

LA VOCACIÓN POR VOLVER A EMPEZAR: LAS POLÍTICAS DE POBLACIÓN EN EL PERÚ*

Marcos Cueto¹

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de revisión es proporcionar un panorama histórico del desarrollo de las políticas de población en el Perú, concentrándose especialmente en el papel de médicos y sanitaristas nacionales y de las agencias extranjeras en los últimos cuarenta años. El argumento del trabajo es que estas políticas han estado caracterizadas por la discontinuidad –principalmente por razones políticas– lo que ha llevado a los actores institucionales nacionales que participan en ellas a ser débiles, a que tengan poca capacidad de negociación con los donantes internacionales y a un constante regreso a temas que parecían haber sido resueltos en el pasado. El no haber comprendido y superado la inconsistencia de este patrón histórico explica en parte las dificultades de estas políticas por mantenerse como una prioridad en la agenda nacional. Este es un trabajo de corte histórico basado en una revisión de documentos y periódicos así como en entrevistas en profundidad con algunos de los protagonistas de las políticas de población en el país.

Palabras clave: Política de población; Programa de Planificación familiar; Artículo histórico; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The objective of this review paper is to show a historic overview for the development of population policies in Peru, specially focusing in the role of Peruvian physicians and public health specialists and foreign agencies during the past forty years. The main argument is that these policies have not been sustained – mainly because of political reasons – which led national participating institutions to have a weak role, to have poor negotiating capabilities with international donors and to a constant return to topics that may have been solved in the past. Lack of understanding and lack of willing for getting over all inconsistencies within this historical pattern partly explains all the difficulty for maintaining population policies as a priority in the national agenda. This is a historical review based in looking at documents and press articles, as well as performing deep interviews with some actors of population policies in this country.

Key Words: Population policy; Family planning programs; Historical article; Peru (source: DeCS BIREME).

ANTES DE 1960

Un primer periodo de estas políticas estuvo marcado por la convicción de que el decrecimiento poblacional era perjudicial, la esperanza que la medicina permitiría aumentar el número de peruanos y el esfuerzo de los médicos y las autoridades civiles (muchas veces en contra de las autoridades religiosas) de establecer registros civiles, y realizar los primeros censos departamentales y nacionales. Para Hipólito Unanue, fundador de la primera escuela de medicina del país a comienzos del siglo XIX,

la despoblación producida por la conquista española había sido parte de la ruina del país y creía que una renovada medicina y salud pública fueran factores centrales en un “apogeo” nacional¹. Algo más saltante del siglo XIX serían los intentos no coordinados de establecer registros civiles, que reemplazaran a los eclesiásticos, y realizar censos que generalmente estimaron, más que contaron a la población. Muchos fueron resistidos por la población indígena porque se temía que fueran instrumentos para aumentar los impuestos o la mita; como lo habían sido durante buena parte del periodo colonial.

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

* Este artículo se desarrolló como parte del proyecto PER7P203 “Investigación en Población y Desarrollo” entre el Instituto Nacional de Salud y el Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas (UNFPA). Las opiniones son del autor y no necesariamente representan a las instituciones auspiciadoras. El autor agradece la asistencia de Julio Nuñez.

El primer profesor de higiene de la Universidad de San Marcos, Francisco García Calderón (nombrado en ese cargo a comienzos del siglo XX), retomó el argumento de Unanue; es decir la despoblación explicaba la falta de desarrollo del Perú². Aunque algunos médicos de entonces se sumaron a las esperanzas de la llegada masiva de inmigrantes de Europa Occidental que no sólo harían crecer a la población sino “mejorar” al país; no pasaron muchas décadas para que se disipara esta esperanza porque esta inmigración nunca llegó en la dimensión esperada. El sucesor de García Calderón en San Marcos, Carlos Enrique Paz Soldán (quien ocupó la cátedra desde 1919 hasta comienzos de la década de 1960), consideraba que no se debía confiar en la llegada de inmigrantes europeos y relacionó el argumento de Unanue y García Calderón con la eugenesia (la doctrina sociomédica para la que existían razas superiores e inferiores). Según Paz Soldán bien podía seguir creciendo la población indígena si sus “características raciales” eran “mejoradas” a través de la educación, la salud pública y la vida militar³. Un supuesto importante de los médicos peruanos (así como de los políticos) era que el Perú era básicamente un país despoblado.

Los argumentos médicos a favor del crecimiento poblacional nativo se explican por la tradición católica del país, por su contexto (para el mercantilismo el aumento de la población era parte esencial de la fortaleza nacional); y a la debilidad de las organizaciones feministas en el Perú; que en otros países exigieron que las mujeres decidieran sobre el número de hijos que querían tener. Es importante destacar además que estas ideas predominaron en una nación que no registraba a sus ciudadanos y donde todo indicaba que aumentaba lentamente el ritmo de crecimiento poblacional. La realización del primer censo nacional en 1876 produjo la cifra de 2,7 millones de personas y el siguiente (que se llevó a cabo 65 años después, es decir en 1940) arrojó la cifra de 6,2 millones de peruanos. Ello demostraba una baja tasa de crecimiento demográfico (1,8 %) y donde la gran mayoría habitaba en las zonas rurales y andinas⁴.

