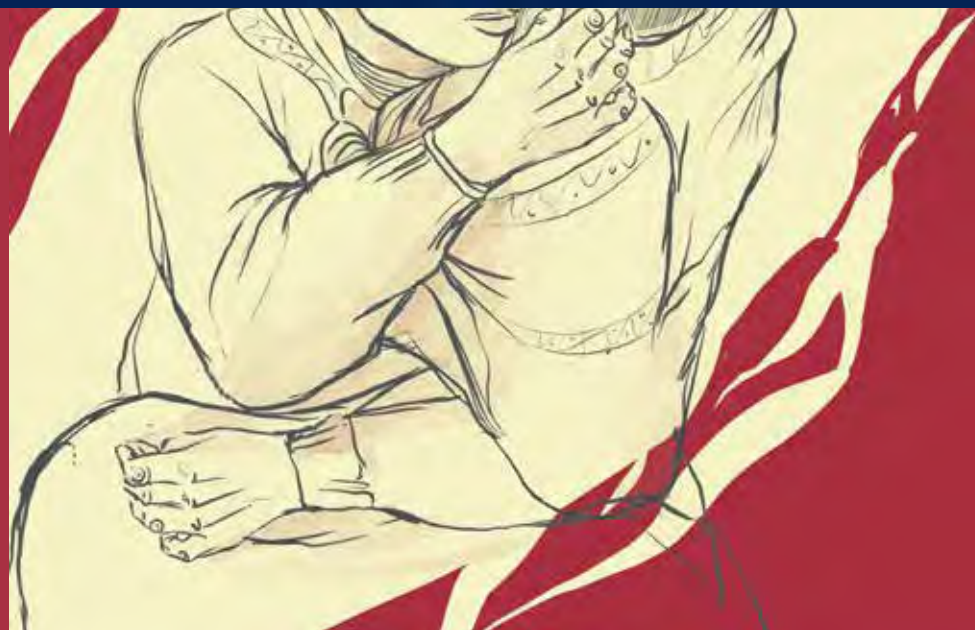


Las esterilizaciones  
forzadas **25 años después**

# JUSTICIA Y REPARACIÓN

Lucía Santos Peralta (Coordinadora)

## Capítulo 8



**JUSTICIA Y  
REPARACIÓN:  
LAS  
ESTERILIZACIONES  
FORZADAS  
25 AÑOS DESPUÉS**

**DEGESE  
PUCP**

**CICAJ  
PUCP**

**Departamento  
Académico de Derecho**



# JUSTICIA Y REPARACIÓN: LAS ESTERILIZACIONES FORZADAS 25 AÑOS DESPUÉS

DEGESE  
PUCP

CICAJ  
PUCP

Departamento  
Académico de Derecho



**PUCP**

**Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD)**

**Jefe del DAD**

David Lovatón Palacios

**Director del CICAJ-DAD**

Betzabé Marciani Burgos

**Consejo Directivo del CICAJ**

Renzo Cavani Brain

Erika García-Cobián Castro

Gilberto Mendoza del Maestro

**Equipo de Trabajo**

Rita Del Pilar Zafra Ramos

Carlos Carbonell Rodríguez

Jackeline Fegale Polo

Eryk Giovany Rodríguez Robles

Genesis Mendoza Lazo

*Justicia y reparación: Las esterilizaciones forzadas 25 años después*

Coordinadora: Lucía Santos Peralta

Ilustración de portada: Julieta Casafranca Álvarez

Primera edición digital: marzo de 2023

© Pontificia Universidad Católica del Perú  
Departamento Académico de Derecho  
Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica  
Grupo de Investigación Derecho Género y Sexualidad (DEGESE)

Av. Universitaria 1801, Lima 32 - Perú  
Teléfono: (511) 626-2000, anexo 4930 y 4901  
<http://departamento.pucp.edu.pe/derecho/>

Corrección de estilo: Mercedes Dioses Villanueva  
Transcripción en quechua y traducción al español: Guipsy Alata Ramos  
Línea de tiempo: Romina Mendoza Marrujo y Lucía Santos Peralta

Diagramación: Tarea Asociación Gráfica Educativa  
Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña  
[tareagrafica@tareagrafica.com](mailto:tareagrafica@tareagrafica.com)  
Teléf.: 424-8104 / 424-3411  
Marzo de 2023

*Derechos reservados. Se permite la reproducción total o parcial de los textos con permiso expreso de los editores.*

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-02985  
ISBN: 978-612-49252-3-8

