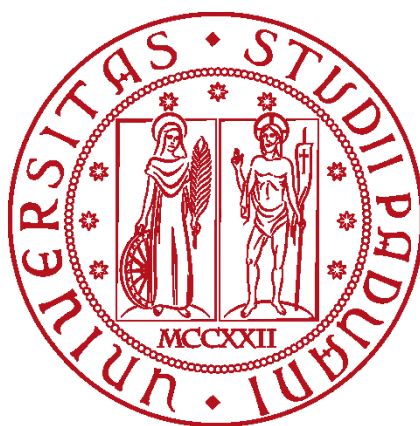


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di Laurea Triennale in Scienze politiche, relazioni
internazionali, diritti umani



Conseguenze sulle politiche di programmazione familiare a
seguito del Programma Nazionale per la Salute Riproduttiva e la
Pianificazione Familiare del Perù 1996-2000

Relatore: Prof.ssa LORENZA PERINI

Laureanda: MARIA JOSÉ CASPON
matricola N°: 1198555

A.A. 2021/2022

Indice

Introduzione

Capitolo 1: Le condizioni del Perù che precedettero l'implementazione del Programma (1960-1995)

1.1 Contesto demografico

1.1.1 Popolazione, crescita e cambiamenti progettati

1.1.2 Contesto economico

1.1.3 Contesto migratorio interno

1.1.4 Mortalità generale, infantile e materna

1.2 Evoluzione e tendenze della fecondità

1.2.1 A livello nazionale

1.2.2 Fecondità per aree urbana e rurale

1.2.3 Discriminazione culturale e di genere: l'accesso all'istruzione e alla salute come fattori limitanti all'accesso di servizi di salute riproduttiva

1.2.3.1 Discriminazione di genere e culturale

1.2.3.2 Istruzione

1.2.3.3 Sanità

1.3 Sviluppo dei primi Programmi di Pianificazione Familiare in Perù prima del 1995

1.3.1 Introduzione Programmi

1.3.2 "Los inicios" (1964-1984)

1.3.3 "La expansión" (1985-1995)

Capitolo 2: *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*

2.1 Contesto previo al Programma

2.1.1 Panorama politico prima metà anni Novanta:

2.1.2 Fujimori ed i diritti sessuali e riproduttivi

2.2 Programma (PNRSF 1996-2000)

2.2.1 Obiettivi e traguardi

2.2.2 strategie

2.2.3 Quadro normativo per la fornitura dei servizi del Programma

2.3 Critiche al Programma

2.3.1 Politica indirizzata alla sterilizzazione femminile di donne rurali e povere

2.3.2 Rivolto a ridurre i tassi di povertà riducendo il numero di poveri utilizzando l'AQV

2.3.3 Prevalenza delle AQV

2.3.4 Critiche alla progettazione del Programma (uso di metas e quote numeriche)

2.4 Denunce ed indagini

2.4.1 Pratiche contrarie al libero ed informato consenso

2.4.2 Irregolarità nella prestazione dei servizi

2.5 Vittime e testimonianza

2.5.1 Caso di María Mamérita Mestanza Chávez

2.5.2 Testimonianze

2.6 L'assente riparazione

2.6.1 L'Accordo di Risoluzione Amichevole nel caso di Mamerita Mestanza

2.6.2 La lunga strada verso la giustizia

2.6.2.1 Primo archiviazione del Pubblico Ministero 2009

2.6.2.2 Secondo archiviazione del Pubblico Ministero 2014

2.6.2.3 Terzo fascicolo del Pubblico Ministero 2014

2.6.2.4 L'inizio del processo giudiziario

2.7 Un registro che non genera diritti

Capitolo 3: Impatto del Programma sui successivi Programmi di Pianificazione Familiare e salute sessuale- riproduttiva

3.1 I risultati del Programma nel breve periodo

3.1.1 La sterilizzazione

3.1.2 Tassi di mortalità e fecondità

3.1.3 L'uso dei metodi contraccettivi

3.2 La reazione conservatrice 2001-2006

3.3 Il ritorno alla “normalità” 2006-2019

3.3.1 L'accesso ai servizi

3.3.2 Fertilità e mortalità materna

3.4 L'emergenza sanitaria: COVID-19 2020-2021

Conclusioni

Riferimenti Bibliografici

INTRODUZIONE

Questa tesi presenta inizialmente le condizioni demografiche del Perù, paese latinoamericano caratterizzato da una popolazione etnicamente varia e ricca culturalmente. Tuttavia anche caratterizzato da una forte disuguaglianza, caratteristica di tutto il continente. Quando a partire degli anni Sessanta s'iniziarono a sviluppare i programmi di pianificazione familiare, conseguenti al boom demografico mondiale, s'iniziò a notare un forte divario tra le donne povere e benestanti, istruite e analfabete, indigene e *blancas*¹, rurale e urbane.

Le donne più vulnerabili, vivevano in condizioni di disuguaglianza, discriminazioni e violenze continue da parte della stessa popolazione, ma anche da parte dello Stato. Con lo svolgersi dei programmi, ebbe inizio la transizione della fecondità nel Perù a partire degli anni Settanta. Tuttavia la transizione fu soprattutto per le donne con più possibilità socio-economiche, mentre le donne povere rurali e indigene avevano un minimo accesso alla cura della loro salute sessuale e riproduttiva. Visto che inizialmente i metodi contraccettivi erano forniti soprattutto dal settore privato, quest'ultime non riuscivano ad usufruirne. Ciò accrescendo i gravi divari già esistenti, perché se una donna non ha la libertà di decidere quanti figli vuole avere, esso influisce altri ambiti. Ad esempio l'interruzione dell'istruzione, di conseguenza il non conseguimento di un buon lavoro o il dovere, non per scelta, ser *ama de casa*², creando un circolo vizioso di povertà e limitando le loro opportunità. Tutto questo coinvolgendo negativamente non solo le donne, ma anche l'intera comunità.

Questa tesi analizza i diversi programmi di pianificazione familiare e salute sessuale-riproduttiva della storia peruviana. Vengono distinti in 6 fasi, a seconda soprattutto dell'influenza politica della fase e del contesto storico. Viene posta speciale attenzione al Programma autoritario del 1996-2000, il quale si avviò

¹ Tratti europei, forte cultura hispanizadas?

² casalinga

durante un particolare contesto: la rivendicazione internazionale dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e in una società sanguinante a causa della fine del conflitto armato interno, panorama di gravi violazioni dei diritti umani.

Il particolare interesse al Programma del 1996-2000 è dovuto all'impatto che esso ha al giorno d'oggi ancora sulla popolazione peruviana. Oltre alla sua importanza nella riduzione del tasso di fecondità totale delle donne rurali, indigene e povere, viene ricordato per le diverse denunce di sterilizzazione forzate e alle terribili negligenze che causarono la morte di quasi due decine di donne e uomini, almeno quelle comprovate dallo Stato. Viene criticata di essere una politica massiccia indirizzata alle donne indigene: durante questi anni si sterilizzarono un totale di 272.028 donne e 22.004 uomini. Tuttora le vittime non sono state risarcite e gli esecutori non puniti.