CENSOS Y CONSENSOS A PARTIR DE 1960

Durante la segunda mitad del siglo XX, la población peruana empezó a crecer a un ritmo acelerado. Distintos demógrafos resaltan que sólo entonces, el Perú recuperó el nivel de población que tuvo en el siglo XVI; es decir, después de 400 años se revirtió la despoblación iniciada por la conquista española. Al mismo tiempo agencias bilaterales y multilaterales comenzaron a intervenir en el tema poblacional en los países en desarrollo. Muchas de los primeros estudios, propuestas y programas po-

blaciones fueron producto de una alianza de médicos peruanos y de estas agencias.

A comienzos de la década del cincuenta se fundó la Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF, que promovía medidas controversiales en países de tradición católica como el Perú como la anticoncepción. Casi al mismo tiempo, se creó el *Population Council* gracias al apoyo de John D. Rockefeller III, que pertenecía a una familia con un papel decisivo en los primeros programas sanitarios internacionales. Posteriormente el *Population Council* recibiría donaciones de otras fundaciones privadas como la Ford. Estas agencias introdujeron un nuevo concepto en la salud internacional; esta podía ser contraproducente en naciones pobres si no se atendía al crecimiento poblacional. Es decir, el controlar ciertas enfermedades infecciosas en un contexto de altas tasas de fertilidad y miseria; en última instancia sólo creaba más pobres⁵. De esta manera, la salud pública que había sido creada en parte para aumentar la población comenzó a incorporar entre sus supuestos el control del crecimiento poblacional.

A las agencias privadas descritas en el párrafo anterior se sumaron las multilaterales y bilaterales. Las Naciones Unidas organizaron la primera Conferencia Internacional sobre Población en Roma en 1954 para intercambiar estudios acerca de aspectos demográficos en los países en desarrollo. Una segunda reunión se llevó a cabo en Belgrado en 1965 para analizar los problemas que podían traer una fecundidad elevada en estas naciones. Trascendiendo el tenor académico de la Conferencia de Roma, en Belgrado se propuso regular el crecimiento poblacional. En estas reuniones empezó a crecer entre los especialistas de los países desarrollados, y en algunas agencias multilaterales como el Banco Mundial, el temor a una inminente sobrepoblación o “explosión” demográfica, que desde los países más pobres amenazaría la seguridad nacional y los recursos de los países más ricos⁶. De esta manera nació el neomalthusianismo (el inglés Malthus había advertido en el siglo XVIII de la brecha creciente entre el crecimiento de la población y el de los alimentos) y se estimaba que el problema demográfico en América Latina era un tema de preocupación mundial, que era donde más crecía la población de todas las regiones del Tercer Mundo, era un peligro mundial⁷.

Mientras tanto, la población peruana aumentaba sostenidamente y los censos nacionales se hicieron más regulares. Entre el censo de 1940 y 1961 la población creció de 7,1 millones de personas a 10,3 millones. Entre el de 1961 y el censo que se realizó diez años después (donde se registraron poco más de 14,1 millones de habitantes) la tasa promedio de crecimiento intercensal

fue la elevada cifra de 2,8 por ciento. Este crecimiento empezaba a producir serios desequilibrios sociales; se acentuaba la migración del campo a la ciudad donde no existía suficiente infraestructura y servicios, especialmente en relación a las viviendas y los servicios de sanidad. Ello está en parte ilustrado por el vertiginoso ritmo de aparición de las “barriadas”; que como diría Matos Mar “desbordo” al Estado (desde El Agustino en 1947, pasando por Comas en 1958, y siguiendo con Villa El Salvador en 1971).

Inspirados en las prioridades de los donantes internacionales y el impacto del crecimiento poblacional, médicos y sanitarios peruanos iniciaron las primeras actividades de planificación familiar. Por ejemplo, desde 1966 la Asociación Peruana de Paternidad Responsable brindaba información y métodos anticonceptivos para regular el número de hijos de las familias. Un año antes, un grupo de médicos y científicos sociales formaron el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD) que realizó investigaciones, participó en programas de salud materno infantil con el Ministerio de Salud y mantuvo una relación estrecha con el IPPF. Su Presidente fue el renombrado economista y ex parlamentario Alberto Arca Parró, que había organizado el censo en 1940. Poco tiempo después el Centro nombró como director al endocrinólogo José Donayre Valle; un profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que había trabajado con Gregory Pincus, el creador de la píldora anticonceptiva⁸. Una de las primeras donaciones que recibió el Centro fue de la Fundación Ford por un monto de 282 000 dólares americanos que le permitió asegurar personal, investigaciones y programas por algunos años⁹.

Casi al mismo tiempo que se formaba el CEPD, otras actividades privadas ligadas a la planificación familiar se desarrollaron con la inusual participación de sectores de la Iglesia Católica; como el Instituto Marcelino y el trabajo de un médico misionero norteamericano, Joseph Kerrins, quien a la cabeza de un Movimiento Familiar Cristiano distribuía píldoras anticonceptivas y daba charlas sobre el tema en el Agustino, así como en otros pueblos jóvenes de Lima¹⁰. Asimismo, endocrinólogos del Instituto de Investigaciones de Altura de Cayetano Heredia, como Roger Guerra García y Luis Sobrevilla, recibieron una donación de poco más de 166 000 dólares americanos del *Population Council* para estudiar los efectos de la altitud en la reproducción humana en Cerro de Pasco. Estos son algunos ejemplos de las actividades que se iniciaron en la década de los sesenta con financiamiento internacional.