## LAS ESTERILIZACIONES FORZADAS EN UN CONTEXTO DE RELACIONES DE DESIGUALDAD SOCIAL E IMPOSICIÓN: ¿QUÉ HA CAMBIADO?

*Carmen Yon Leau*

¿Las esterilizaciones forzadas son un evento totalmente extraordinario en el ámbito de la salud reproductiva de las mujeres rurales, indígenas y en situación de pobreza, en el Perú? ¿Qué cambios o continuidades podemos encontrar en los estudios existentes de los últimos veinte años (1999-2021)? La finalidad de esta presentación es analizar las esterilizaciones forzadas que ocurrieron durante el gobierno de Fujimori (1996-2000), en el marco más amplio de los estudios sociales sobre la salud reproductiva de las mujeres que están afectadas, por lo que Marfil Francke (1990) llama la “trenza de la dominación” (organizada en torno a la clase social, la etnicidad y el género), y sus relaciones sociales con los servicios de salud estatales. Ello, por supuesto, sin negar que las esterilizaciones forzadas fueron un evento específico de muy graves consecuencias para miles de mujeres, que requieren una investigación particular. Así, me voy a referir a diversos estudios realizados desde la antropología, las ciencias políticas, la sociología y otras disciplinas, que han abordado las esterilizaciones forzadas en el Perú y otras problemáticas de salud reproductiva y de salud materna e infantil. Estos estudios, en su mayoría de corte cualitativo y etnográfico, se han realizado desde fines de los años noventa, y permiten un acercamiento a las prácticas, experiencias y perspectivas de los profesionales e instituciones de salud, así como de las mujeres indígenas y los pueblos originarios que acuden a estos, sea por voluntad o necesidad, o debido a diversas formas de presión.

En primer lugar, me referiré a algunos cambios, que son más bien de naturaleza discursiva, respecto a la importancia de la interculturalidad y los condicionantes sociales de la salud (denominados “determinantes” o “determinaciones” en el marco de la salud pública), que no se han terminado de concretar aún en transformaciones significativas. Enseguida, abordaré las grandes líneas de continuidad que muestran las investigaciones respecto de las relaciones de jerarquía cultural, desigualdad social, y autoritarismo o imposición, que fueron parte del escenario social en que se dieron las esterilizaciones forzadas en el Perú. Finalmente, terminaré refiriéndome a un cambio significativo protagonizado por las mujeres víctimas de esta grave violación de derechos humanos, quienes siguen buscando justicia, pero esta vez desde su propia voz y organizaciones.

Me voy a apoyar fundamentalmente en un estudio de balance que preparé para el Seminario Permanente de Investigación Agraria (SEPIA) (Yon, 2016), y luego actualicé con otros estudios que se realizaron más recientemente. No podré

incluir todas las investigaciones que se han hecho en Perú, pero sí he querido rescatar algunas que me parecen particularmente pertinentes para contribuir a las reflexiones que hemos venido haciendo estos días acerca de la justicia y los derechos reproductivos de las mujeres afectadas por las esterilizaciones forzadas. A continuación, destacaré una relación de algunos de los temas abordados por estos estudios, los que menciono en orden cronológico:

- Atención del parto y mortalidad materna en zonas rurales amazónicas y andinas (Anderson et. al., 1999; Dierna et. al., 1999).
- Experiencia de mujeres esterilizadas en diferentes lugares de la sierra peruana y violación de derechos reproductivos (Reyes, 2000).
- Decisiones reproductivas vinculadas a relaciones de poder de género y formas de organización social y económica; temores diversos para uso de anticonceptivos ofrecidos por los servicios de salud; memoria de las esterilizaciones forzadas que se conectan con formas de presión y desconfianza a los servicios de salud estatales (Yon, 2000).
- Modelos de calidad de atención desde la perspectiva de mujeres rurales y profesionales de salud: capacidad resolutoria y relaciones sociales (Anderson, 2001).
- Maltrato y discriminación étnica en establecimientos de salud del Cusco (Huayhua, 2006).
- Persecución y exclusión de las parteras, sanción y obligación respecto a la atención del parto institucional en Ayacucho (Velarde, 2007).
- Cultura, condiciones laborales y rutinas de profesionales de salud en una microred de la costa norte, impotencia ante la pobreza y poder cotidiano en las instituciones de salud (Reyes, 2007).
- Limitaciones y breves avances en la formación de médicos serumistas para trabajar en zonas rurales del Perú (Reyes, 2011).
- Pedagogía del miedo y racialización en establecimientos de salud de Ayacucho (Del Pino et. al., 2012).
- Políticas neoliberales, colonización interna, interseccionalidad y las esterilizaciones forzadas de mujeres indígenas y rurales (Ewig, 2012).
- Condicionantes sociales de la desnutrición infantil, culpabilización de la víctima y sobrecarga del trabajo de las mujeres en Ayacucho: “saber y no poder” (Portugal, Yon y Vargas, 2016).
- Falta de calidad de atención y limitaciones institucionales para la interculturalidad en salud que implementan enfermeras/os indígenas formados en un programa de AIDSESP en Amazonas (Chávez, Yon y Cárdenas, 2015).
- Adecuación intercultural del parto en algunos establecimientos de salud, pero sin cambios significativos en las relaciones sociales con las mujeres, y con la exclusión de las parteras como especialistas locales (Yon, 2017; Guerra, 2019).
- “Mundos debilitados” de mujeres esterilizadas en Cajamarca por experiencias que conectan la pérdida de fertilidad con la pérdida de fuerza, y la confusión social y emocional (Vásquez, 2020).