Al giorno d'oggi questa politica è una tematica molto controversa da discutere. La popolazione peruviana è divisa tra quelli che dicono che esiste una politica massiccia di sterilizzazione forzata alle donne indigene, mentre altri supportano che fu una leggenda.

Il tanto discusso programma ebbe subito delle enormi conseguenze nei successivi programmi, limitando soprattutto la possibilità di accesso ai metodi dei cittadini più vulnerabili perché la salute sessuale e riproduttiva ebbe una minore priorità nel bilancio pubblico e nell'agenda politica. Vengono analizzati i programmi fino al 2020, compresa l'emergenza sanitaria del COVID-19. Si sono tenute in considerazione le risposte dello Stato e la priorità che esso dà alla Salute Sessuale e Riproduttiva.

In conclusione, si segnaleranno le sfide che lo Stato peruviano deve ancora affrontare per poter fornire un migliore accesso alla sanità sessuale e riproduttiva, comportando maggiore libertà di scelta sul futuro.

CAPITOLO 1

Le condizioni del Perù che precedettero l'implementazione del Programma (1960-1995)

1.1 Contesto demografico

1.1.1 Popolazione, crescita e cambiamenti progettati

Il Perù negli ultimi decenni del novecento, come la maggioranza di paesi nel mondo, subì delle grandi trasformazioni in svariati aspetti e pertanto spuntarono nuove sfide e altrettante necessità. Tra i grandi cambiamenti uno importante fu la transizione demografica della popolazione, prodotto di una significativa riduzione del tasso di mortalità e una riduzione del tasso di fecondità, anch'essa importante ma posteriore. Ed essendo il Perù un paese tanto eterogeneo a livello etnico, geografico, culturale e socioeconomico, sarà necessario contemplare diversi aspetti per capire sua complessità.

Conseguentemente alla crescita accelerata della popolazione peruviana, il numero di abitanti viene quasi quadruplicato passando da 6.2 milioni in 1940 a più di 23,5 milioni in 1995, secondo i dati statistici dell'INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). Nonostante negli ultimi decenni del novecento il tasso di crescita della popolazione stesse continuamente diminuendo, l'INEI e le Nazioni Unite prevedevano una continua crescita della popolazione che sarebbe durata ancora molti anni. Infatti l'INEI prevedeva che nel 2000 la popolazione sarebbe diventata di 25,7 milioni di abitanti, che invece furono 26,4 milioni.

Questo processo di transizione demografica fu caratterizzato da una fortissima migrazione dalle aree rurali a quelle urbane, cambiamenti economici e crisi, un forte calo della fecondità e della mortalità, soprattutto quella infantile. Un'altra caratteristica legata alla transizione demografica è la marcata disuguaglianza, difatti i settori più poveri, meno istruiti e rurali mantengono dei tassi più alti di fecondità e mortalità in confronto alle popolazioni più benestanti, istruite e che abitano nelle città.

Il territorio peruviano essendo molto irregolare, ha una concentrazione di servizi e opportunità in alcune aree geografiche, causando una distribuzione asimmetrica della popolazione. Ad esempio nel 1996, la maggioranza della popolazione si concentrava nella Costa, il 52%, il 36% abitava nella *Sierra*, ovvero la zona montagnosa e soltanto il 12% nella *Selva*, la foresta.³

Inoltre il Perù visse a partire dagli anni sessanta un veloce processo di urbanizzazione, nel 1995 si stimava che la popolazione urbana fosse il 71% di quella totale, essa si concentrò intorno le grandi città, soprattutto a Lima che comprendeva il 30% della popolazione totale.⁴ Ma intanto una parte rilevante della popolazione, specialmente quella che aveva meno risorse, continuava ad essere dispersa in più di 60,000 centri abitati situati tra i 2 e 4,737 m s.l.m.. La maggioranza di questi centri erano piccole città difficilmente accessibili e carenti di servizi basici, localizzati soprattutto nella *Sierra* e la *Selva*.

Durante questi anni le variazioni nei tassi di fecondità e di speranza di vita modificarono la struttura demografica del paese. Ciò si può osservare nella piramide dell'età presentata dal Ministero della Salute nel 1996, sotto riportata. A occhio nudo si può notare la diversa forma della piramide, infatti negli anni Cinquanta il Perù aveva una piramide della popolazione in espansione e negli ultimi decenni iniziò a trasformarsi in una piramide stazionaria.

3 MINSa 1996, p 6

4 *Ibid*

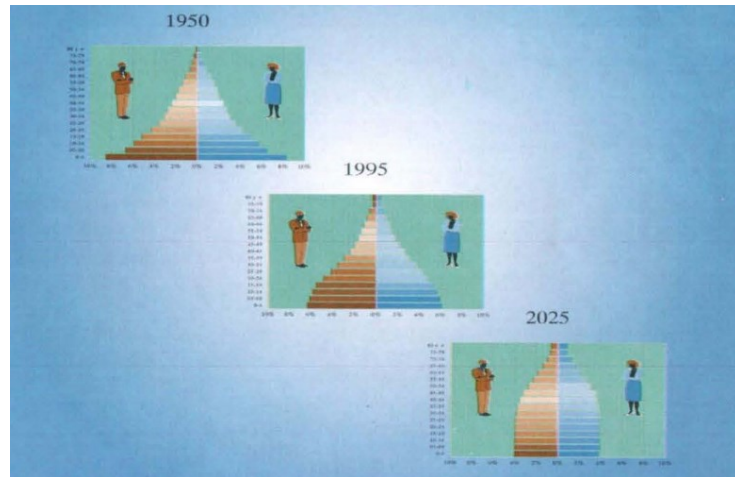


Figura 1.1: Peru 1950-2025: Piramide della Popolazione ⁵

Difatti la popolazione passò da essere prevalentemente giovane alla maturità demografica. Le fasce della popolazione giovane, adulta e anziana stava progressivamente aumentando.

Secondo il Ministero di Salute, MINSA, la popolazione materna e infantile subiva dei particolari cambiamenti anch'essi osservabili. La popolazione dei bambini di età inferiore ai 5 anni diminuì da 17% in 1950 a 12% della popolazione totale nel 1994 e si stimava ancora una diminuzione.⁶ Dall'altra parte, la popolazione delle donne in età fertile (MEF) stava incrementando, soltanto dal 1990 al 1995 incrementò dell' 1%, che quindi risultava come il 26% della popolazione totale e si stimava che nel 2000 essa sarebbe arrivata al 27%.

Tuttavia il Tasso di fecondità totale del Perù a partire dal 1965 era in calo costante e si fermò soltanto nei primi 2000; infatti si passò da una media nazionale di 6,85 a 3,20 tft, ossia il numero medio di figli per donna.⁷

Mentre continuava la transizione demografica, possiamo concludere che i cambiamenti descritti continueranno a generare in forma progressiva nuove necessità e una maggiore domanda dei servizi sanitari, soprattutto nella sfera riproduttiva.

