


---

«NO SOMOS BULTOS PARA SER  
TRATADOS ASÍ...»  
El programa de planificación familiar  
1996-98

Esperanza Reyes

---



EL CONSENSO AL QUE SE HA LLEGADO en los últimos años en la ejecución de los programas de planificación familiar alrededor del mundo es afirmar que la efectividad de su ejecución reside en una actitud ética<sup>1</sup> que privilegia los derechos de la persona, consenso que coincide con la exigencia de calidad, centrada en lo que el cliente requiere. Esta actitud ética comprende los siguientes aspectos: a) la *autonomía* de las personas que desean ser usuarias de métodos anticonceptivos debe verse reflejada en el respeto de los proveedores hacia las personas y en proporcionar una información completa para que éstas puedan ejercer el derecho a tomar sus propias decisiones informadas; b) la *justicia*, que comprende el trato igualitario y el acceso a los servicios sin diferencias por *estatus* socioeconómico, educación, grupo étnico o residencia; c) la *beneficiencia*, que significa que los proveedores posean la competencia técnica y comprensión necesaria para actuar en el mejor interés de sus usuarios, como éstos lo esperan; d) la *no maleficiencia*, que concierne a la preocupación acerca de la seguridad -que ningún daño resultará como efecto de solicitar un servicio-.

<sup>1</sup> Kols AJ., "Ethical foundations of client-centered care in family planning", en *Journal of Womens Health*, 1999, Vol. 8 (3), pp. 303-12.

## ESPERANZA REYES

Todas estas dimensiones de un ejercicio ético de la práctica sanitaria en planificación familiar requieren de un cambio en las actitudes de los proveedores que interactúan con los usuarios. El presente artículo evidencia la transgresión de estos postulados. Reseña una problemática de derechos humanos no respetados con que la autora estuvo en contacto durante 1998-99, a raíz del ordenamiento de información proveniente de expedientes de la Defensoría del Pueblo y conversación con algunas de las mujeres afectadas y sus familiares. Esta revisión arrojó resultados que corroboraron que fue en el ámbito de la sierra donde ocurrieron el mayor número de injusticias.

El presente artículo introduce a la discusión de la ejecución del programa de planificación familiar, describe la situación de las mujeres altoandinas a través de las siguientes preguntas: ¿de qué pueblos eran?, ¿quiénes eran?, ¿cómo se captaban?, ¿qué conocimiento tenían del consentimiento informado?, ¿qué itinerarios siguieron para buscar estar sanas? y señala las sugerencias de la Defensoría del Pueblo, incorporadas en la normatividad del programa de planificación familiar.

### 1. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1997-98

El Programa Nacional de Planificación Familiar 1996-2000<sup>2</sup> fue formulado y ejecutado después de la Conferencia de Población de El Cairo<sup>3</sup> y Beijing y, en concordancia con el resto de planteamientos que surgieron en estas importantes reuniones internacionales, propugnaba una vida sexual y reproductiva sana y libre de imposiciones.

<sup>2</sup> RM 071-96-SA/DM señala: "Que los lineamientos de la Política Nacional de Población están orientados al logro del adecuado crecimiento de la población de acuerdo con el desarrollo del país; Que para asegurar el cumplimiento de dicho objetivo es necesario disponer de un instrumento técnico - normativo que garantice el irrestricto ejercicio del derecho a la salud reproductiva, condición esencial para que el ser humano disfrute plenamente de sus derechos civiles, políticos, económicos y sociales".

<sup>3</sup> En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo (1994), los gobiernos convinieron en un mínimo de derechos reproductivos para sus ciudadanos: el derecho a efectuar opciones libres acerca del número y el espaciamiento de sus hijos y el momento de tenerlos; el

«NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

La planificación familiar en el Perú de 1995 se presentaba en el discurso de los que orientaban la política oficial como un factor crucial para reducir o paliar la pobreza<sup>4</sup>. Por lo general, estos programas han sido vistos como una forma de reducir el número de personas “no deseadas” que traban el camino hacia el desarrollo. Las razones que se aducen para sostener esta posición son que difícilmente los países pobres pueden sostener una demanda creciente de recursos por educación, atención de la salud, vivienda y saneamiento. La influencia de este enfoque para la orientación operativa de las políticas es su comprensión mecánica como una relación de causa y efecto. La ejecución del Programa de Planificación Familiar en nuestro país durante los años 1996-2000 es un ejemplo de la legitimación de este supuesto: a menor fecundidad, mayor reducción de la pobreza.

En realidad, el supuesto vínculo entre el descenso de la fecundidad y el desarrollo no es automático, depende de las políticas que se tomen en otras esferas del desarrollo y de las inversiones que se realicen en áreas como, por ejemplo, la generación de puestos de trabajo. La experiencia de Kerala, en India<sup>5</sup>, es frecuentemente referida como una historia de éxito en planificación familiar. Sin embargo, al hacerlo no se releva la estrategia de desarrollo estatal, basada en una opción política de construcción de relaciones sociales igualitarias a través de una reforma agraria, un salario mínimo en la agricultura y la industria, el mejoramiento en saneamiento rural y urbano, acceso a electricidad y acceso universal a los servicios de educación y salud, con particular énfasis en la educación de la mujer. Es importante destacar que los efectos combinados de estas políticas han traído bienestar para la población, lo que se ve reflejado en

derecho a disfrutar del más alto nivel de salud sexual y reproductiva; y el derecho a estar libres de violencia sexual y coacción sexual. Promover la igualdad de género, eliminar la violencia contra la mujer y garantizar que la mujer pueda controlar su propia fecundidad eran elementos fundamentales de las políticas de población y desarrollo.

<sup>4</sup> *El Mundo*, Lima, miércoles 16 de agosto de 1995. En las palabras de una funcionaria del Consejo Nacional de Población, lo que hacía el Gobierno “con las campañas de planificación familiar era paliar la pobreza”.

<sup>5</sup> Estado establecido en 1956 como el primer estado socialista de India.



## ESPERANZA REYES

una tasa de mortalidad infantil (1996) de 13 x 1000 nacidos vivos, a diferencia del promedio nacional en India, que es de 72 x 1000.

La comprensión estrecha de la estrategia como causa-efecto fue la idea fuerza que continuó teniendo influencia en las decisiones políticas que se tomaron en el Perú para operativizar el programa, y que se manifestó en las orientaciones y sistemas de supervisión que enfatizaban metas cuantitativas compulsivas. Un ejemplo de esto fueron las anticoncepciones quirúrgicas no voluntariamente decididas por las mujeres. Estas intervenciones, que tuvieron su pico más alto en el año 1997, no sólo vulneraron derechos reproductivos de las mujeres, sino que pusieron en riesgo sus vidas, llegando a existir casos de fallecidas. Ello ocurrió sin tomar en cuenta los conocimientos y el consenso internacional que existía sobre este tema, que indicaban que los riesgos para la salud son más altos en mujeres que están malnutridas y que acuden a servicios sanitarios pobremente equipados y con personal sin la preparación adecuada.

La implementación administrativa del programa de planificación familiar, a nivel provincial y distrital, en los hospitales, centros y puestos de salud, se realizó independientemente del espíritu y los objetivos de su formulación. Respondiendo a directivas nacionales y regionales, los establecimientos de salud cumplieron metas de cobertura de métodos “modernos” de planificación familiar, tales como la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV). La forma de actuar, a pesar de la consejería, tuvo la forma de organización laboral usada en la prevención de enfermedades en forma masiva, como, por ejemplo, las campañas poblacionales de vacunación. Un símil de estas experiencias fueron las “campañas de planificación familiar” desarrolladas en 1996 y 1997. Se emplearon palabras utilizadas en este tipo de prácticas, como *captación*, que, aplicadas a las mujeres en edad fértil, dejaban de lado el reconocimiento de su capacidad para decidir y el derecho que tenían de informarse acerca de todos los métodos a su alcance para planificar su familia.