- Exigencias a mujeres madres y personal de salud en el marco de lógicas perversas del sistema de metas e incentivos en Loreto; “mentiras piadositas” para alcanzarlos (Planas y Yon, 2021).
- Memorias y luchas de las víctimas de esterilizaciones forzadas (Ballón, 2014; Ruiz, 2021).

Estos estudios permiten analizar cambios y continuidades en el terreno de la relación de las mujeres rurales e indígenas con los servicios de salud y el Estado peruano, como veremos a continuación.

### **1. Lo que se dice pero no se hace: interculturalidad y condicionantes sociales de la salud**

Desde el 2004 en adelante, se han formulado políticas y estrategias de salud que a nivel del discurso, proponen ser interculturales. En el terreno de la salud reproductiva se dio la norma de atención del parto vertical con adecuación intercultural (2005), la que fue actualizada en el 2016. En los estudios realizados (Yon, 2017; Guerra, 2019) se muestra que esta interculturalidad implementada por los servicios de salud ha respondido más bien a una mirada, en su mayor parte, instrumental. Se ha buscado incorporar algunas pautas culturales para garantizar el parto institucional, pero no se han cambiado las relaciones sociales de poder que siguen siendo impositivas y excluyen a las parteras indígenas, salvo algunas pocas excepciones. Además, en el 2016, se promulgó la Política Sectorial de Salud Intercultural, que es la única que ha pasado por un proceso de consulta previa a varias organizaciones indígenas, pero que pese a ello, solo se ha implementado de manera muy incipiente.

Así, se ha avanzado muy poco todavía en la comprensión e implementación de una interculturalidad que permita una relación más equitativa con las mujeres rurales e indígenas, sus conocimientos y experiencias. El modo en que se aplica, en la práctica, dista mucho de ser un diálogo respetuoso, que valora las otras culturas y repertorios terapéuticos como parte de la interculturalidad en salud. Por ejemplo, este es el testimonio de un médico en el Cusco que cita Lucía Guerra (2019) en su investigación: “Pobres chicas [refiriéndose a las obstetras], ellas tienen que tolerar demasiado. No es realmente justo para ellas, hay un exceso de riesgo de contaminación, la incomodidad, pero no hay nada que nosotros [los médicos] podamos hacer. Los partos son su responsabilidad y si yo fuera el único dejado a cargo, yo no lo haría para nada, pero eso no sucede realmente” (Guerra, 2019, p. 198, traducción propia). Este médico, como otros, no está convencido incluso de la interculturalidad entendida de una manera muy reducida, fundamentalmente, respecto a la posición vertical para dar a luz, cuya conveniencia ha sido reconocida también por la biomedicina. Si ya hablamos de la relación con las parteras o de una relación más dialogante con las mujeres que van a dar a luz según su cultura, el reto es aún mayor.

La interculturalidad no es lo único que se dice, pero no se hace. Del mismo modo, en estos últimos veinte años se ha hablado en diferentes documentos oficiales del Estado peruano y en estudios académicos, de las condicionantes o de-

terminantes sociales de la salud, es decir, de las llamadas “causas de las causas” sociales de los problemas de salud reproductiva que enfrentan las mujeres en zonas rurales y aquellas que se encuentran en situación de pobreza. En consonancia con ello, se ha avanzado en incorporar, a un nivel discursivo, la multisectorialidad; es decir, se reconoce que los derechos y los problemas de salud no dependen solamente de lo que pueden hacer los servicios de salud, sino que se tienen que abordar otros problemas como la pobreza, la violencia de género, la desigualdad de oportunidades educativas y económicas para las mujeres, la inseguridad alimentaria, etcétera. Así, se han creado varias comisiones y planes multisectoriales, pero estas han quedado principalmente al nivel de la propuesta y los acuerdos y, en realidad, la salud sigue siendo un tema básicamente “del” sector salud.

Se han incorporado también el enfoque de equidad de género y de derechos humanos en documentos de políticas de salud, los que se articulan mucho con compromisos internacionales asumidos por el Perú y también con una comunidad internacional académica, pero que muy escasamente tienen algún nivel de concreción.