⁵ *Ivi*, p 7

⁶ MINSA, 1996, p6

⁷ INEI, 2001 19-20

1.1.2 Contesto economico

La crescita economica peruviana presentò diverse oscillazioni. A metà degli anni settanta ebbe inizio una prolungata crisi economica con un suo picco nel 1983 e 1989, con un rispettivo calo del prodotto interno lordo (PIL) di 12,6% e 11,7%.⁸ Invece i periodi di espansione furono brevi a causa della politica di sostituzione delle importazioni, una teoria economica che sostiene che un paese per svilupparsi abbia bisogno di trasformare le proprie materie prime invece di esportarle. Come invece era abituata la nazione, con l'obiettivo di sviluppare un mercato interno ed eliminare la dipendenza verso il mercato internazionale. Però a partire dal 1988 questa politica crollò e generò una recessione economica accompagnata da iper inflazione, disordine sociale e violenza.

L'iper inflazione fu solo controllata a partire dall'agosto del 1990, dopo essere arrivata al suo livello massimo del 7,481.7% dello stesso anno, quando il presidente Fujimori appena salito in carica decise d'implementare alcune riforme come la promozione del commercio estero attraverso la riduzione delle tariffe e stabilizzando i prezzi. L'inflazione iniziò poco a poco a decrescere, nel 1994 era a 12,5 % , 10,4% nel 1996 e 6.5% nel 1997.⁹

A partire dal 1987 fino al 1992 la produzione nazionale diminuì del 23,5% e la produzione pro capite del 28,9%, peggiorando così i livelli di povertà già esistenti. Dal 1993 fino al 1995 il prodotto nazionale lordo dimostrò una tendenza crescente che permise recuperare i livelli reali di produzione del paese che aveva raggiunto nel 1987. Il PIL invece aumentò nel giro di un anno da 6,4 a 12,7% nel 1994. Questo recupero creò un quadro di stabilizzazione e ristrutturazione dell'economia, reinserimento nella comunità economica internazionale. Il recupero dell'investimento privato fu sostenuto dal successo della lotta contro l'inflazione e l'aumento della credibilità governativa.

⁸ Naciones Unidas ,1998, p6

⁹ Naciones Unidas, 1998, p6

Quindi questa prolungata crisi, rispecchiata nell'andamento iper inflazionistico tra 1989 e 1990, dalla recessione del prodotto interno lordo dal 1978 a 1990, con l'eccezione del biennio di 1985-86 e la drastica riduzione dei livelli occupazionali furono fattori responsabili della discesa del tasso di fecondità. La crisi economica accelerò tale processo.

1.1.3 Contesto migratorio interno e della popolazione

I movimenti migratori interni iniziarono a partire degli anni sessanta, consistettero soprattutto nella migrazione dalle aree rurali a quelle urbane. Per avere un'idea delle dimensioni, tra il 1940 ed il 1997 la popolazione urbana passò da 2,2 milioni a 17,5 milioni, di fronte ad una popolazione rurale che crebbe soltanto da 4 milioni a 6,9 milioni.¹⁰ Questa crescita della popolazione urbana è stata conseguenza di diversi fattori come la intensa povertà presente nelle aree rurali e la scarsa sicurezza; quest'ultima dovuta a disastri naturali e situazioni di violenza come quelle che si stavano vivendo negli anni ottanta con il terrorismo e il conflitto armato interno.

Infatti la forte migrazione interna fu l'esito della ricerca di una migliore qualità di vita, attraverso migliori opportunità di lavoro, di studio, di sicurezza e condizioni sanitarie. L'esistenza di una forte concentrazione dei servizi e di opportunità, oltre a causare una distribuzione asimmetrica della popolazione, causava profonde disuguaglianze. In effetti negli anni sessanta, l'80% del quartile più povero abitava in aree rurali, e di questo il 70% erano analfabeti.¹¹ E nella *sierra* rurale, ovvero la zona montagnosa, si trovava il 44,5% delle popolazioni in povertà estrema. Un altro esempio della rilevante di disuguaglianza fu la speranza di vita alla nascita: nell'area urbana era quasi maggiore di 10 anni rispetto alle aree rurali nel quinquennio 1985-1990, i cui tassi erano 68,3 e 58,5 anni.¹²

La migrazione si diresse principalmente verso le 20 città più importanti del paese; infatti nel 1997 quasi la metà della popolazione si trovava in esse, soprattutto nella

10 *Ivi*, p4

11 Villegas, 2017, p622

12 Murillo, 1996, p2.2

capitale Lima, con una popolazione di 6,9 milioni di abitanti, ossia un 28% della popolazione nazionale. Dal 70% della popolazione concentrata nelle aree rurali negli anni sessanta, si passò negli anni novanta a un 33% della popolazione nazionale totale. Le aree rurali si trovano tuttora maggiormente nella *Sierra* e nella *Selva* peruviana, dove i centri abitati sono difficilmente accessibili e carenti di servizi basici.

Per avere un'idea più precisa, nella tabella riportata sono comprese le stime del saldo migratorio del periodo interessato e ulteriori proiezioni.

Tabella 1.1 Perù: Stima (1970-2000) e proiezione (2000-2025) del saldo migratorio rurale-urbano¹³

QUINQUENIO	SALDO MIGRATORIO (miles)
1970-1975	-567,4
1975-1980	-462,1
1980-1985	-550,0
1985-1990	-762,4
1990-1995	-891,8
1995-2000	-500,0
2000-2005	-500,0
2005-2010	-500,0
2010-2015	-450,0
2015-2020	-450,0
2020-2025	-450,0

Come si può evincere dalla tabella soprastante, il fenomeno migratorio portò una crescita smisurata e caotica nelle grandi città. Tra 1990 e 1995 si presentò il saldo migratorio più elevato, di 892 mila persone, dato che le aree rurali furono quelle più colpite dalle violenze del conflitto armato interno. Ma dalla seconda metà degli anni Novanta con la fine del conflitto, il miglioramento della stabilità sociale e il supporto del governo nella politica di rientro degli sfollati, ebbe inizio il calo della migrazione rurale.

A tale punto, anche alcune città crescevano e si sviluppavano com'è il caso di Huánuco, Tacna, Juliaca, Tarapoto, Ayacucho e Iquitos. Esse, insieme ad altre città di dimensione media, potevano diventare assi dello sviluppo regionale

13 INEI, 2001, p32

contribuendo allo sviluppo decentrato e migliorando le condizioni di uno sviluppo nazionale più equo.¹⁴

Tuttavia il primato urbano di Lima continuò, portando con sé un'elevata concentrazione economica nella capitale, lasciando le città più piccole e la periferia rurale del paese con minori possibilità di sviluppo indipendente.¹⁵ Inoltre tutti questi cambiamenti comportarono una maggiore domanda dei servizi basici e sociali, domanda che non fu ben soddisfatta perché lo Stato non era preparato.