Un evento fundamental para legitimar a los primeros estudiosos fue el Primer Seminario Nacional de Población

y Desarrollo realizado en Paracas en 1965. El evento fue auspiciado por el CEPD y financiado por USAID, la agencia de cooperación bilateral norteamericana que había sido creada pocos años antes por el presidente Kennedy para promover una modernización planificada. Un indicador de la relevancia del evento son los nombres de su lista de más de 70 asistentes entre los que se encontraban el presidente Fernando Belaúnde, el ministro de salud Daniel Becerra de la Flor, y el médico Carlos Monge Medrano. Además, participaron representantes del Ministerio de Salud, de varias universidades, del Instituto Nacional de Planificación, de la Organización Panamericana de la Salud, de USAID, y de la Fundación Ford¹¹. El tenor de la reunión fue elaborar políticas gubernamentales que regularan el incremento poblacional y prepararan al país para el impacto que, de todos modos, este tendría en distintas áreas sociales. Es importante resaltar que un vínculo fundamental durante los sesenta, entre los políticos y los médicos, fueron algunos pocos médicos que pertenecían al gobierno de Acción Popular de entonces como Javier Arias Stella, que era profesor en Cayetano Heredia y llegó a ser ministro de salud.

USAID había iniciado un programa de planificación familiar en 1965 y dos años después aprobó la promoción del uso de anticonceptivos (sobre todo condones y píldoras) en los países más pobres. Es importante notar que estos métodos de regulación de la fertilidad eran básicamente producidos en los Estados Unidos, por lo que los programas de AID fueron en la práctica un subsidio indirecto a la industria norteamericana. En la segunda mitad de los sesenta y comienzos de los setenta, USAID manejó recursos financieros más significativos que agencias privadas como el IPPF, *Population Council* y la Fundación Ford, y se convirtió en el principal donante en los programas de planificación familiar (Sólo en 1968 se estimaba que USAID había donado más de 34,7 millones de dólares americanos para una serie de países pobres que incluían a 14 Latinoamericanos). Hacia 1973 las actividades de USAID en temas de población se reforzaron con la legalización del aborto en los Estados Unidos⁹.

Muchas de las oportunidades presentadas por las prioridades de USAID y las propuestas que empezaban a surgir en el país (como las que se hicieron en el seminario de Paracas) fueron truncados por el golpe militar de 1968.

RETROCESOS E INTERREGNOS

El gobierno militar de Juan Velasco Alvarado, que se inició en 1968 con medidas de corte nacionalista, antiimperialista e izquierdista, abrazó sin mayores elaboraciones una ideología “pro natalista” y prohibió todas las

actividades referidas a la planificación familiar, inclusive aquellas relacionadas con la educación sexual. El CEPD tuvo que mantener un perfil bajo y quedó limitado a proyectos de investigación específicos sin esperanzas que estos pudiesen convertirse en el mediano plazo en políticas. Ello se produjo también en parte porque su director, el Dr. Donayre, fue nombrado, hacia 1970, en un cargo en el exterior. El régimen de Velasco (1968-1975) tomó medidas más drásticas contra otras organizaciones. Por ejemplo, la Asociación Peruana de Paternidad Responsable fue clausurada. Asimismo, en 1974, Velasco expulsó del país al IPPF y detuvo, (por poco tiempo) a Miguel Ramos Zambrano, su representante local.

La justificación tanto para los militares como para sus asesores izquierdistas fue el imperativo del "antiimperialismo"; se creía que existía una conspiración de los países anglosajones en impedir el nacimiento de más pobres; o en todo caso que Estados Unidos buscaba desviar la atención de lo que eran los verdaderos problemas estructurales como la explotación económica. Para el gobierno militar no existía un problema de "sobrepoblación" sino de "sobre explotación" de los pobres. Según Clinton los años de Velasco Alvarado fueron *duros, frustrantes y deprimentes para todos los que entendían la urgencia de programas de planificación familiar en el Perú*¹⁰.

Independientemente de los retrocesos nacionales, el tema poblacional se iba haciendo más relevante y complejo a nivel internacional. Un punto de referencia importante fue la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, realizada en 1974, donde se aprobó un plan de acción con 88 recomendaciones. Es importante destacar que este fue un evento intergubernamental en la que participaron representantes de 135 países entre los que se encontraba el presidente Ford de los Estados Unidos. Es decir, a diferencia de las reuniones anteriores donde se había enfatizado lo académico, desde Bucarest se empezaron a tender puentes entre los estudios y las políticas, y se buscó un compromiso de los gobiernos y las agencias multilaterales y bilaterales. Ello se reflejó en la creciente importancia de una nueva agencia multilateral del sistema de Naciones Unidas, el Fondo de Población y Naciones Unidas UNFPA.