Estos discursos están presentes en algunos planes e informes oficiales, así como en los testimonios de algunos funcionarios y profesionales de la salud que atienden a la población rural y en situación de pobreza. No se ha vuelto a replicar el discurso malthusiano de Fujimori que vinculaba el control de la fecundidad de las mujeres pobres mediante la tecnología médica con el combate de la pobreza; sin embargo, se presentan muchas limitaciones aun para concretizar el abordaje de los condicionantes sociales de la salud en contextos que siguen siendo de marcada desigualdad social y de jerarquía cultural. Parte del personal de salud entrevistado en estudios de corte etnográfico (p. ej., Reyes, 2007; Portugal et. al., 2016; Planas y Yon, 2021) expresa impotencia frente la dificultad de no poder garantizar cambios en la salud si no se hacen mejoras en las condiciones de vida que van más allá de los servicios de salud (saneamiento, alimentación, entre otras), especialmente en temas de desnutrición y otros de salud infantil. No obstante, esta lectura de los condicionantes sociales y de la perspectiva multisectorial de la salud es más escasa en temas de salud reproductiva, salvo cuando se atribuye al “machismo” (Anderson, 2001) que se suele vincular a “su cultura”. Otra excepción se halla en algunos estudios y documentos oficiales sobre embarazos no deseados de adolescentes, donde las oportunidades laborales y económicas, las estructuras de poder de género y otras condicionantes sociales cobran relevancia (Yon, 2015). Pero aún se aprecia que predomina una mirada más parcial que termina culpando a las mismas víctimas por no estar haciendo lo necesario “para su propio bien”, o a su cultura.

## **2. Lo que se hace, pero no se dice: la jerarquía cultural y la obligación**

Una constante que se aprecia en los estudios citados, realizados en las últimas dos décadas, es la jerarquía cultural que se establece desde los servicios de salud y políticas estatales, entre quienes tienen conocimientos científicos y entre quienes tienen creencias en relación con su cuerpo, cómo funcionan los métodos anticon-



ceptivos (Yon, 2000), el tipo de atención que van a recibir en el parto (Dierna et al., 1999; Velarde, 2007; Yon, 2017; Guerra, 2019) o con los problemas de malnutrición que afectan a las madres y a sus niños (Del Pino et. al., 2012; Portugal et. al., 2016; Planas y Yon, 2021). Así mismo, en los últimos años se han visibilizado diversos ejemplos de violencia obstétrica que enfrentan las mujeres indígenas (si bien ocurre también en otros grupos de mujeres), como insultos sexistas y también racistas, obligarles a dar a luz en una postura horizontal (llamada ginecológica) cuando, incluso, ya desde los estudios biomédicos se sabe que la posición vertical facilita el proceso de expulsión porque nos ayuda la fuerza de gravedad, salvo que haya una complicación obstétrica que requiera otra posición. El impedimento a la celebración de ceremonias espirituales de parto, consumir infusiones y otras prácticas que se asocian a las cosmovisiones indígenas, la negación a otorgar el certificado de nacido vivo cuando el parto se ha hecho en otro lugar distinto al establecimiento de salud (parto institucional) son, entre otras, formas de violencia obstétrica registradas por Chirapaq, la Defensoría del Pueblo y otras organizaciones (Chirapaq, 2019).

Otra constante, que termina promoviendo formas de exigencia y presión, es que se ha continuado dando prioridad a los avances en la cobertura de los servicios de salud sin garantizar la calidad de los mismos, ni el derecho a que se acepten libremente y contando con información entendible culturalmente. El incremento de atenciones en los servicios de salud ha servido para que el Perú pueda posicionarse con mejores indicadores nacionales de salud infantil y salud materna a nivel internacional (mayores tasas de vacunación, menores tasas de mortalidad infantil y, aunque más lentamente, un descenso de la razón de muerte materna). Como lo mencionamos, a partir de un estudio que realizamos con María Elena Planas, se ha ido consolidando una especie de “servicio al papel” como *proxi* a las metas de cobertura (Planas y Yon, 2021, p. 123), que no es un servicio realmente enfocado en las personas. Las metas sobre el número de atenciones respecto al control prenatal, la atención del parto, el control del crecimiento y desarrollo de los niños, entre otras, organizan no solamente el presupuesto (“presupuesto por resultados”) sino también las exigencias que se hace al personal de salud para que los gobiernos regionales puedan cumplir con las metas y acceder al fondo de estímulo del desempeño, las preocupaciones de los/as profesionales de salud (cuya renovación de contrato puede estar en juego sino cumplen con las metas), así como el tiempo que se le da a las y los usuarios de los servicios de salud, especialmente a las mujeres y a los niños y niñas, ya que hay un fuerte énfasis en metas vinculadas a la salud materno-infantil. Frente a ello, la calidad del servicio y la garantía del ejercicio de los derechos reproductivos palidecen. No hay metas ni indicadores sobre estos aspectos cruciales de la atención en salud.