1.1.4 Mortalità generale, infantile e materna

Un altro componente importante della dinamica demografica del Perù nel ventesimo secolo è la mortalità. Essa subì un notevole calo a partire del 1950, grazie al migliore controllo delle malattie epidemiche, all'implementazione di programmi di salute preventivi e il maggiore accesso ai servizi sanitari pubblici. Anche se ci sarebbe stata ancora molta strada da percorrere, ci fu un notevole miglioramento. Nel quinquennio 1950-55, la speranza di vita alla nascita era di 44 anni e passò a 67 anni nel 1995. Nonostante ciò, ci furono forti *gap* di mortalità a seconda delle caratteristiche socioeconomiche e dal fatto che la residenza fosse in un'area rurale o urbana (essendo ovviamente la speranza di vita molto minore nelle aree rurali).

L'elevato tasso di mortalità materna e perinatale era considerata un'emergenza della salute pubblica. Infatti la prima causa dei decessi erano le malattie perinatali. Il Tasso di mortalità infantile si trovava in un progressivo calo, da 110 decessi ogni 1000 nati vivi nel 1975 a 56 decessi nel 1996.¹⁶ Tuttavia, i valori variavano molto a seconda dell'area geografica: a Lima la mortalità infantile era sotto i 23 decessi ogni 1000 nati vivi, mentre nelle zone rurali più remote potevano superare facilmente i 100 decessi ogni 1000 nati vivi, soprattutto tra i gruppi nativi dell'Amazzonia.

14 Naciones Unidas, 1998, p4

15 *Ibid*

16 MINSA, 1996, p9

Un altro indicatore della disuguaglianza sociale era il Tasso di mortalità materna, che era stimato in circa 265 ogni 100 000 nati vivi negli anni Novanta. Tuttavia, nelle aree rurali il tasso saliva a 450.¹⁷

Sebbene ci fosse stato un effettivo miglioramento, molti decessi si sarebbero potuti evitare, perché causati da malattie facilmente prevenibili. La mortalità era dipendente da fattori culturali, sociali, economici e geografici. Infatti essa era condizionata dall'incapacità dei servizi sanitari, dalle difficoltà per l'accesso ai servizi, dalla mancanza di educazione sessuale e la mancanza di sistemi e mezzi di trasporto per la sorveglianza delle complicazioni e urgenze.

1.2 Evoluzione e tendenze della fecondità

1.2.1 A livello nazionale

Il Tasso di fecondità totale peruviano sperimentò una diminuzione graduale e costante nel periodo tra 1960-2000, da 6,85 figli per donna si passò a 3,20. Questo calo avvenne in tutte le regioni del paese, tuttavia il ritmo e la velocità variarono molto. Parallelamente si osservarono altri fenomeni, esaminando così una correlazione tra la riduzione del Tasso di Fecondità Totale con i periodi di maggiore declino del PIL pro capite e con il fenomeno migratorio interno.¹⁸ Questa correlazione è possibile notarla confrontando le diverse tabelle sopra citate con quella sotto presentata, sull'evoluzione del Tasso di fecondità totale (TFT) del Perù tra 1950 e 2000.

17 Naciones Unidas, 1998, p3

18 Villegas, 2017, p622

Tabella 1.2 Perù: Evoluzione del Tasso di fecondità totale del paese e delle aree urbane e rurali, 1950-2000¹⁹

QUINQUENIO	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD		
	NACIONAL	URBANA	RURAL
1950-1955	6,85		
1955-1960	6,85		
1960-1965	6,85		
1965-1970	6,56		
1970-1975	6,00	5,09	7,55
1975-1980	5,38	4,36	7,45
1980-1985	4,65	3,64	7,08
1985-1990	4,10	3,14	6,70
1990-1995	3,70	2,88	6,20
1995-2000	3,20	2,60	5,20

Come si può osservare, tra il 1950 e il 1965 il TFT mantenne un tasso costante di 6,85 figli per donna. Questo elevato numero era il riflesso della situazione del paese: una popolazione prevalentemente rurale e l'avvio del processo di urbanizzazione di alcune parti del territorio, soprattutto lungo la costa, un alto tasso di analfabetismo, un accesso limitato alle informazioni e ai servizi di pianificazione familiare.²⁰ Questi ultimi erano particolarmente limitati alle donne e alle coppie benestanti, quelle appartenenti alla capitale e a qualche altra città.

Il Tasso di fecondità totale peruviano iniziò a sperimentare una diminuzione graduale e costante a partire degli anni sessanta, come risultato dei cambiamenti socioculturali, demografici ed economici. Inizialmente si osservò una lenta diminuzione del numero medio di figli per donna. Infatti in 25 anni il tasso di fertilità scese soltanto del 12% da 6,85 a 6 TFT nel 1975. Ma poi, in parte grazie all'impatto della crisi economica iniziata nel 1975, si presentarono i più forti cali, di circa un punto percentuale, tutto ciò tra i quinquenni di 1975-1980 e di 1980-1985. Il suddetto calo del Tasso continuò durante tutti gli anni ottanta, fino ad arrivare ad inizio degli anni Novanta con il numero medio di figli per donna di 4,10 e passare a quasi 3 TFT alla fine degli anni 2000.

¹⁹ INE, 2001, p18

²⁰ INEI, 2001, p17

La prevalenza dell'uso dei metodi contraccettivi fu uno dei fattori principali che influirono nella diminuzione del TFT. Il 39% delle *MEF*²¹, utilizzarono qualche metodo. Sfortunatamente, molte di esse, il 38%, usavano metodi tradizionali, quindi poco efficaci, con alte possibilità di errori e di alte tassi di abbandono o discontinuità del metodo.²² Per questo non si è arrivati ad una maggiore diminuzione della fecondità, anche se ci fu un maggiore uso di contraccettivi. Tuttavia, altri fattori influenzanti furono i notevoli progressi nell'alfabetizzazione, l'accelerato processo di urbanizzazione, il notevole aumento dell'accesso ai mezzi di informazione e comunicazione, causando così un forte impatto sul tenore di vita delle persone.²³

1.2.2 Fecondità per aree urbana e rurale

Il processo di declino del Tasso di fecondità si presentò in tutte le regioni del paese, sebbene fu molto eterogeneo a seconda del contesto geografico e socioculturale. Si evidenziò un'estrema differenza nella transizione della fecondità tra i settori più poveri, meno istruiti e rurali del paese, che mantenevano alti tassi di fertilità e mortalità, rispetto ai segmenti più ricchi e istruiti che vivevano nelle città.²⁴

Principalmente si faranno le distinzioni tra le popolazioni rurale e urbane, visto che in quegli anni la maggior parte delle volte la popolazione rurale era povera, semplificando così la spiegazione. Proprio negli anni Sessanta, l'80% del quartile più povero abitava in zone rurali e di questi, il 70% erano analfabeti.²⁵

Ritornando al tema centrale, diverse investigazioni dimostrarono che il declino della fecondità nel Perù iniziò tra i settori ad alto e medio reddito delle principali città durante gli anni sessanta, il calo fu continuo e veloce.²⁶ D'altro canto, la fecondità della popolazione rurale continuò a crescere durante gli anni Sessanta e i

21 *Mujeres en edad fértil*, ovvero donne in età fertile

22 MINSa, 1996, p8

23 INEI, 2001, p18

24 Naciones Unidas, 1998, p2

25 Villegas, 2017, p626

26 Ferrando e Aramburú 1992, 183

primi anni Settanta, finché a fine di quest'ultimo decennio iniziò il calo del TFT, espandendosi lentamente a tutte le donne.