El tema población empezó a resurgir con timidez pero con seguridad durante el gobierno militar de Francisco Morales Bermúdez (1975-1980) que atenuó las estridencias izquierdistas del gobierno de Velasco. Los censos se empezaron a hacer regularmente (después de 1961 se realizaron nuevamente en 1972, 1981 y 1993), es decir, aproximadamente cada diez años de acuerdo con la recomendación internacional. La práctica censal se consolidó con la creación, en 1969, de la Oficina Nacional

de Estadística y Censos y que fue la base para que seis años más tarde se creara el Instituto Nacional de Estadística, como una dependencia de la oficina del primer ministro (poco después se llamaría Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)).

Un ejemplo que el tema empezaba a ser retomado en serio por el gobierno de Morales Bermúdez; así, como una demostración de la validez académica y política del tema poblacional, fue el libro *Proyecciones de la población y de la economía: 1970-2000* de Juan Julio Wicht, un sacerdote jesuita y economista graduado de Harvard. Un indicador de que el régimen de Morales Bermúdez fue sensible a este tipo de investigaciones y a las prioridades de los donantes internacionales fue el decreto de 1976 llamado *Lineamientos de políticas de población* basado en el estudio de una comisión entre cuyos integrantes estaba Wicht. Los *Lineamientos* establecieron la meta de reducir la tasa bruta de natalidad de 42 a 24 por mil para el año 2000, lo que daría al país una población de 28 millones y una tasa de crecimiento de 1,7 por ciento¹². Asimismo, se esperaba que esta política fuese multisectorial y parte un plan nacional de desarrollo. Aunque los *Lineamientos* significaban un cambio en relación al gobierno de Velasco, no fue seguida por un plan específico de implementación.

Sin embargo, en la segunda mitad de los setenta surgieron nuevas instituciones como el Instituto Peruano de Paternidad Responsable, INPPARES, que se convirtió en el representante del IPPF (recreando a la asociación cerrada por Velasco), y la Asociación Multidisciplinaria de Investigación y Docencia en Población, AMIDEP, (ambas creadas en 1977). La primera brindaba información y servicios de planificación familiar a mujeres de bajos recursos económicos. La última fue creada por investigadores y profesores universitarios que ya habían tenido alguna actividad académica en el tema población como Roger Guerra García y buscaba desarrollar investigaciones y actividades de docencia, y posteriormente, en la década de 1990, empezó a publicar la *Revista Peruana de Población*. Ambas instituciones organizaron un importante evento en Tarma en 1979 que dio origen a la publicación *Problemas poblacionales peruanos*, donde se discutía el impacto del crecimiento demográfico en la educación, la migración y la salud infantil¹³.

EL CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

Un cambio más notorio se produjo en 1980, cuando el segundo gobierno democrático del presidente Belaunde, aprobó las normas de planificación familiar, y poco después creó un Consejo Nacional de Población, una institución gubernamental que dependía de la oficina

del primer ministro¹⁴. El consejo congregó a un grupo brillante de intelectuales y especialistas, editó libros, folletos, carteles, y materiales educativos, trabajó con el Ministerio de Educación gracias a fondos de la UNESCO y organizó un seminario sobre comunicación sobre temas poblacionales en 1984¹⁵. Al mismo tiempo, periodistas de diarios como *Expreso* empezaron a darle una atención consistente al tema de población¹⁶. Sin embargo, las valiosas actividades del consejo no siempre se convirtieron en políticas. La mayoría de los políticos mantuvo una actitud de indiferencia o ambigüedad con respecto al tema de población en parte por la influencia de la Iglesia Católica, que desde los setenta empezó a oponerse con vigor a las políticas de planificación familiar, y por una tradición intelectual que consideraba al Perú como un país despoblado y un mito la “explosión demográfica.” Un resultado indirecto de esta indiferencia era que los embarazos no deseados, embarazos adolescentes, prácticas abortivas que iban en contra de la salud, la contracepción y la educación sexual, eran temas evadidos en la discusión pública.

Recién en la década de 1980, cuando el acelerado crecimiento demográfico y la migración del campo a la ciudad parecían ser fenómenos ineludibles, los gobernantes peruanos comenzaron a tomar cartas en el asunto. En 1980, un nuevo censo mostró que se había superado la cifra de once millones de peruanos y la migración masiva del campo a la ciudad parecía amenazar la seguridad y la capacidad de Lima y de algunas ciudades provinciales¹⁷. Hacia 1981 la relación predominantemente rural que había existido por siglos en el país se había invertido definitivamente: el 65 por ciento de la población ya era urbana y no rural (actualmente se estima en 72 por ciento a los habitantes urbanos).

Desde 1983 el Ministerio de Salud, bajo el régimen de Belaunde, ofreció servicios de planificación familiar gracias a la influencia de médicos sintonizados con las corrientes sanitarias internacionales. Dos años después, y en parte por influencia del consejo, se aprobó la primera Ley de Población que proponía un balance entre el tamaño de la población, su distribución y el desarrollo socio-económico. Asimismo, daba al Estado la responsabilidad el hacer accesibles métodos anticonceptivos en los servicios públicos de salud¹⁸.