Esta situación originó un conflicto de intereses entre algunos servidores de salud que no estaban de acuerdo con una ejecución que pusiera por delante las metas. Sin embargo, primó el silencio y la aceptación. La mayoría de los servidores de salud, con excepciones, dejaron de lado sus objeciones éticas y asumieron la implementación del programa tal como había sido diseñado en los

«NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

niveles centrales. Así, no sólo se vulneró la autonomía de las mujeres para decidir, sino que los trabajadores de salud también vieron limitada su autonomía para adecuar las orientaciones normativas, redefinir sus objetivos o modificarlos de acuerdo con los problemas y las condiciones locales. Esta situación se agravó aún más por las limitadas garantías que brindaban los servicios en cuanto a capacidades técnicas del personal en las zonas de influencia y ejecución del programa en la sierra.

La experiencia de Matlab, en Bangladesh, comprobó que el desarrollo de una estrategia apropiada, tanto para las vidas de las beneficiarias del programa de planificación familiar como para el contexto institucional y social de las comunidades locales, era más pertinente<sup>6</sup>. Igualmente, ha mostrado que la movilización de esfuerzos institucionales requeridos para organizar los servicios del sector público bajo condiciones de adversidad socioeconómica es una tarea extremadamente compleja. ¿Cómo organizar estrategias efectivas y socioculturalmente apropiadas bajo tales condiciones? Esta es una de las preguntas críticas no respondidas en este campo de la salud reproductiva. El proyecto Navrongo, en Ghana (África)<sup>7</sup>, Reprosalud en el Perú<sup>8</sup>, La Casa de la Mujer y Centro de Información de la Mujer en Santa Cruz y el consultorio clínico *Mujer Sana*, en El Alto (Bolivia) son experiencias en ejecución que buscan responder a esta pregunta a través de diseños y estrategias participativas y económicas con las mismas mujeres a las que buscan servir.

Cuando los programas de salud existen como instituciones burocráticas alienadas de las necesidades sociales, culturales y de salud de las personas a las cuales deben servir, fracasan, porque no han interactuado significativamente con sus demandas. Esta comprobación nos remite al reconocimiento de la interacción entre estructura y agencia, es decir entre condiciones socioeconómicas de pobreza y exclusión y la voluntad y capacidad de intervenir y modificar estas relaciones sociales. Esta ha sido una práctica que en

<sup>6</sup> Ruth Simmons, Anne M. Young, *“Family Planning Programs and other interventions to assist women: Their impact on demographic change and on the status of women”*, East-West Center, Honolulu, 1995.

<sup>7</sup> *Studies in Family Planning*, 1995, May-Jun; 26 (3): 121-39.

<sup>8</sup> Movimiento Manuela Ramos, Perú.

## ESPERANZA REYES

nuestro país ha estado vigente en las organizaciones de mujeres. Ha sido la posibilidad de actuar no como agentes pasivos, sino con propósitos que han permitido trascender las configuraciones sociales, lo que produjo cambios significativos en las experiencias de organización local, e inclusive algunas llegaron a tener trascendencia en el ámbito nacional.

### 2. METODOLOGÍA

Se han seleccionado los datos de un grupo de mujeres (N=61) que viven en la sierra del Perú de un universo total de 156 casos que conformaron el total de expedientes de todo el país, en sierra, selva y costa, recopilados para la investigación realizada por la Defensoría del Pueblo, denominada Informe Defensorial No. 27, *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II*<sup>9</sup>. El presente estudio se basó en esta fuente y se complementó con otra información secundaria, entrevistas semiestructuradas<sup>10</sup> que no fueron procesadas para dicha investigación, obtenidas por el Dr. Alfonso Medina, médico adscrito a la Defensoría de los Derechos de la Mujer entre 1997 y 1998. Este profesional refiere en sus informes que la mayoría de las entrevistas en Ayacucho fueron realizadas en la sede de las madres dominicas del Rosario, con intérprete para las mujeres quechuahablantes. No todas las mujeres de la muestra en sierra seleccionadas para este artículo fueron entrevistadas por el Dr. Medina, sólo se obtuvieron datos para N=37 (61%) del total.

Las quejas sobre anticoncepción quirúrgica ante la Defensoría del Pueblo que fueron materia de investigación están contenidas en expedientes donde se consigna la correspondencia cursada entre la Defensoría de la Mujer y los servicios de salud implicados, copias fotostáticas de historias clínicas, consentimientos de operación e informes internos entre los servicios y las autoridades de salud competentes. La conformación de un expediente de queja en la Defensoría es de dos tipos: a) quejas *de oficio*: son expedientes elaborados por la misma Defensoría, fundamentalmente a partir de noticias perio-

<sup>9</sup> Lima, agosto de 1999.

<sup>10</sup> Las entrevistas fueron trabajadas por la autora.



## «NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

dísticas, lo que motiva que su personal intervenga para corroborar los datos; b) quejas *de parte*: son expedientes elaborados a partir de la queja de un familiar, amigo o conocido de la persona afectada (ver cuadro 1).

El cuadro nos da luces sobre quiénes presentan las quejas y evidencia que las presentadas por las mismas afectadas es mínimo. Esto estaría indicando un ejercicio de derechos reducido y, a la vez, la intención de la propia Defensoría del Pueblo, de los organismos de derechos humanos y de los medios de hacer oír la voz de los que no la tienen.

Cuadro 1  
Quejas de oficio y de parte

Quejas de oficio y medio en que fue presentado				Total
<i>El Comercio</i>	<i>El Sol</i>	<i>La Resistencia/ Ayacucho</i>	Defensoría del Pueblo	
13	1	1	12	32 (52%)
Quejas de parte y quién proporcionó información				Total
Ella misma	ONG de DDHH	Iglesia	Congresista	
5	12	6	6	29 (48%)

(N=61)

Los 61 casos ocurridos en provincias de la Sierra representan un 39% del total. Los criterios para incluir los datos fueron: a) que la quejas estuvieran referidas a mujeres, ya que el universo incluía quejas sobre inserción de otros métodos modernos y de vasectomías realizadas a hombres sin su consentimiento, b) que las quejas fueran acerca de ligadura de trompas, c) que tuvieran información en por lo menos seis variables de las 12 seleccionadas de la base de datos al 10 de mayo de 1999 y descritas mas adelante, d) que sus localidades de procedencia pudieran ser identificadas con un grado de

## ESPERANZA REYES

especificidad suficiente para poder ubicar sus distritos y la mortalidad infantil existente en los mismos. Este último dato está considerado como un indicador del desarrollo del estado de salud de un país y nos permite realizar un contraste con el número de muertes que se producen dentro del primer año de vida de los niños nacidos vivos.

### 3. RESULTADOS

#### *3.1 ¿De qué pueblos eran estas mujeres?*

Los casos registrados en el cuadro 2 representan sólo los que fueron recogidos como quejas por la Defensoría del Pueblo en las modalidades antes citadas, los cuales muestran una ocurrencia mayor en los departamentos de Ayacucho (N=24) y Huancavelica (N=21).