In effetti, com'è possibile osservare nella tabella precedentemente analizzata, la media di figli per donna nelle aree urbane si ridusse a quasi la metà in 25 anni passando da 5.09 nel 1970 a 2.88 nel 1995, calando del 48%. Mentre negli stessi anni il tasso dell'area rurale passò da 7.55 figli per donna a 6.20, diminuendo del 23%.

Come presenta la tabella n°2 del libro di Villegas, compilata in base all'informazione proposta dall'INEI, se nel 1994 il 25% di tutte le donne peruviane di età superiore ai 35 anni aveva più di quattro figli, nel caso delle donne abitanti in zone rurali la percentuale era del 76%.²⁷ Difatti, le famiglie povere sono quelle che tendono ad avere più figli, anche se non esiste una gran differenza tra la fertilità desiderata tra le famiglie benestanti e non. Inoltre, la tabella mostrava come nel 1994 il numero di donne con più di cinque figli superava il milione e l'intervallo tra le nascite era inferiore a 24 mesi.²⁸

La distribuzione discrepante del declino della fertilità ha mostrato marcate variazioni regionali e tra gli abitanti urbani e rurali, alcune come: il Tasso di fecondità totale rurale era due volte superiore al TFT urbano; nel periodo tra 1970 e 1995, il TFT urbano viene ridotto al 48%, mentre solo al 23% nell'area rurale; il tasso di mortalità infantile (IMR) era tre volte più alto nelle aree rurali rispetto a Lima, la capitale.²⁹ Queste grosse differenze fra la fertilità urbana e rurale, o fra il maggiore o minore accesso ai servizi di pianificazione familiare, oltre a essere influenzati dall'economia, dalle migrazioni, dall'area geografica di appartenenza; sembrano essere stati influenzati da altri importanti fattori. Essi sono principalmente la discriminazione basata su motivi di genere e cultura, e la disparità di accesso all'istruzione e ai servizi sanitari.

27 Villegas 2017, 636

28 *Ibid*

29 Villegas 2017, 636

1.2.3 Discriminazione culturale e di genere: l'accesso all'educazione e alla salute come fattori limitanti all'accesso di servizi di salute riproduttiva

1.2.3.1 La discriminazione di genere e culturale

Le donne peruviane subiscono una continua discriminazione sociale, culturale e in alcuni casi etnico-razziale, che influisce soprattutto nella salute riproduttiva. Questo incrementa per loro il rischio di avere problemi di salute sessuale e riproduttivi, e anche vede limitata la capacità di risolvere questo tipo di problemi. Questa situazione è visibile soprattutto nell'alto Tasso di mortalità materna, di mortalità infantile, nelle gravidanze adolescenziali, nell'alto Tasso di fecondità totale e nelle malattie sessualmente trasmissibili.

In effetti le fonti di queste problematiche, oltre che all'inadeguato accesso e qualità dei servizi sanitari, sono i limiti a loro imposte da parte di società e cultura. Uno studio qualitativo condotto alla fine degli anni Ottanta rilevò che le donne peruviane consideravano la fertilità al di fuori del loro controllo.³⁰Nella cultura peruviana era, e in molti casi ancora è, molto comune il controllo maschile sulla sessualità e sulla fertilità del partner, che in alcuni veniva rafforzato dalla violenza domestica. Soprattutto era nei settori più poveri, meno istruiti e rurali dove gli uomini erano contrari all'uso di contraccettivi, fatto che si riflette nei alti tassi di fertilità e mortalità.

Uno degli spazi di esclusione o inclusione per le donne è la famiglia, difatti la violenza domestica gioca un ruolo chiave nella pianificazione familiare perché era usata dagli uomini per imporre alle donne i modelli culturali che sotto saranno descritti. Il Perù era uno dei paesi con i tassi più alti dell'America Latina e sembrava che il tasso fosse in aumento: tra 1995 e 1996 le denunce per violenza domestica aumentarono dal 2% a 14% delle denunce totali.³¹ Nel 2001 , uno studio sulla violenza di genere dell'OMS scoprì che il 51% di tutte le donne a Lima e il 69% a Cusco erano state aggredite fisicamente, o peggio, sessualmente dai loro partner.³²

30 Villegas, 2017, p650

31 Naciones Unidas, 1998, p9

32 Villegas, 2017, p650

Inoltre il 23% delle donne a Lima e il 47% a Cusco avevano sofferto almeno una violazione sessuale da parte del partner.

Un altro fattore limitante all'accesso ai servizi di pianificazione familiare fu l'influenza della chiesa cattolica.³³ Quest'ultima manifestò la sua opposizione attraverso la proibizione ai suoi seguaci di usare qualsiasi tipo di metodo contraccettivo moderno. Inoltre, insieme alla chiesa cristiana, esercitarono una forte pressione mediatica e politica per cercare di impedire allo Stato peruviano di attuare programmi di pianificazione e di distribuzione gratuita di metodi contraccettivi, perché l'uso di metodi contraccettivi andava "contro i piani di Dio".

La cultura fu anche un fattore limitante. Una parte della popolazione vedeva la pianificazione familiare come un meccanismo per fermare definitivamente la natalità una volta che la donna era soddisfatta con il numero di figli che aveva, invece che una forma di avere una pausa tra le nascite. Inoltre lo studio dell'OMS del 2001 riscontrò credenze culturali che associavano la pianificazione familiare con l'infedeltà femminile e l'elevata fertilità con la fedeltà.³⁴

Altri elementi culturali, ma basati sull'identità di genere, che limitarono l'accesso al programma furono la mancanza di rispetto per i valori tradizionali, per le pratiche culturali e la lingua, come il *quechua* che si parla soprattutto nella *Sierra*. Tradizionalmente la donna altoandina partoriva in piedi o accovacciata, attraverso il "*parto vertical andino*", usanza non rispettata negli ospedali del Ministero della Salute dove i medici assistevano i parti attraverso i metodi occidentali, inoltre la maggioranza dei medici non parlava la lingua materna delle donne.³⁵

Per questi motivi, le donne indigene non si sentivano a proprio agio o al sicuro nell'utilizzo dei servizi sanitari, limitando così la loro fiducia nei servizi di pianificazione familiare. Difatti, negli anni Novanta soltanto due terzi delle donne indigene incinte avevano ricevuto qualche tipo di assistenza prenatale e soltanto il 46% delle nascite avveniva in una struttura sanitaria.³⁶

33 *Ivi*, p662

34 Villegas, 2017, p650

35 *Ivi*, p662

36 *Ivi*, p674

1.2.3.2 Istruzione

Una barriera rilevante nell'accesso ai servizi di salute riproduttiva è il livello di istruzione delle donne. Il Censimento Nazionale del 1993 presentò dati fondamentali per capire questa problematica. Difatti esso illustra nella sua tabella come nel 1993 c'erano forti divari tra le donne, sposate o conviventi in età fertile, rispetto l'uso, richiesta e domanda insoddisfatta di metodi contraccettivi a seconda del loro livello d'istruzione.