A pesar que en 1985 se produjo un recambio de personal en el consejo, por razones enteramente políticas, existió cierta continuidad con el gobierno de Alan García, quien aprobó en 1987, el primer programa nacional de población y trató de hacer realidad la ley aprobada por Belaunde. Sin embargo, la mayoría de las propuestas no lograron implementarse. En esta misma línea de

leyes “ideales” estuvo el segundo programa nacional de población formulado en 1991 por el recién electo presidente Alberto Fujimori. Este programa buscó reducir la tasa de crecimiento poblacional de 2,1 a 2 por ciento y la tasa total de fertilidad de 3,5 a 3,3 por ciento, así como disminuir las preocupantes tasas de mortalidad materna e infantil. A pesar que la tasa de mortalidad infantil había caído en los 26 años precedentes (entre 1965 y 1991), de 130 a 80 por cada 1000 nacidos vivos, el país estaba rezagado en este indicador en América Latina. La cifra de la mortalidad materna era más seria; más de 200 muertes por cada mil nacidos vivos, lo que colocaba al Perú apenas sobre Bolivia y Haití en la región.

La información estadística se fue haciendo más compleja y elaborada, permitiendo comparar regiones y grupos etarios. Además de los censos y del trabajo del INEI, las encuestas demográficas y de salud familiar, ENDES, organizadas por el INEI, se fueron haciendo cada vez más frecuentes (organizadas por primera vez en 1986 y luego en 1991, 1996 y 2000). Asimismo, las encuestas nacionales de hogares, ENAHO, se hicieron regulares desde los noventa. Estos instrumentos proporcionaron información valiosa sobre la fecundidad, el conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos, el embarazo adolescente, y la mortalidad materna e infantil¹⁹.

ENTRE LA GAG RULE Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A mediados de la década de 1980, publicaciones como el informe de la *National Academy of Sciences Population Growth and Economic Development: Policy Questions*, trataron de superar el énfasis previo de una “amenaza” de sobrepoblación mundial y propusieron políticas integrales y sustentables que no priorizaran la planificación familiar. Asimismo, sostuvieron que, al contrario de los que tradicionalmente se había pensado, el aumento poblacional en los países pobres era un factor que contribuiría al desarrollo económico, y que la ciencia y tecnología resolverían los problemas de falta de alimentos y recursos naturales limitados que pudiesen generarse. Estas ideas fueron apoyadas por el gobierno conservador de Ronald Reagan (elegido en 1981) que restringió la planificación familiar en su cooperación bilateral. Además, Reagan recortó los fondos de los programas internacionales y multilaterales, como el IPPF y UNFPA, dedicados al tema de población. A partir de 1984, cuando comenzaba su segundo periodo, Reagan avanzó más decididamente. Ello se hizo evidente en la Conferencia Internacional de Población en Ciudad de México en ese año donde los delegados norteamericanos dejaron de considerar la sobrepoblación como un peligro mundial. Poco después de México, Reagan dictó la así llamada *Global Gag Rule*

que prohibía que USAID brinde asistencia a organizaciones que ofreciesen servicios relacionados con el aborto. Se criticaba que las ONG brindaban una pobre calidad en sus servicios, utilizaban incentivos para conseguir metas y forzaban el consentimiento de los padres para disminuir el número de sus hijos.

Estos cambios internacionales tuvieron poca incidencia en el país porque los gobiernos de García, e inicialmente Fujimori, estuvieron absorbidos por la grave crisis política y económica que vivió el país entre fines de los ochenta y comienzos de los noventa. Sin embargo, a partir de la elección en 1993 del presidente demócrata Bill Clinton varias cosas cambiaron en la cooperación bilateral y en los programas poblacionales peruanos. Primero, se suspendió la *Gag Rule* y se restituyó el apoyo financiero norteamericano a UNFPA, que en la práctica había sido congelado entre 1986 y 1992.

Un evento crucial de entonces fue la reunión realizada en El Cairo en septiembre de 1994 denominada *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, organizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la División de Población del Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés la reunión fue conocida como ICPD y si se contaban a las anteriores esta era la quinta conferencia de población). Trabajaron activamente en la elaboración de un programa de acción para los próximos 20 años, 10 757 representantes de gobiernos, organismos no gubernamentales, universidades, medios de comunicación y agencias de cooperación. Según Alicia Yamin esta reunión fue un hito fundamental porque *reconceptualizó lo que había sido un discurso de control demográfico en uno de derechos y salud reproductiva*²⁰.

A partir de ICPD se produjo un cambio en el lenguaje de los especialistas: el término *planificación familiar* fue reemplazado por uno más amplio y holístico: *salud sexual y reproductiva*. Para definir la salud sexual y reproductiva se apeló a la conocida definición de la salud del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud remarcando que el nuevo concepto no sólo connotaba la ausencia de enfermedad, sino un bienestar pleno. Asimismo, se enfatizó que era necesario lograr una mayor accesibilidad a los servicios, y a la información sobre la salud sexual y reproductiva²¹. ICPD vinculó el tema poblacional al desarrollo humano; la protección del medio ambiente; la equidad entre sexos; y el respeto de los derechos humanos. Esto último significaba sobretodo evitar los "excesos" de la planificación familiar (como la política de un solo niño por familia de la China o las esterilizaciones forzadas de la India) y el empoderamiento

de las mujeres. Un elemento fundamental de ICPD fue proponer mayor autonomía para las mujeres mediante servicios de educación, empleo y de salud. También se abordó la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA como un derecho de los pacientes, en parte porque activistas en todo el mundo cumplieron un papel decisivo en conceptualizar a la salud como un derecho humano.