La pobreza en los distritos de la zona altoandina está reflejada por las altas tasas de mortalidad infantil. Este es un indicador del nivel de vida de estos distritos. La mortalidad infantil nacional era en 1996 de 48%, y 19 distritos de un total de 21 sobrepasan este porcentaje. La mortalidad infantil es multicausal y está influenciada por los niveles de nutrición del niño, el fortalecimiento del sistema inmunológico frente a las infecciones, un medio ambiente sano y por los servicios madre-niño introducidos en los ámbitos locales. No podemos atribuir a la planificación familiar una reducción de la mortalidad infantil.



«NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

**Cuadro 2**  
**Casos AQV de mujeres en la sierra**  
**según zona geográfica y mortalidad infantil**

Casos	Departamento	Provincia	Distrito	M.I. 1993	M.I. 1996
7	Ancash	Aija	La Merced	57.2	51.4
		Huari	Huari	62.9	53.4
		Recuay	Pampas Chico	63.0	56.5
		Bolognesi	Cajacay	47.1	45.4
		Bolognesi	Antonio Raymondi	91.1	84.8
1	Apurímac	Abancay	Lambrama	92.2	78.1
24	Ayacucho	Huamanga	Carmen Alto	72.8	64.9
		Huamanga	Ayacucho	47.2	40.0
		Huanta	Huanta	81.8	72.7
		Huanta	Luricocha	87.1	80.5
		La Mar	Tambo	104.3	98.6
2	Cajamarca	Cajamarca	La Encañada	123.1	89.2
6	Cusco	La Convención	Quimbiri	89.8	82.1
		Calca	Calca	56.8	52.3
		Quispicanchi	Oropesa	86.5	80.2
21	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica	74.6	66.8
		Castrovirreyna	Santa Ana	116.6	108.7
		Angaraes	Lircay	123.3	111.2
		Huaytara	Huaytara	58.3	52.7
		Huancavelica	Cuenca	131.8	118.7
		Huancavelica	Yauli	125.6	113.0
61					

Fuente: Información de la Oficina General de Epidemiología.

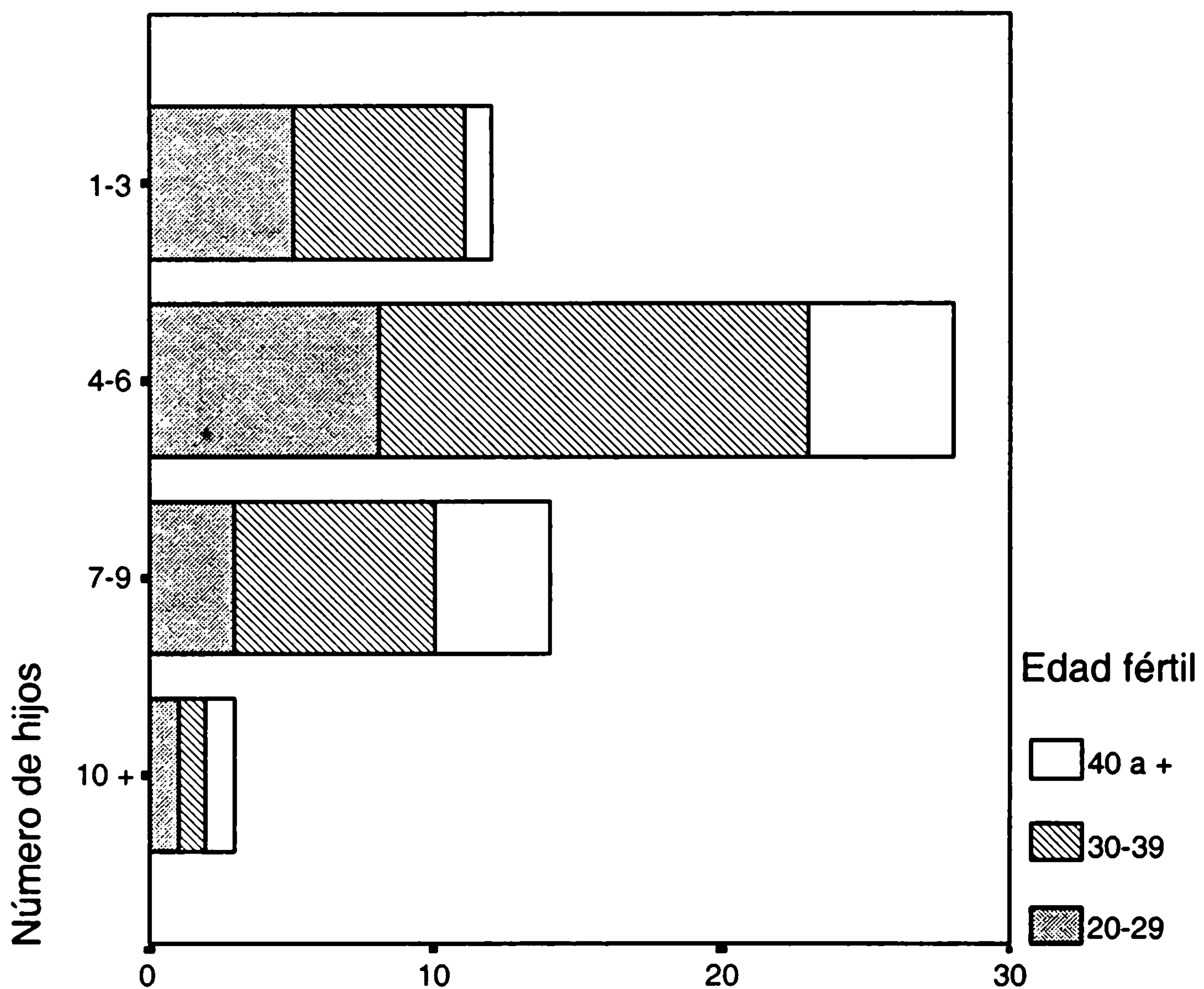
### 3.2 ¿Quiénes eran estas mujeres?

La identidad de las mujeres se ha mantenido en el anonimato, sólo mencionando sus iniciales, procedimiento que ha seguido la Defensoría en sus investigaciones. La mitad (52.5%) de las mujeres

ESPERANZA REYES

se encuentran entre los 30 a 39 años y 27.9% son menores de 29 años. En todos los grupos de edad hay una variabilidad en el número de hijos. Hay mujeres menores de 30 años que tienen más de diez hijos y mayores de 40 que tienen entre 1-3 hijos. La mayoría de mujeres de la muestra, sin embargo, se encuentra en el intervalo de 30-39 años y tienen entre 4-6 hijos.