Demanda de metodos anticonceptivos de acuerdo a nivel de educacion				
Características	Demanda	Uso Actual	Necesidad Insatisfecha	Falla del Método
Perú	75.6 %	56.9 %	16.7 %	2 %
Nivel de educación				
Sin Educación	63.5 %	34.1 %	27.8 %	1.6 %
Primaria	72.5 %	50.2 %	19.7 %	2.6 %
Secundaria	79.8 %	64.3 %	13.8 %	1.7 %
Terciaria	81.2 %	72.5 %	6.8 %	1.9 %

Fonte: *IX Censo Nacional de Población y IV de Vivienda. 1993*. Lima: INEI

Questi dati mostrano che c'è una correlazione tra l'istruzione superiore delle donne e la loro richiesta di metodi contraccettivi: le donne sposate o conviventi con istruzione terziaria avevano una domanda dell'81,2%, mentre quelle senza istruzione o pochissima (meno di 4 anni) del 63,5%. In qualsiasi caso, il divario non era così estremo come quello dell'uso. Infatti il 72,5% delle donne sposate o conviventi con istruzione terziaria utilizzava qualche tipo di metodo contraccettivo. Mentre soltanto il 34,1% delle *MUEF*³⁷ senza istruzione o con poca istruzione (meno di 4 anni) ne aveva utilizzato qualche metodo.

Ciò infatti significa che c'era una grande domanda insoddisfatta per diversi motivi, tra essi, come stiamo osservando, l'istruzione. La tabella presenta che la domanda insoddisfatta dei contraccettivi era di un 27,8% nelle donne con poca o nessuna istruzione, di fronte un 6,3% nelle donne con istruzione terziaria.

³⁷ Mujeres unidas en edad fértil, ossia donne sposate o conviventi in età fertile

Un fattore specifico dell'istruzione che influenzava la domanda di contraccettivi era la disuguaglianza di genere nell'accesso all'istruzione, evidenziata dal fatto che 3 analfabeti su 4 erano donne. Nonostante il tasso di analfabetismo era sceso dal 18% nel 1981 al 13% nel 1993, il tasso di analfabetismo rurale era del 29,8% mentre il tasso di analfabetismo urbano aveva raggiunto il 6,7%. Soprattutto rilevante era la differenza di tasso tra la popolazione maschile analfabeta che era del 8,2%, mentre quella femminile raggiungeva il 21,3%. La disuguaglianza di genere era ancora più marcata in alcune regioni della Sierra, zona di montagna, del paese. Ad esempio a Apurímac l'analfabetismo femminile arrivava a 51,5% mentre quello maschile a 21,5%.

Nel 1993 le donne che non avevano avuto nessuna istruzione rappresentavano il 17,6% della popolazione totale, mentre gli uomini non istruiti rappresentavano solo il 6,7%. Inoltre, un dato interessante sono i tassi di frequenza scolastica, che si mostra nella tabella 5³⁸, a misura che aumentava l'età dello studente diminuiva l'assistenza, in alcuni casi a causa di gravidanze.

Grazie a questa informazione si confermerebbe che l'istruzione è un fattore chiave ai fini della pianificazione familiare. Sembrerebbe, inoltre, che i responsabili del bisogno insoddisfatto dei metodi contraccettivi fossero il mancato accesso ai servizi sanitari, all'istruzione e all'informazione dei metodi moderni.³⁹ Chi pativa di più questo divario erano le persone più povere e solitamente abitanti delle aree rurali, mentre nell'area urbana c'era un maggiore accesso.

1.2.3.3 Sanità

Un altro fattore che limita l'accesso alle donne ai servizi di salute sessuale e alla pianificazione familiare è l'insufficienza istituzionale del settore sanitario. Esso è caratterizzato da una bassa qualità dei suoi servizi, dallo scarso numero di personale sanitario abilitato e da forti divari nell'accesso ai servizi.

38 Villegas, 2017, p1829

39 Villegas, 2017, p692

Secondo i dati forniti dall'INEI, nel 1992 il settore sanitario pubblico era compreso da 16 433 medici, quindi 7 medici per ogni 10 000 abitanti. Sul totale dei medici soltanto il 9.6% erano ginecologi e ostetriche. Di conseguenza in tanti centri sanitari, le infermiere assunsero la responsabilità della salute materna. Era anche rilevante la disuguaglianza nell'accesso ai servizi a seconda dello sviluppo socioeconomico delle regioni. Se a Lima c'era un medico ogni 1012 abitanti, in Huancavelica c'era un medico ogni 14 177 abitanti.

La distanza nei centri sanitari era anche una barriera per l'accesso ai servizi pre e postnatali. Tuttavia, quando si implementarono le politiche per facilitare l'accesso ai centri sanitari e accorciare le distanze, non ci furono grandi cambiamenti per le donne indigene delle Ande. Uno studio posteriore trovò che donne alto andine riferivano sentirsi maltrattate dagli operatori sanitari e per questo evitavano fare i controlli prenatali.⁴⁰

Le popolazioni in povertà, con minore educazione e in specie le donne che abitavano in aree rurali erano quelle che usavano molto meno i servizi di salute riproduttiva, in confronto alle popolazioni più benestanti e urbane, in particolare nei servizi prenatali, post natali e il parto.⁴¹ Molte volte a causa delle barriere di discriminazione contro esse.

40 *Ivi*, p725

41 Seinfeld, 2011, p4

1.3 Sviluppo dei primi Programmi di Pianificazione Familiare in Perù prima del 1995

1.3.1 Introduzione Programmi

La rapida crescita della popolazione mondiale, dopo la Seconda Guerra Mondiale, divenne un fattore preoccupante a livello internazionale ed ebbe come risposta la formulazione e implementazione di programmi di pianificazione familiare, che iniziarono a partire degli anni Cinquanta.

Dagli anni Sessanta, già in diversi convegni internazionali, si iniziò a notare che l'attuale rapido tasso di crescita demografica in alcune aree del mondo era un ostacolo per la lotta contro la povertà e che questa problematica diminuiva le possibilità di raggiungere un tenore di vita adeguato e di conseguenza la piena efficacia dei diritti umani.⁴² Quindi si riconosce che se in certe regioni si moderasse il tasso di crescita della popolazione, si sarebbero facilitate le condizioni per offrire agli individui un migliore standard di vita e un godimento maggiore dei diritti umani.