La conferencia del El Cairo alcanzó un acuerdo general concretado en el Programa de Acción. Durante las últimas sesiones plenarias algunos países latinoamericanos se sumaron al pedido de El Vaticano de hacer "reservas" al documento final. A pesar que el Vaticano inicialmente no rechazaba algunos términos como "salud sexual" estaba en contra que se incluya cualquier referencia al aborto. Eventualmente la Santa Sede censuró términos asociados con la nueva propuesta como "salud sexual y reproductiva", y "derechos sexuales y reproductivos" porque los consideraba "moralmente" inaceptables. La delegación oficial peruana a la reunión de El Cairo estuvo encabezada por la ministra de la mujer Miriam Sche-none, quien formalmente tenía bajo su responsabilidad lo que quedaba del Consejo de Población y que tuvo a veces una posición ambigua²². En términos generales, la recepción inicial oficial peruana a los acuerdos de ICPD fue contradictoria e incongruente. El gobierno llegó a firmar los documentos de la reunión del Cairo e inclusive participaba en convenios regionales similares; como el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo y la Declaración Andina sobre Población y Desarrollo (aprobados antes a la Conferencia de El Cairo). Lo que ocurrió en la práctica fue que nuevas normas oficiales parecían estar de acuerdo con las agencias internacionales pero en realidad se elaboraron sin haber asimilado plenamente las estrategias integrales de ICPD. Por ejemplo, disposiciones del Ministerio de Salud empezaron a incluir actividades clínicas en "salud sexual y reproductiva", pero le daban poca importancia a la educación, la prevención, la información a la comunidad.

Mientras tanto, la realidad poblacional mostraba que era necesario realizar intervenciones decididas. Según el censo de 1993 la población, que entonces llegó a 22,6 millones de personas, indicaba que se había duplicado el número de habitantes en poco más de veinte años. Asimismo, los datos que se iban acumulando gracias a los ENDES y ENAHO mostraban una inequidad de información y acceso a servicios. Una vez más el impulso vino desde el exterior. Como consecuencia de la presidencia de Clinton y de la reunión en El Cairo, USAID empezó a apoyar los programas poblacionales. A partir de 1995 la agencia bilateral norteamericana apoyo en el Perú un proyecto sin precedentes liderado por una ONG peruana:

el proyecto REPOSALUD. Con un presupuesto de cerca de 20 millones de dólares americanos donados a la ONG Manuela Ramos se brindó educación en salud sexual y reproductiva y crédito a mujeres de pocos recursos en ocho regiones del país. Estas mujeres tenían en común vivir en condiciones materiales pobres, tener poca educación formal y hacer poco uso de anticonceptivos. Se suponía que el crédito, para empresas colectivas de mujeres, permitiría que ellas no fueran dependientes de sus parejas e indirectamente les dieran mayor autonomía en las decisiones ligadas con la salud reproductiva.

Era algo inusual que una agencia bilateral que tradicionalmente prefería trabajar con organismos oficiales tratara de cumplir sus objetivos a través de una ONG. Una razón que explica esta decisión fue la creciente sospecha que muchos programas de cooperación internacional nunca llegaban a sus destinatarios debido a la corrupción oficial y el mal manejo de recursos por parte del Estado. Un indicador de la importancia del proyecto es que representaba el 25 por ciento de la cooperación de la agencia bilateral norteamericana en el país²³. Paradójicamente, cuando el proyecto estaba en sus primeros años de desarrollo empezó a sufrir las restricciones puestas por los republicanos en el congreso norteamericano que restringieron los gastos de UNFPA y de los programas de USAID en salud sexual y reproductiva. Las Manueles (como popularmente se las conocía) tuvieron que escoger entre la disponibilidad de recursos financieros de USAID y la continuación de su defensa del derecho del aborto. Como resultado la ONG vio en algo interrumpido su trabajo y busco fuentes alternativas de financiamiento.

ENTRE LOS DERECHOS Y LA “EFICIENCIA”