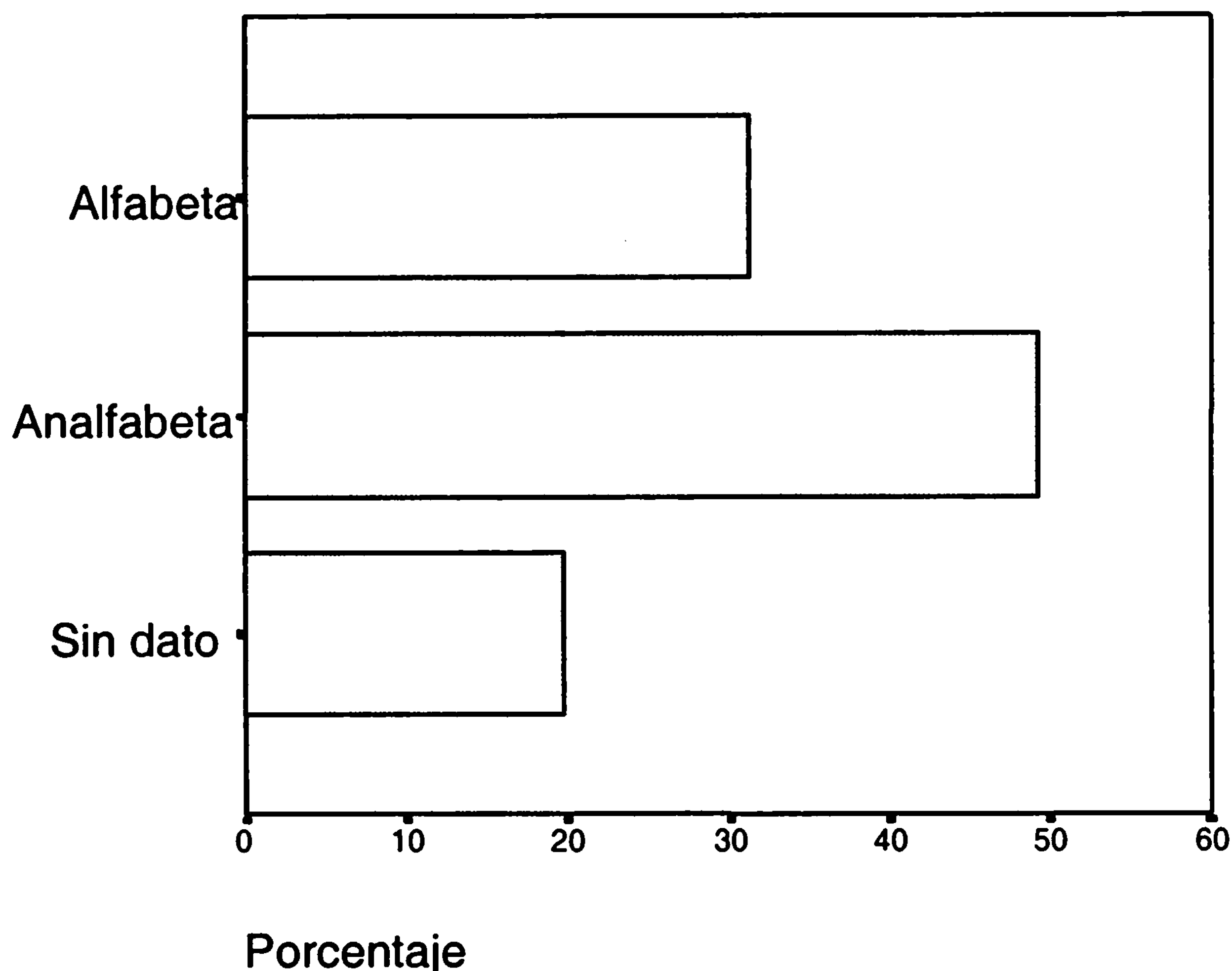
Gráfico 1  
Edad de las mujeres y número de hijos



El porcentaje de mujeres analfabetas del total de la muestra (N=61) es de 49% y el mayor porcentaje pertenece al departamento de Ayacucho (N=16), le sigue Huancavelica (N=7). El porcentaje de alfabetas es de 31%.

## «NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

Gráfico 2  
Educación de las mujeres



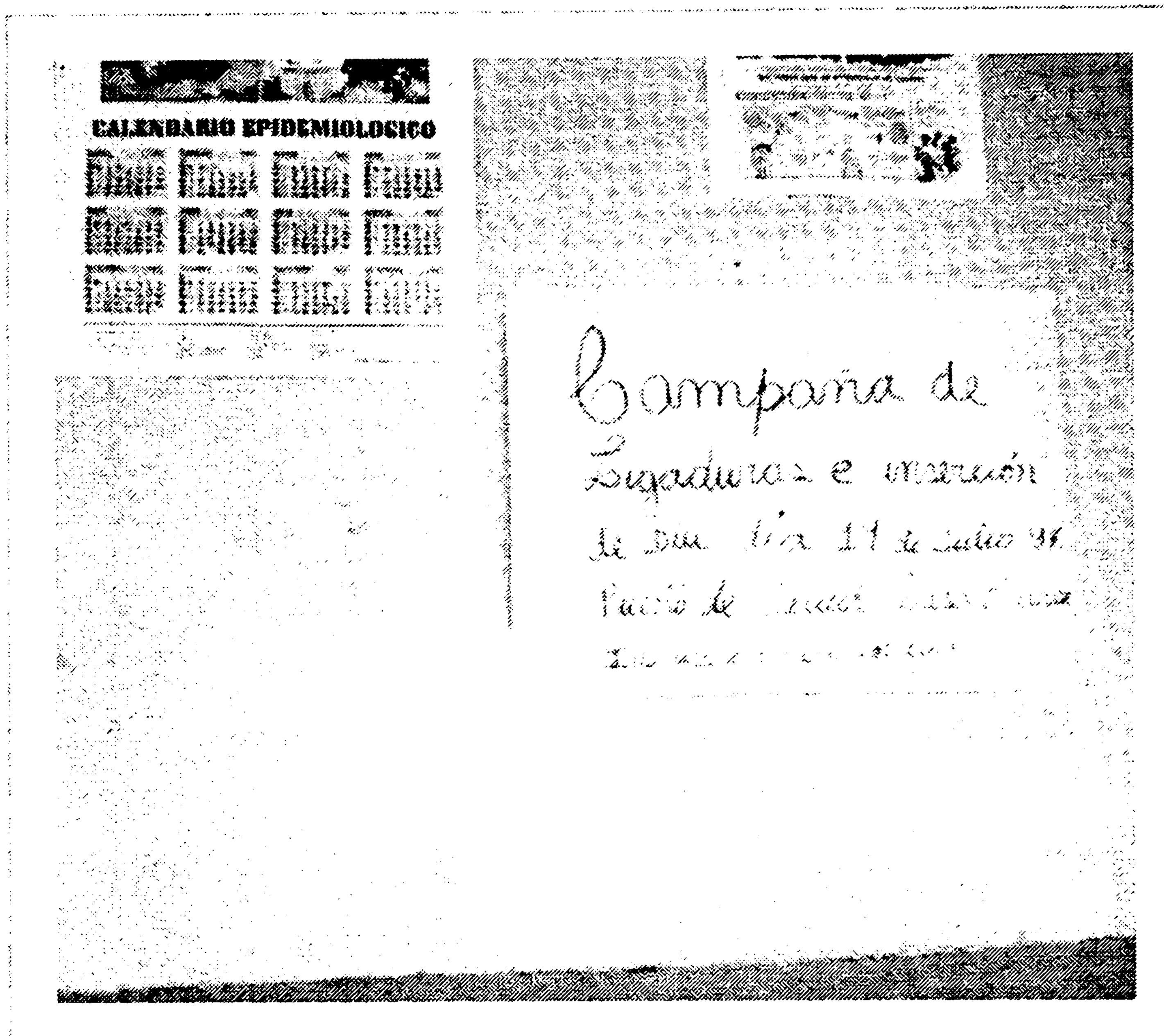
### 3.3 ¿Cómo se “captaban”?

La mayoría de mujeres de la muestra había tenido contacto con el servicio de salud, ya sea para ellas mismas, como usuarias de otros métodos de planificación familiar, o cuando acudían a controlar a sus hijos. En otros casos, como en Cajamarca, eran visitadas en su domicilio por personal de salud, o explícitamente reclutadas a través de las campañas o ferias de planificación familiar.