Infatti, il 13 maggio del 1968 nella Conferenza Internazionale di Diritti Umani delle Nazioni Unite a New York, venne dichiarata la pianificazione familiare come diritto fondamentale. E il documento finale della conferenza, intitolata Proclamazione di Teheran, dichiarava nell'articolo 16 che: "I genitori hanno il diritto umano fondamentale di determinare liberamente il numero dei loro figli e gli intervalli tra le loro nascite"⁴³. Mediante questa affermazione si riconobbe implicitamente alle donne il diritto di interrompere un'eventuale gravidanza e le fondamenta su cui si basano le politiche nazionali di pianificazione familiare.⁴⁴ Sarebbe l'inizio in qualche forma della libera determinazione del proprio futuro, attraverso la scelta della frequenza di genitorialità o addirittura la sua rinuncia, paragonando questo nuovo diritto con il diritto alla salute.

42 Nazioni Unite, 1968, p16

43 UNFPA(*Fondo de Población de las Naciones Unidas*), 2018

44 Momtaz, 2009, p2

Inoltre è importante menzionare che nell'Atto finale della Conferenza a Teheran, tra i progetti di risoluzione approvati, si trova il progetto di risoluzione X che stabilisce con molta chiarezza che la pianificazione familiare dovrebbe essere basata sulla libera e responsabile decisione della coppia interessata.⁴⁵

A livello Latinoamericano durante gli anni Cinquanta e Sessanta i governi erano fortemente favorevoli alla natalità e poco propensi a implementare programmi di pianificazione familiare. Tuttavia, l'aumento degli aborti insicuri e gli alti tassi di mortalità materna portarono i governi a valutare la possibilità di implementare questi programmi con la finalità di migliorare gli indicatori di salute.

A tal punto, i programmi di pianificazione familiare furono fortemente promossi da diversi paesi, e non c'è da stupirsi se i primi programmi presentarono problemi nel loro *design* e implementazione perché non furono formulati con evidenza empirica ed esperienza precedente. Per questo motivo, la continuità di questi programmi fu possibile soltanto nei paesi in cui i leader avevano un alto compromesso e volontà politica nei confronti dell'agenda di pianificazione, capendo che come ogni politica innovatrice, aveva bisogno di sperimentazione e adeguamenti finché non si arrivasse ad una progettazione e agli impatti aspettati.⁴⁶ Questo però non fu sempre perseguito: in diverse vicende le politiche pubbliche di pianificazione variarono a seconda della volontà politica e furono anche influenzate dall'ideologia del presidente in carica.

Diversi studi sul Perù, come quelli di Bonfiglio e Aramburù, dimostrano come le politiche di salute sessuale e riproduttiva e di pianificazione familiare furono molto irregolari e soggette sia alle pressioni ideologiche, soprattutto dal settore conservatore, che dagli alti e bassi dei vari gruppi politici al potere.⁴⁷ Tali fluttuazioni, che si riflettono nella copertura e nella qualità dei servizi pubblici, colpisce in particolare le donne rurali, che per avere una minore istruzione e per

45 Nazione Unite, 1968 , p46

46 Villegas, 2017, p542

47 Aramburú, 2014, p82

vivere in situazioni di maggiore povertà, dipendono in maggiore misura dell'offerta pubblica di tali servizi sanitari.⁴⁸

Si sono quindi distinti nell'analisi del professore universitario Carlos E. Aramburú cinque periodi chiave dei programmi nella storia Peruviana, di cui i primi due saranno presentati in questo capitolo, mentre gli altri tre nei seguenti, quando si parlerà del *Programa Nacional de Planificación Familiar* 1996-2000 e delle politiche di salute sessuale e riproduttiva e di pianificazione familiare più contemporanee.

1.3.2 “Los inicios”

Il primo periodo comprende gli anni dal 1964 al 1984 e viene chiamato “Los inicios”, il nome fa riferimento all'inizio del calo della fecondità in Perù a inizi degli anni Settanta. Anche se non esistevano ancora le politiche pubbliche di pianificazione, avvenne un significativo calo del 23,4% del Tasso di Fecondità Totale tra il 1965 e il 1978, ossia si passò da una TFT di 6.16 a 4.72.⁴⁹

Infatti fino alla fine degli anni Ottanta i servizi di pianificazione familiare pubblici furono quasi inesistenti. La prima iniziativa ufficiale nel campo di popolazione fu la creazione nel 1964, durante il primo governo di Fernando Belaúnde, del Centro per gli studi sulla popolazione e lo sviluppo (CEPD). I primi sforzi per implementare una politica di pianificazione familiare in America Latina furono iniziative private, ovvero diverse ONG, finanziate da donanti internazionali e organizzazioni non governative. In particolare, la *Federación Internacional de Planificación Familiar* (IPPF), el *Fondo de las Naciones Unidas* (UNFPA) e soprattutto l' *Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional* (USAID).

Anche se queste istituzioni private svolsero un notevole lavoro pionieristico, a causa della copertura limitata e la precarietà finanziaria, non è possibile attribuirgli

48 Aramburú, 2014, p82

49 *Ivi*, p89

il notevole calo della fertilità osservato in quegli anni.⁵⁰ Tuttavia è probabile che l'impatto di queste organizzazioni nell'accesso alla informazione e alla conoscenza dei metodi contraccettivi sia stato molto rilevante. Tra il 1969 e il 1977-78, la conoscenza di metodi contraccettivi tra le donne sposate o conviventi era aumentata in modo significativo dal 36% all'82% senza che ci sia stata una campagna informativa ufficiale.⁵¹

I primi sforzi per sviluppare questa politica furono ostacolati dalla Chiesa Cattolica, da élite conservatrici e da parte di gruppi di estrema sinistra che accusavano le politiche di essere imperialiste, perché finanziate da agenzie di sviluppo statunitensi. Questa opposizione diede i suoi frutti quando a partire dal 1968 il regime militare di Juan Velazco Alvarado proibì i programmi di pianificazione familiari, considerandoli una politica imperialista,⁵² causando in questa maniera una battuta d'arresto all'esercizio dei diritti riproduttivi. Di fatto nel 1972 chiusero tutti i consultori di pianificazione familiare, che all'epoca si trovavano soltanto in ospedali pubblici. Nel 1975, durante il regime autoritario di Velazco chiusero anche il CEPD, l'istituzione pioniera nel settore pubblico nella ricerca sulla popolazione. Inoltre, chiusero e sequestrarono i beni della principale ONG dedicata ad offrire servizi sussidiari di pianificazione, l' *Asociación Peruana de Protección Familiar* (oggi INPARES).

