hechos que ocurrieron en relación con la diversidad sexual y con el VIH/SIDA. El progreso en los derechos de la diversidad sexual ha ocurrido, en su mayoría, en los espacios privilegiados del Tribunal Constitucional o en los Comités Constitucional y de Justicia en el Congreso. Este progreso se ha podido también

observar en una lenta pero significativa mejoría de las actitudes públicas hacia la diversidad, en gran medida relacionada con las tendencias internacionales en el marco legal y de los medios de comunicación. Sin embargo, los derechos de la diversidad sexual son asumidos públicamente tan sólo por un puñado de parlamentarios. El discurso político correcto sigue favoreciendo el silencio, y los conservadores, encabezados por la Iglesia, tienen gran flexibilidad para hablar contra la homosexualidad. Parece ser que “el pecado” está siendo olvidado lentamente, con el costo de un perfil bajo.

De manera similar, la agenda del VIH/SIDA, experimentó un progreso sin precedentes una vez que el enfoque hubo cambiado de la prevención al acceso al tratamiento. En un país en el cual el acceso a terapias crónicas caras sigue estando limitado por el estatus laboral y económico, el apoyo internacional para un mayor acceso, así como la desexualización de las personas que viven con VIH, contribuyeron al operativo de una campaña, muy bien organizada, en pro del acceso. Mientras que esta campaña hablaba de los derechos a la salud, el consenso resultó más fácil, al extremo de que hasta los conservadores religiosos pudieron conectarse con ella, desde un punto de vista de la caridad.

Considerando la trayectoria de estos temas diferentes, aunque relacionados, en la reciente experiencia de Perú, hemos encontrado que, más que las diferencias obvias sus conexiones compartidas con la autonomía sexual, ilustran la complejidad de las normas sexuales y reproductivas hegemónicas. Muestran asimismo, que las fuerzas tradicionales buscan legitimizar las políticas públicas. Ahora que las situaciones extremas experimentadas recientemente en términos del acceso a la salud reproductiva, han sido aparentemente resueltas, los movimientos sociales deberán desarrollar nuevas formas de avanzar, dentro del espacio público, en la discusión de los derechos sexuales y reproductivos, ya que las barreras para el progreso siguen estando, en su mayoría, relacionadas con la incapacidad de hablar acerca de la elección, la diversidad y el placer con la misma legitimidad de las discusiones acerca de la familia, “los niños no nacidos” y la fidelidad. Igualmente, debemos construir las condiciones para un marco institucional más fuerte, que asegure estándares profesionales, de acuerdo a los estándares científicos y legales internacionales y evite las políticas públicas que dependan de las creencias o las buenas costumbres de los funcionarios que detentan el poder.