Las operaciones se realizaban con mayor frecuencia (56%) en el período de intervalo en la vida reproductiva de la mujer<sup>11</sup>. La autorización para la operación se firmaba, por lo general, en el centro de salud (CS), con la cual se las derivaba al hospital de referencia

<sup>11</sup> Período de intervalo es aquel en que la mujer no está gestando y no ha tenido un parto inmediato; el período de posparto es aquel inmediatamente después del parto; puerpera es a las cuatro semanas después del parto.

ESPERANZA REYES



para la esterilización, en otros casos firmaban momentos antes de la operación. Por otro lado se realizaban operaciones con equipos itinerantes en los centros de salud, como, por ejemplo, el del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. Una narración más detallada del proceso de “captación” la encontramos en el testimonio del esposo de una fallecida en Cajamarca, el señor J.S.:

“Cada vez que iba mi esposa así, controles de embarazo, a vacuna seguía la señora con esa misma situación, ya, que ya debe hacerse ligar, ya, para que no tenga familia...”

Entonces así, varias veces, varios días le decía la señorita a mi esposa, pero yo no consentía, ni yo quería, y entonces venía el doctor Carlos acá a mi casa, cuando yo salía a trabajar, venía a ver a mi hija, que era quemada, y entonces él le decía: ‘señora, usted mire cuántos hijos tiene, usted ya se



«NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

ha empobrecido en esta hija, para esta hija, ¿cuánto dinero ha tenido para que gaste y pa' lo resto tendrá, señora, para que gaste para todos?

El doctor, los doctores habrán venido más de siete veces será por acá, porque tenían su movilidad y se pasaban así, como la carretera era buena pasaban y como sabían que mi hija está aquí enferma llegaban. Entonces, donde el doctor Martín, ya pues, a mi esposa lo convenció, pues le dijo: 'ya tiene bastante hijo, ya debe hacerse operar...

Ya pues, llegando con esa oferta nos convenció, tanto a mi esposa como ande mío, y dijo él: 'miré señora... yo le voy a ayudar, el día de su operación hay movilidad... ida y vuelta gratis, la operación también es gratis... vaya usted nomás que yo tengo que ayudarle el día que se va a su operación, las más medicinas buenas que le pongan...' <sup>12</sup>.

Sin embargo, no todas las mujeres pasaron por ese proceso de convencimiento. A continuación se presentan 18 testimonios de mujeres, entrevistadas por el Dr. Medina, que explican ellas mismas, o sus familiares, en caso de fallecimiento de la afectada, cómo fueron convencidas para llevar a cabo la operación de esterilización (ver cuadro 3).

<sup>12</sup> Entrevista realizada por E. Reyes en Alto Sogorón, La Encañada, Cajamarca.

## ESPERANZA REYES

**Cuadro 3**  
**Período de fertilidad de la mujer y explicaciones sobre cómo la esterilizaron**

<b>Afectada</b>	<b>Período</b>	<b>Explicaciones</b>
1. S.P.R.	Césarea	Acudió a dar a luz y la esterilizaron
2. E.G.P.	Intervalo	C.S. Ofrecieron víveres
3. M.J.P.	Intervalo	C.S. Ofrecieron víveres
4. J.P.A.	Intervalo	C.S. Convencida por técnico pariente
5. R.B.A.	Intervalo	En campaña de planificación familiar 1996
		Fue a hospital para legrado uterino, quiso escaparse
6. J.H.C.	Intervalo	y se lo impidieron
7. M.P.P.	Intervalo	C.S. Condición para recoger partida de nacimiento
8. M.V.	Intervalo	C.S. Se habían acabado los métodos (otros)
9. R.C.A.	Intervalo	Convencida por campaña de planificación familiar 1996
10. C.M.C.	Intervalo	C.S. Firma a insistencia sin saber qué le harían
11. J.O.Ch.	Intervalo	C.S. Convencida por el personal de salud en domicilio
12. A.T.	Intervalo	Feria de P.F. 1996
		Firmó con engaños, no había ampollas anticonceptivas,
13. P.G.R.	Posparto	las usaba desde hacía dos años
14. L.G.Ch	Posparto	Obtuvieron la huella con engaños
15. E.T.B.	Posparto	Inducida, con comentario "como perro dando crías"
16. C.C.Q.	Posparto	No la dejaban salir, ordenaron que firme
17. D.M.C.	Posparto	Ordenaron que firme por alimentos
18. G.C.R.	Posparto	Tuvo retención de placenta y después no supo
		que la habían ligado

Fuente: Procesada por la autora de las entrevistas realizadas por A. Medina

Esta información se ve corroborada por la respuesta a la pregunta: ¿el procedimiento de esterilización quirúrgica fue impuesto?<sup>13</sup>, realizada a (N=37) mujeres, de éstas (60%) se manifestaron afirmativamente (ver cuadro 4). En este mismo sentido, el gráfico 3 presenta la opinión de las mujeres que, habiendo firmado el consentimiento, consideran que éste les fue impuesto.

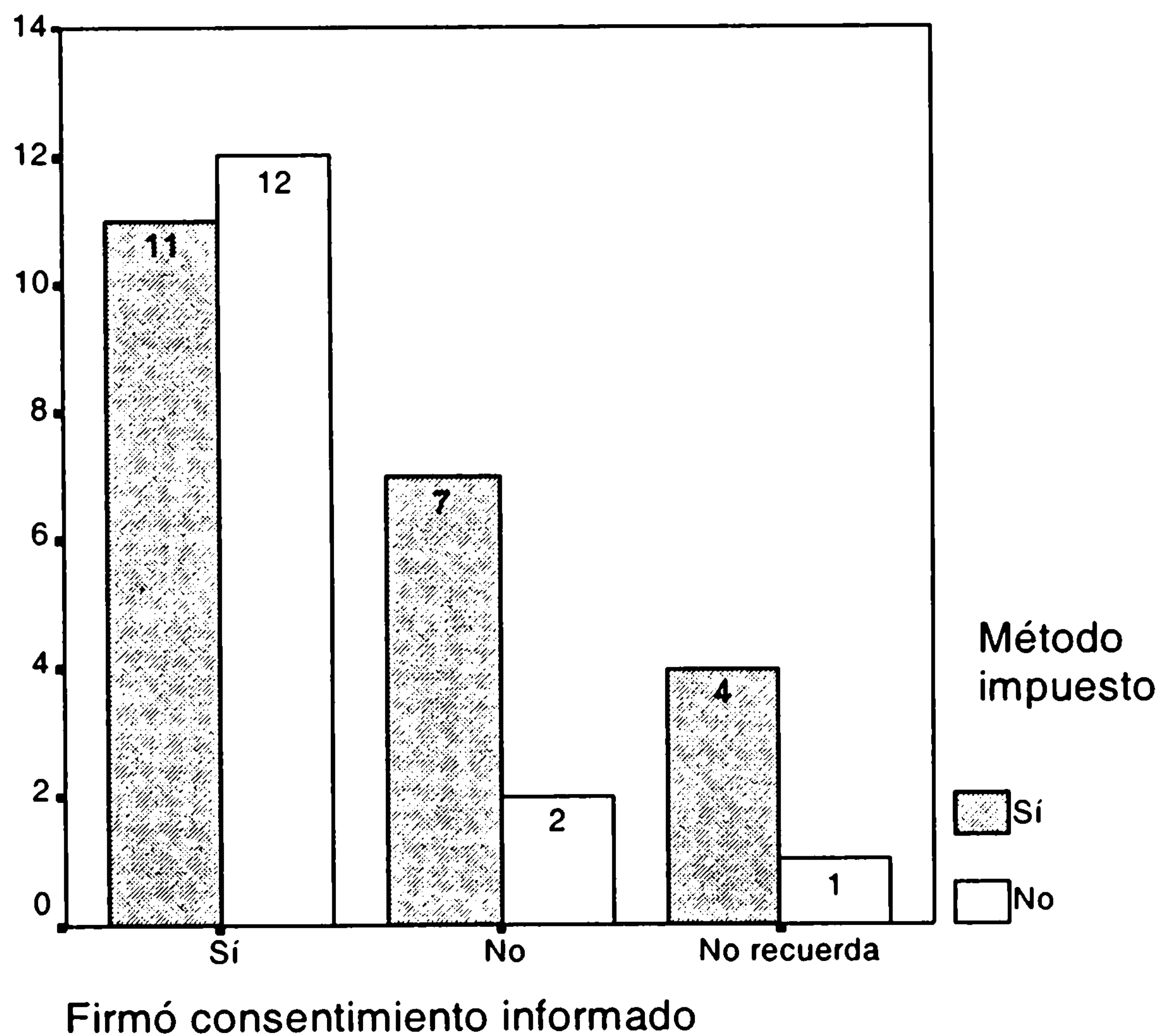
<sup>13</sup> Entrevistadas por el Dr. A. Medina

«NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

**Cuadro 4**  
Momento de la operación e imposición de la esterilización

		Imposición		Total
		Sí	No	
Momento de operación	Cesárea	2		2 5.4
	Puérpera		1	1 2.7
	Posparto	7	6	13 35.1
	Intervalo	13	8	21 56.8
Total		22 60%	15 40%	37 100.0

**Gráfico 3**  
Firma del consentimiento informado según opinión sobre imposición del método de esterilización quirúrgica

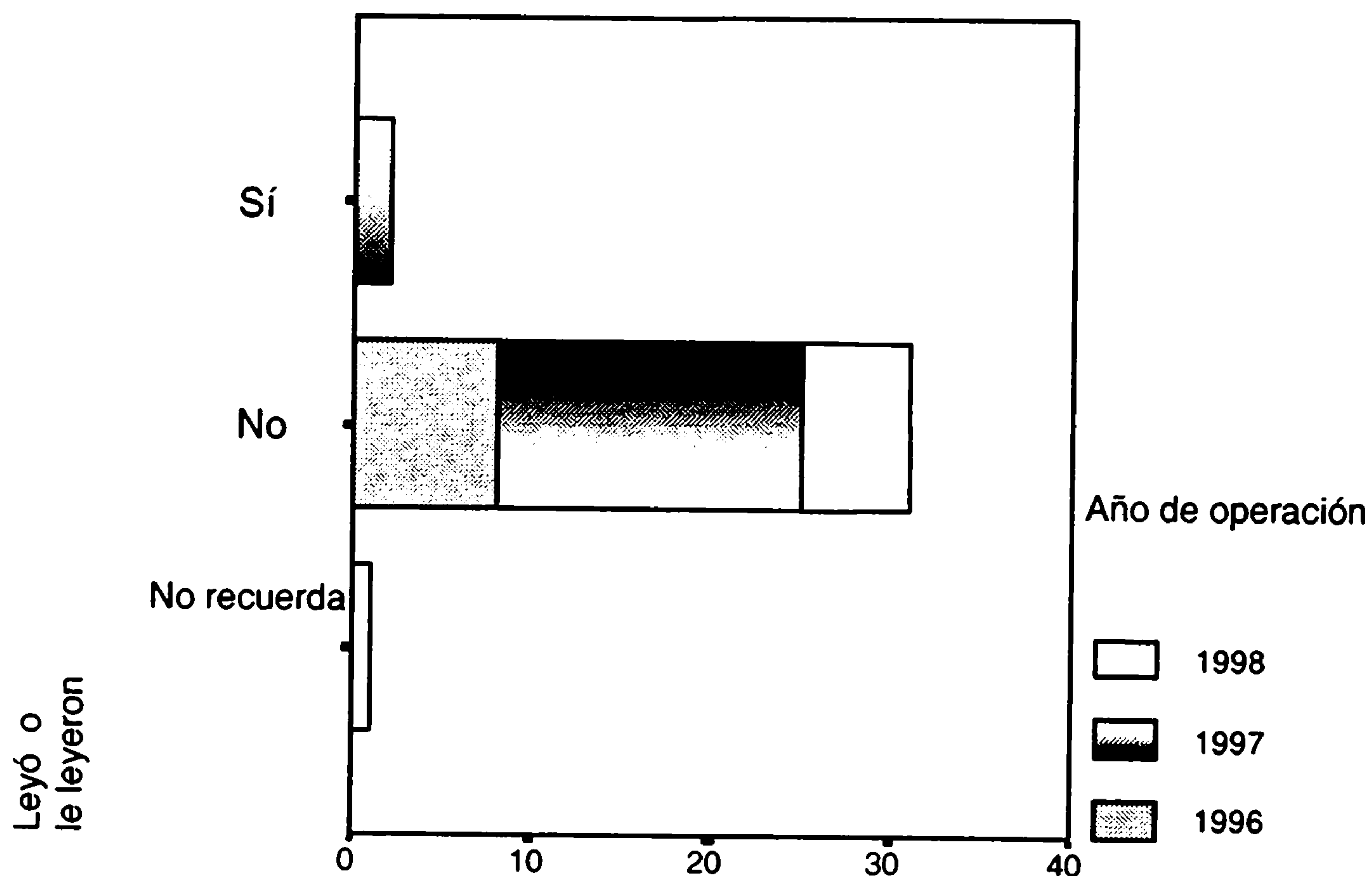


## ESPERANZA REYES

## 3.4 ¿Conocimiento del consentimiento informado?

La lectura del consentimiento informado por la mujer que podía ser intervenida era un requisito para proceder a la intervención quirúrgica y, en caso de ser analfabeta, el personal de salud tenía que leer y explicar en qué consistía el procedimiento. Sin embargo, 62% (N=23) de las mujeres entrevistadas por el Dr. Medina manifestaron no conocer de dicho documento al preguntárseles si leyó o le leyeron el consentimiento para la operación de esterilización (Gráfico 4).