Desde mediados de 1995, en que el régimen autoritario de Alberto Fujimori inició su segundo mandato, la actitud del Estado peruano comenzó a cambiar. Fujimori anunció que permitiría que las familias pobres tengan acceso a la planificación familiar tal como lo tenían las de mayores ingresos. Sorprendiendo a propios y a extraños, fue el único presidente varón que participó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer organizada por Naciones Unidas en septiembre de 1995 en Beijing, China. Este importante evento desarrolló más extensamente las propuestas del ICPD; se propuso eliminar las inequidades sociales y la discriminación sexual, como una manera de mejorar la salud sexual y reproductiva. En parte influenciado por estas ideas, pero al mismo tiempo buscando una adaptación reduccionista al país, en febrero de 1996, Fujimori auspició la creación del Programa Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Ministerio de Salud. Un año después, su gobierno

creó una Comisión Nacional de Coordinación de Políticas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, COORDIPLAN, donde participaban altos representantes de los ministerios de la mujer, de salud, de educación y de la seguridad social. Entre los temas que priorizó esta comisión estuvieron la disminución de la alta tasa de mortalidad materna que se estimaba entonces que llegaba a 261 por 100 mil nacidos vivos (con rangos regionales que iban 122 a 581 por 100 mil nacidos vivos lo que significaba que en 1993, por ejemplo, murieron 1670 mujeres). Asimismo se buscó disminuir la alta tasa de fecundidad del país (el promedio nacional era de 3,4 hijos por mujer), especialmente en las zonas rurales²². Otra cifra preocupante que alcanzó mayor notoriedad entonces fue el elevado número de abortos clandestinos en el Perú. Según un informe realizado por una organización extranjera en 1994 se produjeron 271 150 abortos inducidos, de los cuales 47% se complicaba causando lesiones o muertes²⁵.

Eventualmente, el régimen fujimorista no tuvo en cuenta la integralidad de las estrategias de El Cairo y Beijing y se concentró en una sola técnica de regulación poblacional: la anticoncepción quirúrgica voluntaria, AQV. En septiembre de 1995, y luego de un encendido debate, el Congreso modificó un artículo de la Ley de Política Nacional de Población para incluir la AQV como un método legal y accesible en los servicios públicos. Al mismo tiempo, para tranquilizar la oposición de la Iglesia, se ratificó que el aborto no era un método legal de planificación.

Eventualmente, la medida se implementó entre las mujeres más pobres del campo durante los años 1996-1998. Se fijaron “metas” sin tomar en cuenta la calidad de los servicios ni la voluntad de las mujeres o de sus parejas. Como resultado, se produjeron graves violaciones a los derechos humanos en campañas de ligadura de trompas muchas veces a cambio de dinero, alimentos o productos²⁶. Aunque las estimaciones de las personas afectadas varían, uno de los principales estudios señala que 314 917 madres y padres fueron presionados para aceptar las esterilizaciones, la mayoría de ellos vivían en zonas rurales.

¿VOLVIENDO A EMPEZAR?

Después de Fujimori, tanto el gobierno de Valentín Paniagua como el de Alejandro Toledo, carecieron de una política consistente de población y de salud sexual reproductiva. Ello ocurrió a pesar que los censos del 2000 y 2005 (que registraron 25,9 y 27,9 millones de habitantes) brindaron la oportunidad de generar un debate sobre la relación del desarrollo con las políticas de población del

país. Además, las prioridades de las agencias internacionales cambiaron nuevamente cuando el presidente norteamericano George Bush, hijo, volvió a imponer el *Gag Rule* poco después de iniciado su mandato en el 2001. Dos años más tarde, Bush extendió las restricciones de ayuda de USAID a organizaciones no gubernamentales en países en desarrollo que ofrecieran información o servicios relacionados con el aborto, aún cuando estos sean legales en esos países o que estas actividades se hicieran con recursos no norteamericanos. Este cambio internacional favoreció posiciones conservadoras en el país que a partir del año 2001 empezaron a tener mayor fuerza. En los vaivenes que atravesó la dirección del Ministerio de Salud durante el gobierno de Toledo se desmantelaron los avances que se habían producido en algunas áreas, y algunos ministros trataron de imponer sus visiones conservadoras de la religión católica en la salud pública del país. Sus objetivos eran pocos pero claros: desechar cualquier método de planificación familiar, cuestionar el uso de términos como “género” y “salud sexual y reproductiva” y oponerse a cualquier forma de anticoncepción artificial²⁷.

En las vicisitudes típicas de la política nacional, el Ministerio experimentó un cambio positivo en los últimos años bajo la dirección de Pilar Mazetti, que buscó políticas racionales con respecto a la salud sexual y reproductiva y un diálogo con la sociedad civil a pesar que se vio envuelta en una controversia sobre el derecho de las mujeres a la anticoncepción oral de emergencia. En el año 2001 se había determinado que la así llamada “píldora del día siguiente” se diera en forma gratuita en los establecimientos de salud. Sin embargo, miembros del Congreso acusaron a Mazzetti de promover el aborto, el cual es aún ilegal en Perú (excepto en circunstancias que ponen en riesgo la vida de la madre). Mazzetti se defendió diciendo que estas píldoras no eran abortivas y servirían para que las mujeres pobres puedan reducir el número de embarazos no deseados y, por lo tanto, el número de abortos ilegales. Sin embargo y lamentablemente, el debate no generó una discusión más amplia sobre la salud sexual y reproductiva en el país.