La exigencia desde los servicios de salud para cumplir con metas de cobertura genera rechazo y justificadas desconfianzas por parte de las mujeres, de modo similar a cómo sucedió en el caso de las esterilizaciones forzadas. Una señora que fue entrevistada en el período 1997-1998, en la zona aymara de Puno, dice respecto a las ligaduras de trompas: “En el centro de salud nos obligan para hacernos

operar, a nosotros no nos gusta que nos obliguen, si estamos mal o estamos bien igualito nos obligan. Parece que nos obligan porque el gobierno nos quiere matar. Debe enviar a especialistas que nos revisen y recién nos den un método para usar con más confianza” (Yon, 2000, p. 189). Así, como se aprecia en este testimonio, cabe precisar que muchas veces no se rechazan los servicios de salud estatales y lo que pueden ofrecer para la salud de las mujeres o sus familias. Lo que se rechaza, como lo harían otras ciudadanas y ciudadanos, son los mecanismos de imposición que violentan sus derechos elementales a la salud y la decisión voluntaria e informada. Esto se da además en un contexto histórico de exclusión, discriminación étnica, racial, de clase social y género, que dan lugar a mayor desconfianza respecto a las intenciones del Estado y sus funcionarios.

Respecto al parto institucional, una mujer ayacuchana entrevistada a mediados de los 2000, dice: “Estos últimos años es obligatorio dar a luz en el hospital, y el control también ya es obligatorio, es muy obligatorio y más aún ahora si estás en Juntos —programa de transferencias condicionadas—, es peor ya. Si te faltas tres meses no te da, con todo eso obligadas vamos, obligadas vamos. (...) El hospital dice no se van a hacer sacudir por gusto con las parteras, no se van a hacer tocar y cuando te haces *suysur* también ya no le dices, pues, nada, no le dices si con ella me hice sacudir, ya no le dices nada pues, le dices nadie me ha tocado diciendo... No les creo nada y sin creerles le busco, pues, a la partera, le digo, «arréglame». Entonces viniendo, pues, te arregla, pero me siento un poco mal porque dirán eso pienso. Dicen también que cuando te arreglan le van a poner mal al bebé, pero no es así, cuando te arreglan el bebé está derecho nada más” (Velarde, 2007, p. 79).

En un estudio más reciente que realicé en Huancavelica (Yon, 2017), se daba una situación similar, pese a la incorporación del denominado parto vertical con adecuación intercultural, con el cual las mujeres estaban de acuerdo. Sin embargo, al ocurrir esto en un contexto en que el parto institucional se les exige como mandatorio, para casi la totalidad (96 %) de las entrevistadas, es obligatorio dar a luz en el centro de salud, que es lo que ha promovido sostenidamente el sector salud. El 71 % de las mujeres mencionaron que si no tenían su parto en el centro de salud podrían ser denunciadas a la fiscalía, ser sancionadas o multadas por el establecimiento de salud u otras instituciones (por ejemplo, no poder sacar la partida de nacimiento de su hijo), y el 19 % refirió que dejaría de recibir las transferencias del programa JUNTOS (lo que no es una condicionalidad de este programa). Aunque estas prácticas de amedrentamiento y sanción no se estén dando en la actualidad (según el personal de salud), lo cierto es que han tenido impacto en la memoria de las mujeres (Yon, 2017, p. 38).

Así, si bien ya no se han reportado otros casos de esterilizaciones forzadas, la forma de relación social jerárquica y de presión sino de imposición siguen estando vigentes. Pero es importante resaltar que no todas las atenciones en salud reproductiva son “obligatorias” (o vistas de este modo) como indican los testimonios citados, muchas son voluntarias porque las mujeres quieren también atenderse para su control prenatal, dar a luz, buscar un método anticonceptivo, o en otros temas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, estos siguen siendo servicios

pobres, diseñados para pobres en un país en el cual, como lo ha destacado Cristina Ewig (2012), los servicios de salud se han constituido de acuerdo con el tipo de relación social y política que ha establecido el Estado peruano con distintos sectores y clases sociales. Así tenemos un sistema de salud fragmentado donde tenemos, por un lado, la seguridad social para quienes poseen un empleo que le reconoce derechos laborales; el sistema privado para quienes pueden pagarlo y, por otro lado, el sistema de salud público, que atiende a la mayor cantidad de población peruana. Este último ha logrado expandir el seguro integral de salud, que ha afiliado a peruanos y peruanas en situación de pobreza y extrema pobreza. En general, podríamos decir que esto es positivo, porque se ha ampliado, en teoría, el acceso al sistema de salud. Sin embargo, es negativo, porque se mantiene una pésima calidad de atención, que ya no necesito explicar tanto porque durante la actual pandemia lo hemos podido comprobar de una manera muy triste, nos ha costado muchísimas vidas, somos el país que tiene la mayor letalidad por COVID-19 y, justamente, esto se debe, en gran medida, a las condiciones de crisis en las que ya estaba el sistema de salud peruano. Lo peor del caso es que esta situación de nuestro sistema sanitario ya venía siendo demostrada, tanto por organismos públicos como la Defensoría, la Contraloría y por otras investigaciones hechas, también, de manera independiente.