Gráfico 4  
Lectura del consentimiento informado  
según fecha de operación



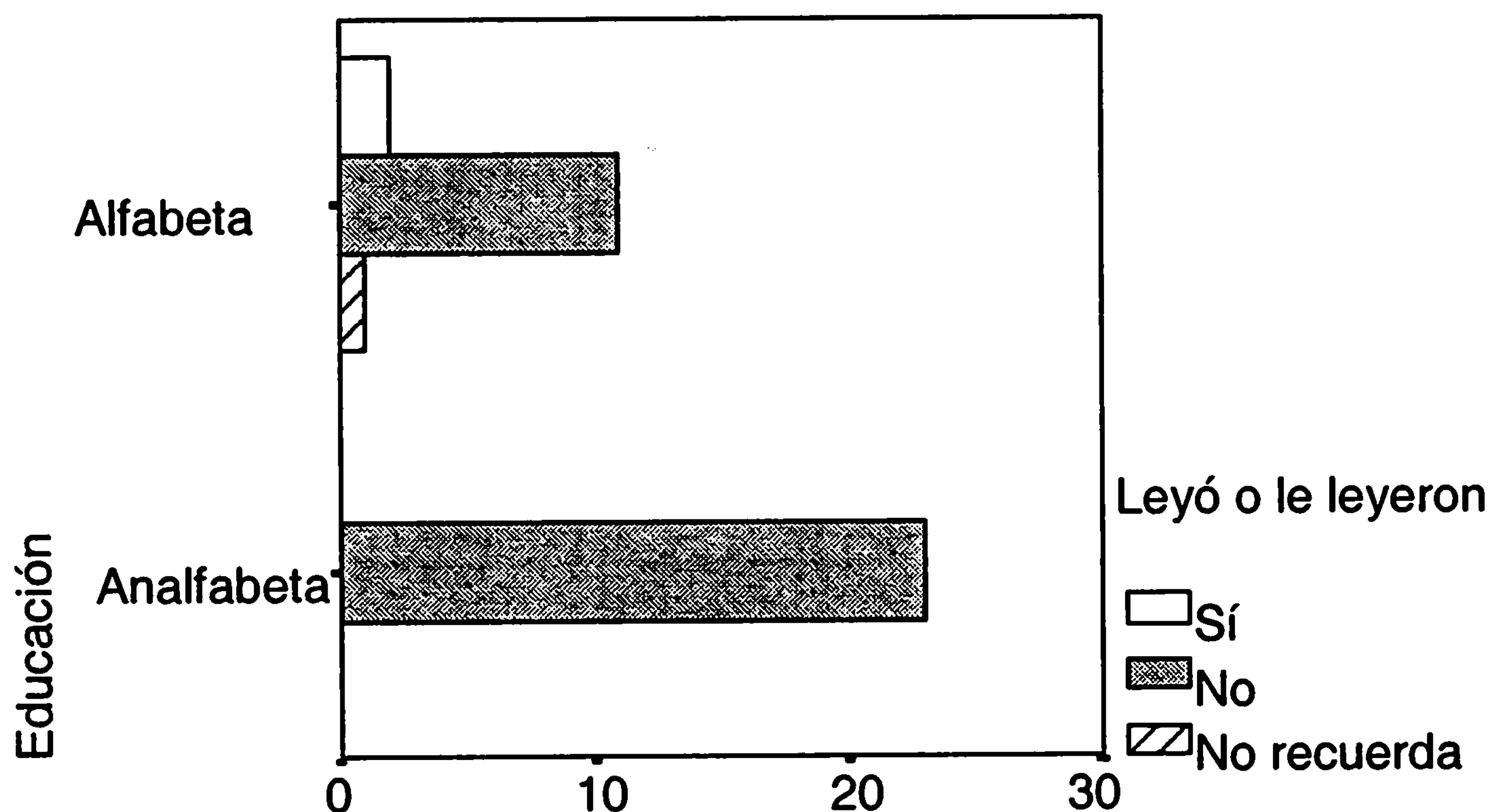


## «NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

En el caso de las mujeres analfabetas de la muestra, la tendencia mayoritaria es a no cumplir con el requisito de lectura del consentimiento informado (Gráfico 5).

Gráfico 5

Lectura del consentimiento informado según educación



## 3.5 Casos de mujeres en su itinerario de búsqueda de “sanar”

Los itinerarios de las mujeres aquí reseñadas muestran los niveles de resolución que tienen los servicios de salud a los que acudieron y resaltan la necesidad de contar en los establecimientos con servicios ginecológicos y obstétricos, con personal capacitado que realice exámenes previos a las mujeres que han optado libremente por esta opción y se pueda hacer el seguimiento a las mujeres que hayan sido derivadas de los establecimientos acreditados para estas operaciones.

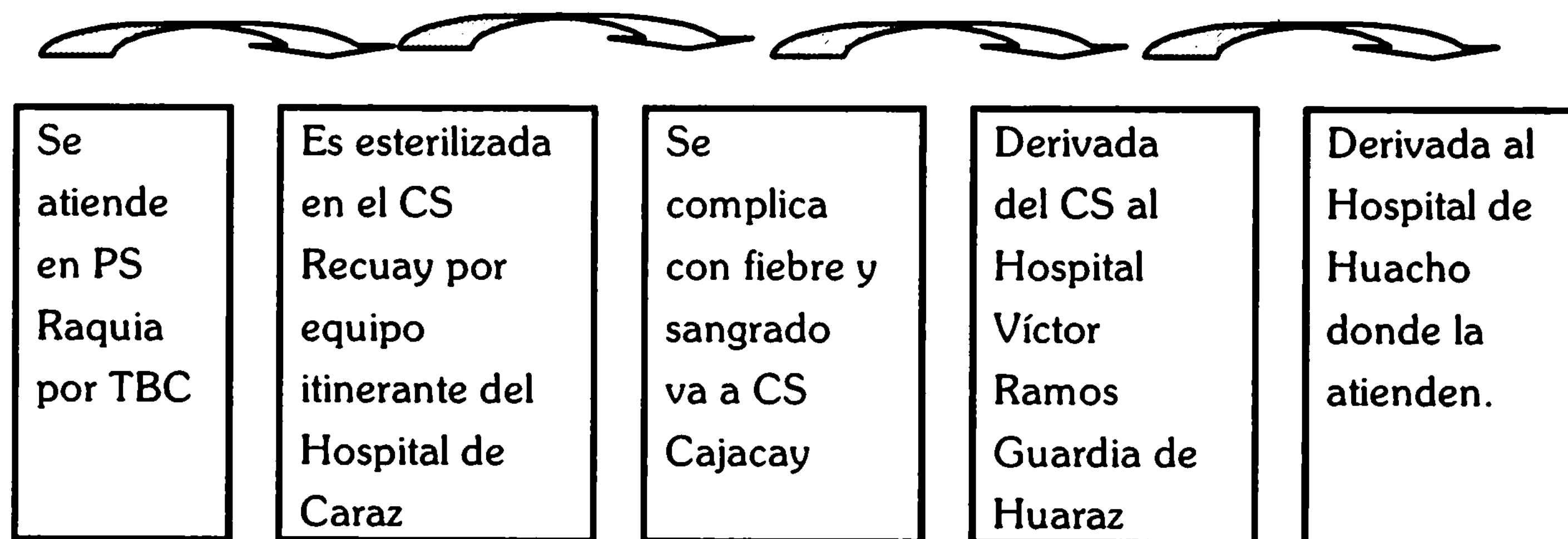
Muestran, igualmente, que la logística para las referencias, si bien utiliza el transporte adscrito al CS, hecho que es un logro en algunos establecimientos, no toma en cuenta los costos que supone para la mujer y sus parientes el permanecer en la ciudad antes de la operación, cuando, por ejemplo, ésta es referida en horas de la no-

## ESPERANZA REYES

che y se le comunica que regrese al día siguiente, o cuando los parientes de la referida tienen que colaborar con la gasolina para que ésta sea transportada a su domicilio.