CONCLUSIONES

Las políticas oficiales sobre población en el Perú son relativamente recientes; se remontan a las últimas décadas del siglo XX. En este periodo, además, se han desarrollado técnicas de registro e investigaciones sobre la población peruana. Sin embargo, las políticas han estado generalmente divorciadas de las informaciones y opiniones técnicas. En cambio, estas políticas han estado marcadas por la discontinuidad y por el patrón

que su generación, o consolidación, esté marcado por las cambiantes agendas de instituciones extranjeras, especialmente USAID. Este patrón de inconsistencia ha reforzado la fragmentación entre el Estado, los organismos no gubernamentales, la sociedad civil, y las agencias, ha hecho precarios los logros y ha acostumbrado a la sociedad civil a ser un espectador pasivo de discusiones parciales y efímeras. La persistencia de este patrón ha llevado a que cada vez que aparece una propuesta poblacional holística pareciese que se volviese a empezar. Para superar este patrón es necesario no tanto esperar lo que hagan las agencias internacionales ni confiar en mejorar la calidad de la información demográfica como asegurar la continuidad e integralidad en las políticas de población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Unanue H.** Decadencia y restauración del Perú, discurso en el anfiteatro anatómico. En: Unanue H. Obras científicas y literarias. Barcelona: Tipografía la Academia de Serra Hermanos y Russell; 1914.
2. **Graña F.** El problema de la población en el Perú: inmigración y autogenia. Lima: Tip. El Lucero; 1908.
3. **Mendoza W, Martinez O.** Las ideas eugenésicas en la creación del Instituto de Medicina Social. An Fac Med 1999; 60(1): 55-60.
4. **U.S. Dept of Commerce, Bureau of the Census.** Population of Peru: Estimates and projections: 1962-2002. Washington D.C.: U.S. Govt. Printing Office; 1971, p. 6. Demographic reports for foreign countries; ser. P-96, N° 4.
5. **Donaldson PJ.** On the origins of the United States Government's international population policy. Popul Stud (Camb) 1990; 44(3): 385-99.
6. **Jones JM.** Does overpopulation mean poverty? The facts about population growth and economic development. Washington: Center for International Economic Growth; 1962.
7. **Center for Policy Studies of the Population Council.** Population brief: Latin America. Popul Dev Rev 1980; 6(1): 126-52.
8. **Sobrevilla L.** Políticas de población y programas de planificación familiar en el Perú. Lima: Consejo Nacional de Población; 1984.
9. **Agency for International Development.** Population Program Assistance. Washington D.C.: Population Service, 1968.
10. **Clinton RL.** Población y desarrollo en el Perú. Lima: Universidad de Lima, 1985, p. 71.
11. **Centro de Estudios de Población y Desarrollo.** I Seminario Nacional de Población y Desarrollo. Lima: Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 1967.
12. **Instituto Nacional de Planificación.** Lineamientos de Política Población en el Perú. Lima: Instituto Nacional de Planificación; 1976.

13. **Guerra-García R, Sara V.** Problemas poblacionales peruanos. Lima: AMIDEP; 1980.
14. **Consejo Nacional de Población.** La política de población del Perú. Lima: Consejo Nacional de Población; 1984.
15. **Bonglifo G.** Panorama de la comunicación en población en el Perú. Cuad Comun AMIDEP 1987; 1: 13-23.
16. **Abraham R.** La prensa escrita y la planificación familiar. Cuad Comun AMIDEP 1987; 1: 113-18.
17. **Matos Mar J.** Desborde popular y crisis del estado: el nuevo rostro del Perú en la década de 1980. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1984.
18. **Bonglifo G.** 25 años de debate sobre temas de población en la prensa peruana: 1974-1999. Lima: UNFPA; 1999.
19. **Kost K.** The dynamics of contraceptive use in Peru. Stud Fam Plann 1993; 24(2): 109-19.
20. **Yamin AE.** Identidad, derechos, ciudadanía y poder: reflexiones para promover la salud reproductiva y sexual de las mujeres de la Amazonía. En: Valdellano E, Riquelme E (eds). Salud internacional en la Amazonia: Perspectivas desde la cultura, el género y la comunicación. Iquitos: Minga; 2004, p. 31.
21. **Ashford LS.** New perspectives on population: lessons from Cairo. Popul Bull 1995; 50(1): 1-44.
22. **Schenone M.** Statement of Peru, International Conference on Population and Development [Documento en internet]. Geneva: United Nations Population Information Network, UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Population Fund; 1994. Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/gov/940913160527.html>.
23. **Rogow D, Wood S.** Reprosalud: Feminism meets USAID in Peru. In: Haberland N, Measham D (eds.). Responding to Cairo: case studies of changing practice in reproductive health and family planning. New York: Population Council; 2002. p. 376-394.
24. **Salgado L.** Política de salud reproductiva y planificación familiar [documento en internet]. Diario El Peruano 1997; diciembre 18. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/1997/mujer/esteril.htm>.
25. **Consortio Mujer.** Calidad de atención en salud reproductiva: una mirada desde la ciudadanía femenina. Lima: Movimiento Manuela Ramos; 1998, p. 10.
26. **Tamayo G.** Nada Personal: reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú. Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer; 1999.
27. **Chávez S.** Cuando el fundamentalismo se apodera de las políticas públicas: políticas de salud sexual y reproductiva en el Perú en el período julio 2001-junio 2003. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; 2004.

Correspondencia: Dr. Marcos Cueto. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
Dirección: Avenida Honorio Delgado 430, Lima 31, Perú
Correo electrónico: mcueto@upch.edu.pe