Entonces, seguimos teniendo un servicio de salud pobre para pobres que, si bien se ha expandido, no ha mejorado mucho en la calidad de atención y el respeto por los derechos reproductivos y, en general, por el derecho a la salud. La evaluación del personal y servicios han sido, por lo tanto, también en función de las metas de cobertura y no de la calidad de atención, menos aún desde una perspectiva de género y derechos, y centrado en las personas (Planas y Yon, 2021). Para mostrar una de sus gravísimas consecuencias, quiero mencionar, para no olvidar algo que nunca más debería ocurrir, el caso de una señora que fue reportada en uno de los informes de la Defensoría del Pueblo, y que retomó Esperanza Reyes (2000) en uno de sus análisis en un artículo que se llama *No somos bultos para ser tratadas así*. Ella muestra el caso de una señora denominada con las siglas A.A.A., que se hizo la ligadura porque así lo quiso, pero se la practicaron en pésimas condiciones, que terminaron finalmente con su muerte. Fue trasladada a varios hospitales: primero, estuvo en Acobamba, después estuvo en Huancavelica, luego estuvo en dos hospitales en Lima, y finalmente, muere por una obstrucción intestinal debido a un hilo de sutura que se colocó en el abdomen por una operación previa. Claramente, hubo muchas limitaciones del sistema de salud que no garantizaron la seguridad de la señora, y que terminaron con su muerte. Entonces, acceder al servicio de salud, a un servicio de mala calidad, no solamente genera un mal trato al paciente, sino que puede acabar con la vida del paciente.

### **3. ¿A quiénes y cómo sirven, finalmente, los y las profesionales de la salud?**

Si bien hemos dicho que la responsabilidad principal de las esterilizaciones forzadas debemos colocarlas en el terreno de las políticas estatales, que exigieron metas de cobertura al personal de salud (Ewig, 2012), me parece muy válida una

reflexión que hace el médico Gonzalo Gianella, publicada en el libro editado por Alejandra Ballón: *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*. Él dice: “Este debate debería comenzar por admitir una realidad ineludible: los médicos peruanos que esterilizaron a miles de mujeres durante la década de los 1990 y que en muchos vulneraron sus derechos fundamentales, lo hicieron convencidos que estaban haciendo médicamente lo correcto” (Gianella, 2014, p. 89). Otra pregunta pertinente que él hace en su artículo es: “¿Se puede obligar a un cirujano a operar en contra de su voluntad?”. En un documental que se hizo acerca de este tema, también se escucha decir al médico, que le ligó las trompas a una mujer llamada Rufina: “eso lo he hecho por tu bien”. Esta misma situación puede explorarse en los casos de violencia obstétrica, como en las formas de “promover” el parto institucional y otras prácticas vinculadas con los derechos reproductivos de las mujeres.

Si bien es cierto, las políticas del sector (no necesariamente las publicadas oficialmente, sino las que guían y hacen las prácticas rutinarias en lo cotidiano) pueden promover o empujar a estas formas de imposición, presión o autoritarismo, otro ámbito crítico que también se requiere abordar seriamente es la educación médica y de otros/as profesionales de ciencias de la salud en general. La reproducción de distintas desigualdades de clase, de género y étnicas en la formación del personal de salud, así como la gran distancia que se establece entre la biomedicina como la ciencia, que tiene el conocimiento autorizado (o “la” verdad), y todos los otros conocimientos que provienen del mundo indígena y nuestras culturas ancestrales en relación con el bienestar y la salud requieren especial atención. Pese a que contamos con una política de salud intercultural —que no se termina de implementar—, y a que hay normas técnicas de atención intercultural del parto, este modo de ver la salud está todavía bien alejado de la formación de las y los profesionales de salud y de aquello que se valora en su desarrollo y desempeño profesional, que es lo que cuenta en su formación y expectativas cotidianas (el llamado “currículum oculto” de la formación médica, como indica Roberto Castro). En un estudio de Reyes (2011), se aprecia que en algunas Facultades de Medicina se enseñan ciertos cursos que incluyen estudios sobre medicina indígena, pero que lejos de comprenderla y dialogar con esta, los/as médicos/as serumistas, básicamente “toleran” algunas prácticas de la medicina indígena (como la pasada del cuy o del huevo) y más bien, experimentan un “choque cultural” en las zonas donde van a realizar su servicio rural o urbano marginal obligatorio (Reyes, 2011). Sin embargo, varios/as de estos/as serumistas tuvieron que aprender en la práctica, ante la impotencia para comunicarse y poder cumplir sus labores. Así se narra el caso de una médica, en la ceja de selva, que aprendió sobre el uso de plantas medicinales inflamatorias que empezó a recomendar (*Op cit.*, p. 67).