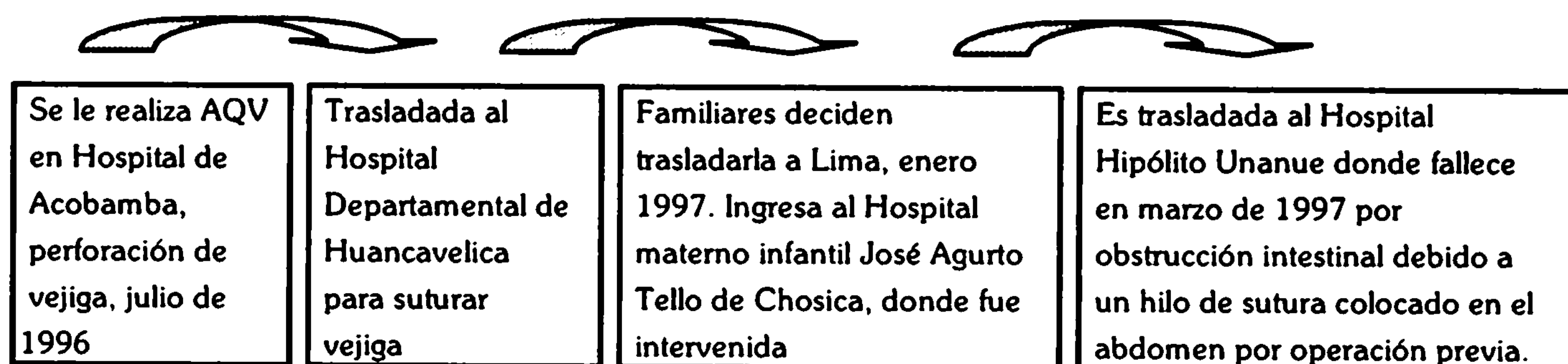
a. M.B.P.

*Ancash*



b. A.A.A.

*Huancavelica (1996)*



«NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

c. M.M.Ch.  
Cajamarca

<p>Centro poblado de Alto Sogorón. Convencida ella y su esposo por personal de salud del C.S. La Encañada. No reciben una explicación detallada sobre la operación. Sólo la explicación de que no tendrían más hijos. Baja caminando con su esposo al C.S. el 26 de marzo de 1998 para ser trasladada al hospital.</p>	<p>La trasladan, acompañada por la obstetriz, del C.S. al hospital y llegan a las 20:00 horas a Cajamarca. La obstetriz le manifiesta a la pareja que regrese al día siguiente a las 7:00 a.m. Al día siguiente ésta llega a las 9:00 a.m. En el Hospital Regional de Cajamarca es intervenida el 27 de marzo de 1998</p>	<p>En el camino de regreso a La Encañada, el esposo se queda en la ciudad en una posada, pues veía que su esposa no se sentía bien y vomitaba continuamente.</p>	<p>Pide ayuda a los médicos del hospital, los cuales la revisan en la posada y le aseguran que los síntomas son efectos de la anestesia.</p>	<p>El esposo traslada a su esposa al día siguiente a su casa. Pide ayuda en el C.S. Le dicen que son efectos de la anestesia. Pide ayuda para trasladar a su señora hasta Alto Sogorón, no hay gasolina, tiene que comprarla.</p>	<p>El esposo y familiares piden ayuda dos veces al C.S. porque a la señora MMCh se le empezaron a paralizar los miembros. Se insiste en que son los efectos de la anestesia. Fallece el 4 de abril en su domicilio.</p>
--	---	--	--	---	---

d. M.P.P.  
Ayacucho

<p>Centro poblado de Carmen Alto. Esposo relata que le pusieron como condición para recabar la partida de nacimiento de su hijo nacido el 2/11/96 que firmara un compromiso para que su esposa se realizara la ligadura de trompas. Su esposa es convencida por la obstetriz del C.S. Carmen Alto, sin explicarle riesgos y efectos colaterales.</p>	<p>En el Hospital de Apoyo de Huamanga es intervenida el 8 de septiembre de 1997.</p>	<p>En su domicilio, días posteriores a cirugía se queja de dolor en abdomen.</p>	<p>Nuevamente es hospitalizada en Huamanga, con el diagnóstico de una infección pélvica.</p>	<p>Con ayuda de sus familiares, se traslada al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao para curarse.</p>
--	---	--	--	--

## ESPERANZA REYES

### 4. NORMAS PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La Defensoría del pueblo<sup>14</sup> propuso recomendaciones para corregir algunos de los aspectos reseñados en este artículo. Estas recomendaciones han sido incorporadas en las normas de aplicación del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, en los siguientes aspectos:

- a) La anticoncepción quirúrgica es una operación electiva.
- b) El plazo de reflexión de 72 horas es obligatorio, sin excepción.
- c) El Programa de Planificación Familiar asume los gastos de las complicaciones por anticoncepción quirúrgica voluntaria.
- d) Se debe respetar el derecho a la identidad cultural.
- e) En los casos que se detecte gestación por falla de la esterilización quirúrgica, el Programa de Planificación Familiar asumirá los costos del control prenatal, atención del parto y del recién nacido en los establecimientos del Ministerio de Salud.
- f) Los criterios que deben ser cumplidos en las evaluaciones de las personas usuarias de cualquier método anticonceptivo.
- g) Los puntos de entrega de servicios temporales quedan eliminados.
- h) Está prohibido que los proveedores de salud ejerzan presión para el uso de algún método anticonceptivo, bajo sanción.
- i) El Programa de Planificación Familiar debe llevar a cabo cursos de capacitación en derechos reproductivos y violencia familiar, a los encargados/as de ejecutarlo”.

La difusión de estas normas y su apropiación por el personal de los establecimientos de salud en la perspectiva de una cultura que “sir-

<sup>14</sup> Resolución Defensorial N° 3-Dp-2000, del 28 de enero del 2000, p. 10-11.



«NO SOMOS BULTOS PARA SER TRATADOS ASÍ...»

va” a la población supone procesos de cambio que necesitan iniciarse ahora. Éstos involucran consensos en el trabajo de equipo que produzcan nuevos estilos de trabajo y compromiso con los intereses de la población, incorporando sus consideraciones y con resultados susceptibles de evaluar periódicamente.

## 5. CONCLUSIONES

- En la zona altoandina se discriminó a las mujeres analfabetas, no se les proporcionó información adecuada sobre todos los métodos, no se les dio oportunidad de leer o que les leyeran el documento que autorizaba la operación. Es una tarea pendiente brindar información con personal capacitado que oriente a mujeres quechuahablantes en su propio idioma. El reto de organizar estrategias efectivas, socioculturalmente apropiadas, que interactúen con las necesidades de las mujeres en contextos socioeconómicos adversos continúa vigente.
- Se impuso el método de esterilización quirúrgica en 60% de las mujeres de la muestra, pero también existen mujeres (40%) que desean controlar su fecundidad, que están utilizando métodos anticonceptivos y que optaron voluntariamente por el método. A su vez, los itinerarios de los casos de mujeres muestran dramáticamente las rutas de resolución a que se vieron sometidas cuando ingresaron al sistema de prestación del servicio. Esto hace imprescindible contar con condiciones suficientes de equipamiento y personal calificado y acreditado por el Colegio Médico, que den seguridad a las mujeres en los establecimientos de salud para llevar a cabo las recomendaciones normativas del Programa de Planificación Familiar.
- Los trabajadores de salud también son ciudadanos con derechos que no pueden infringirse por una acción gubernamental arbitraria y tienen el deber de señalar los aspec-

## ESPERANZA REYES

tos críticos de intervenciones que pongan en riesgo el bienestar de la población. La nueva administración pública propone instituciones horizontales, abiertas a los cambios que beneficien a los usuarios y que propugnen una acción eficiente, por lo que es un reto actual forjar una cultura institucional en el sector de salud que asuma vitalmente una postura ética, para que proveedores y usuarios no sean tratados como objetos, sino como individuos con aspiraciones y derechos de igualdad.

- Finalmente, el artículo también pretende ser un llamado de atención para que todas las voces se unan y que hechos como los aquí referidos no se vuelvan a repetir, y podamos vivir en el respeto mutuo de nuestros derechos fundamentales.