También hay algunos casos que nos hablan de un nivel de reflexividad y de autocuestionamiento respecto a esta distorsión de la formación en salud. Por ejemplo, me gustaría citar acá un testimonio del médico Daniel Rojas, quien a lo largo de su *Diario de un interno de Medicina*, se va cuestionado acerca del rato impositivo y las formas de maltrato que reciben los internos de Medicina, pero,

también, sobre el modo en que se trata y se percibe a las usuarias. En uno de sus registros del *Diario*, dice: “[...] Esto lo vi reflejado en un momento cuando me dieron la orden de dar una charla acerca de lactancia materna a las madres que tienen sus bebés en la Unidad de Cuidados Intermedios. Yo estaba preocupado porque no sabía cómo hacer una charla para ellas y también tenía una pereza por hacerla, estaba desmotivado y me dije en un momento: ‘pero por qué tengo que preocuparme si es una charla para las madres’ y de inmediato reaccioné y pensé: ‘¡Oye! ¡Te estás dando cuenta de lo que dices! ¡Trabaja bien! ¡Es para las madres!’ [...] En ese momento nació la pregunta: ‘¿entonces a quién servimos?’” (Rojas, 2018, pp. 122-23).

Aquí deseo resaltar que hacer una charla para las madres no es algo que había aprendido en la universidad, y justamente, en su *Diario*, reflexiona sobre cómo, en todo su proceso de formación, está pensando en cómo dar cuenta a sus superiores, no en cómo tener una buena relación, dialogante y respetuosa que básicamente pueda, por ejemplo, tener una validación por parte de las mujeres usuarias del servicio.

Quiero cerrar justamente esta parte de la presentación, retomando la pregunta con la que termina el testimonio de Rojas: ¿A quiénes y cómo sirven, finalmente, los y las profesionales de la salud? Creo que es fundamental reflexionar sobre ello para pensar en los derechos y la justicia reproductiva en el sector salud, pero también en los otros sectores del Estado, a nivel de las políticas y de la formación de los profesionales de salud y otros funcionarios en diferentes ámbitos. ¿Para quién son las políticas? ¿Para tener buenos indicadores, para cumplir con las metas y el sistema en que se registran, para cumplir con los requisitos de los incentivos, para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)? Las cifras dan cuenta de actividades realizadas o, en el mejor caso, de indicadores epidemiológicos, pero no siempre llegan a tener un correlato en la salud y calidad de vida de mujeres de carne y hueso, en aquellas en las que usualmente se dicen que se pone la prioridad, y cuya situación se trata de cambiar cuando se piensa en los indicadores de mortalidad materna, en los embarazos no deseados, en la malnutrición, pero ¿estarán estas políticas y estos profesionales pensando en ellas, en sus derechos, en sus circunstancias concretas y su modo de pensar? ¿O serán, pues, los números los que siguen rigiendo el presupuesto, las metas y los supuestos logros que viene teniendo nuestro país? Lamentablemente, lo que se ha venido ilustrando en las distintas etnografías y otros estudios que se han hecho en nuestro país, en los últimos 20 años, apunta a lo segundo.

#### **4. Con voz propia: verdad, justicia y reparación**

Para finalizar, quiero resaltar la lucha constante de las mujeres afectadas por las esterilizaciones forzadas. Recientemente se ha dado la Ley de Reparaciones, que las incluye como víctimas de las esterilizaciones, y hay un grupo que hace un seguimiento a las reparaciones, hay varias colectivas de las propias mujeres afectadas por las esterilizaciones y otras agrupaciones de mujeres que se solidarizan con esta causa. Podemos notar que aquí hay una gran diferencia respecto a lo

que decía Cristina Ewig en su estudio sobre *Neoliberalismo de la segunda ola* (2012), cuando mencionaba que si uno se pregunta por qué las esterilizaciones forzadas ocurrieron y se permitió que ocurrieran en el Perú, la respuesta es que las mujeres de zonas rurales e indígenas han sido históricamente excluidas por clase, por raza —que sabemos que es una invención ideológica para justificar la discriminación— y por género, han sido excluidas de todo, incluso de los ámbitos donde puedan tener voz. Creo que esto último, en los recientes años ha venido cambiando; ahora, hay mujeres que han sufrido esta violación de sus derechos y son denunciantes, que ahora levantan su voz sobre lo que significa para sus cuerpos, y en términos de su propia experiencia y sus mundos vitales (Ballón, 2014; Vásquez, 2020).

Recuerdo mucho la intervención de la señora Inés Condori, presidenta de la Asociación de Mujeres Víctimas de Esterilizaciones Forzadas de la Provincia de Chumbivilcas, en la primera mesa de este evento, donde ella decía: “Ahora, ya tenemos los ojos abiertos y ahora, yo voy a seguir gritando, no voy a dejar de gritar, en relación a lo que nos ha pasado”. Justamente, lo que mencionaba Esperanza Reyes en su artículo *No somos bultos para ser tratadas así* (2000), es que la mayoría de las denuncias no se habían registrado directamente por las víctimas de las esterilizaciones, sino que las habían hecho otras instituciones. Ahora son las propias mujeres víctimas las que están reclamando con sus voces y desde sus perspectivas, desde sus experiencias vividas, desde sus cuerpos, lo que ha sucedido. Es en ese contexto, que han hecho un estudio del comité de investigación del Instituto de Apoyo al Movimiento Autónomo de Mujeres Campesinas (IAMAMC), lo que es resaltado por Irene Ruiz (2021) en su publicación sobre la lucha de las mujeres víctimas de las esterilizaciones forzadas. Creo que ese es un cambio fundamental, que las propias víctimas sean las que estén recuperando estas formas de hacer y pensar la justicia. Como señala Ernesto Vásquez (2020), ello supone una aproximación interseccional a la justicia reproductiva, centrada en las mujeres y los diversos sistemas de discriminación en que se encuentran. En ese sentido, parte de la verdad que hay que recordar de las esterilizaciones forzadas es que son las estructuras de desigualdad social y discriminación étnica las que permiten el abuso, la exclusión, el chantaje, el tutelaje, la imposición sobre las mujeres indígenas, rurales y en situación de pobreza. Todo ello, en nombre de las metas de un supuesto bienestar concebido y medido por otros. Como también decía la señora Inés en la inauguración de este evento: “la gran diferencia es que ahora, estamos ahí para gritarlo, con voz propia y para defender nuestros derechos”. Y ahí estaremos, sumando. Muchas gracias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, J. (2001). *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Movimiento Manuela Ramos.
- Anderson, J., A. Diez, D. Dourojeanni et al. (1999). *Mujeres de negro. Estudio de casos de la muerte materna en zonas rurales del Perú*. MINSA.
- Ballón, A. (Comp.) (2014). *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*. Biblioteca Nacional del Perú.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Chávez, C., C. Yon y C. Cárdenas. (2015). *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDESEP a la salud intercultural*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Chirapaq (2019). Informe sobre maltrato y violencia contra las mujeres indígenas durante la atención de salud reproductiva, con enfoque en parto. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Chirapaq\\_Peru.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Chirapaq_Peru.pdf)
- Dierna, R., Salazar, X., y Vargas, R. et al. (1999). *Salvarse con bien: el parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú*. Ministerio de Salud.
- Francke, M. (1990). Género, clase y etnia: la trenza de la dominación. En Degregori et. al. *Tiempos de Ira y amor*. DESCO.
- Del Pino, P. et al. (2012). *Repensar la desnutrición, infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Ewig, C. (2012). *Neoliberalismo de la segunda ola: género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Guerra, L. (2019). *Changing birth in the Andes: culture, policy and safe motherhood in Peru*. Vanderbilt University Press.
- Gianella, G. (2014). Los médicos peruanos y las esterilizaciones forzadas: la historia aún no termina. En Alejandra Ballón, Comp., *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*. BNP, pp.73-92.
- Huayhua, M. (2006). *Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas*. Documento de Trabajo 147. Sociología y Política 42. Instituto de Estudios Peruanos.

- Planas, M., y Yon, C. (2021). Desafíos para la provisión de servicios de salud infantil en el Datem del Marañón desde un enfoque de los determinantes sociales. En *Aportes para la construcción de una salud intercultural en el ámbito amazónico*. Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza.
- Portugal, T., Yon, C. Yon y Vargas, R. (2016). *Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: "Saber y no poder": un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho)*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Reyes, E. (2000). "No somos bultos para ser tratados así". El programa de planificación familiar 1996-98. *Allpanchis XXXI*, (56), 107-128.
- Reyes, E. (2007) *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Reyes, E. (2011). "Allá es clínicamente así: saber llegar". De la formación a la práctica profesional médica. El servicio rural urbano marginal en salud (SERUMS). *Apuntes*, 38 (69), 55-80.
- Rojas, D. (2018). *Diario de un interno de medicina en un hospital público de Lima: aproximaciones a la educación médica y el sistema de salud en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Ruiz, I. (2021). *Pájaros de media noche. Las esterilizaciones forzadas en el Perú de Fujimori y la lucha de sus víctimas por ser reivindicadas*. Planeta.
- Vasquez del Aguila, E. (2020). PrecariousLives: Forced sterilization and the struggle for reproductive justice in Peru. *Global Public Health*.
- Velarde, L. (2007). "*Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas*". *Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho)*. Tesis (Mag.), PUCP. Escuela de Graduados. Mención: Sociología.
- Yon, C. (2000). *Preferencias reproductivas y anticoncepción: hablan las mujeres andinas*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Yon, C. (2015). "Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura". *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales* 42 (76), 9-36.
- Yon, C. (2016). Salud, nutrición, medio ambiente y desarrollo rural: cambios, continuidades y desafíos. En F. Durand, J. Urrutia y C. Yon (Eds.), *Perú: el problema agrario en debate. SEPIA XVI*, pp. 485-574. Seminario Permanente de Investigación Agraria.
- Yon, C. (2017). La interculturalidad realmente existente en salud. *Revista Argumentos* 11(3), 36-41.