L'anno precedente però, il Perù aveva partecipato alla Prima Conferenza Mondiale sulla Popolazione, organizzata dalle Nazioni Unite a Bucarest, in essa due blocchi si scontrarono, quello "terzomondista e pronatalista", intestato da Argentina, Cina e Algeria, contro quello "antinatalista", intestato da Europa, Stati Uniti e alcuni paesi d'Asia.⁵³ Nonostante il Perù, esponente del primo blocco, argomentasse che lo sviluppo renderebbe non necessarie le politiche di popolazione, tutto questo movimento causò l'apertura di un dibattito nazionale sul tema, gettando così le basi delle Linee guida per le politiche demografiche di 1976.⁵⁴

50 Aramburú 2014, 89

51 INP, 1979, p163

52 Villegas, 2017, p561

53 Bonfiglio, 1999, p13

54 Aramburú, 2014, p91

È solo nella seconda fase del governo militare con Francisco Morales Bermúdez (1975-1980) che iniziarono a verificarsi cambiamenti nella politica pro-natalista prevalente finora. Infatti in questa fase si riaprirono i servizi di pianificazione familiare pubblici e privati ,in più nel 1976 si promulgarono i “Lineamentos de Política de Población”, che promuoveva la paternità responsabile, l’accesso all’informazione e ai servizi di pianificazione.

Ma sarà solo al ritorno della democrazia nel 1980, durante il governo di Fernando Belaunde Terry, che la pianificazione tornò alla sfera legale, ma senza nessun programma significativo. Si creò il *Consejo Nacional de Población* (CONAPO), ente pubblico responsabile di formulare, promuovere e valutare le politiche di popolazione. Tuttavia, il governo trovò una forte opposizione da parte dalla chiesa cattolica, di gruppi conservatori e partiti di estrema sinistra. In marzo di 1981 nella Conferenza Episcopale Peruviana, il cardinale Landázuri espresse la sua preoccupazione al presidente dovuto a “ la implantación de un control masivo de la natalidad en nuestra patria”⁵⁵. Il governo, perciò, decise di non includere i metodi chirurgici come la legature delle tube e la vasectomia dentro i metodi di pianificazione familiare.

D’altro canto, il movimento femminista internazionale, in riunioni precedenti alla Conferenza di Bucarest, aveva segnalato l’importanza di riconciliare l’obiettivo demografico di attenuare la crescita della popolazione con il diritto delle famiglie a decidere la loro dimensione. In Perù, il gruppo femminista *Acción para la Liberación de la Mujer Peruana* si pronunciò pubblicamente in occasione della promulgazione delle Linee guida per le politiche demografiche, difendendo “[...] l’autodeterminazione delle donne per l'uso di contraccettivi indipendentemente dal loro stato civile”.⁵⁶

L’evidenza empirica iniziava a dimostrare che l’idea dello “sviluppo come migliore contraccettivo” non era abbastanza. Nel 1985 si promulga la Legge Nazionale sulla Politica Demografica, che garantiva nell’articolo IV comma 4, la libera

55 Villegas, 2017, p581

56 Bonfiglio, 1999, p23

determinazione del numero di figli.⁵⁷ A causa dell'opposizione, questa legge nell'articolo VI proibì la sterilizzazione volontaria e l'aborto come metodi di pianificazione familiare.

I programmi pubblici di pianificazione familiare iniziarono timidamente solo dal 1986 presso l'allora Istituto Peruviano di Previdenza Sociale (IPSS), perché anche se dal 1980 il Ministero della Salute (MINSa) aveva fissato le norme per la pianificazione, i primi servizi iniziarono nel 1982, ma i risultati furono molto limitati.⁵⁸

Infatti con l'informazione fornita dal Sondaggio Nazionale di Fecondità (ENAF) del 1977-78, Aramburù elaborò una tabella, la numero 4 del suo articolo, che illustra i forti divari tra le intenzioni riproduttive, l'accesso all'informazione e all'uso di metodi contraccettivi in *MUEF*⁵⁹ a seconda del livello educativo a fine anni settanta.

Cuadro 4
Deseo de no tener más hijos, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MAC) en MUEF, según nivel educativo (en porcentajes). Perú. Años 1977-78

Nivel educativo	No desea más hijos	Conoce algún MAC	Usa algún MAC	Usa un MAC moderno
Ninguno	66.8	58.4	16.2	4.1
Primaria (0-2 años)	65.7	77.6	25.8	8.8
Primaria (3-4 años)	64.7	88.5	38.8	15.1
Primaria (5-6 años)	60.8	95.2	56.3	23.6
Secundaria a más	51.4	99.3	68.3	37.1
Total de MUEF	61.4	82.0	41.3	14.7

Fuente: Elaborado propia sobre datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-78.

Fonte: *Idas y vueltas: los programas de planificación familiar en el Perú*. 2015

Essa dimostra come la mancanza di offerta pubblica dei servizi di pianificazione familiare ebbe un impatto ben distinto a seconda dello status sociale delle donne e loro partner, questo si capisce dal livello d'istruzione. In quel periodo già due terzi di *MUEF*, ossia donne con partner in età fertile, che avevano avuto già figli, non desideravano averli più.⁶⁰ Facevano parte anche le donne senza istruzione, persino la percentuale era superiore rispetto a quelle con istruzione secondaria o superiore,

57 Aramburù 2014, 92

58 *Ibid*

59 *MUEF* vuole dire "mujeres unidas en edad fértil", ossia donne con partner in età fertile

60 Aramburù 2014, 92

67% contro 51%, probabilmente perché queste ultime avevano un maggiore controllo sul proprio processo riproduttivo.⁶¹ I dati rivelano anche un accesso differenziato alle informazioni: poco più del 58% delle donne analfabete dicevano di conoscere qualche metodo contraccettivo, rispetto a un 99,3% delle donne con livelli di istruzione superiori.⁶² Il maggiore gap si può osservare nell'uso e nel tipo di metodi contraccettivi: solo il 16% delle donne analfabete con partner ed esposte a gravidanza ne usava uno e solo il 4% ha avuto accesso a un metodo moderno; rispetto a un 68% di donne con livelli di istruzione più elevati che usufruivano un metodo e il 37% di queste hanno utilizzato metodi molto efficaci.⁶³

Si può concludere che l'inizio della diminuzione del tasso di fecondità in Perù avvenne in un contesto caratterizzato da una mancanza di politiche e programmi pubblici di pianificazione familiare, con sforzi iniziali di diverse ONG ma che avevano limitata copertura e impatto. Per questo motivo fu il settore privato, cliniche, consultori e farmacie, il principale fornitore dei metodi contraccettivi, svolgendo un ruolo fondamentale nell'inizio del declino della fertilità, ma causando forti divari sociali nell'accessibilità dei metodi. D'altra parte, è probabile che l'aborto indotto abbia avuto anche un peso importante in questo processo, vista la bassa prevalenza nell'uso dei metodi moderni, il 23% di tutte le donne sposate in età fertile.⁶⁴ Questa sarebbe la spiegazione per capire come durante questo periodo, sia stato possibile diminuire il Tasso Globale di Fertilità (TGF) di oltre il 23% e quasi il 29% del tasso urbano.⁶⁵ Invece il tasso di fertilità delle donne rurali cambiò poco.

61 *Ibid*

62 Aramburú 2014, 93

63 *Ibid*

64 Aramburú 2014, 82

65 *Ibid*

1.3.3 “L’espansione”

Il secondo periodo tra 1985 e 1995 viene chiamato “l’espansione” ed ebbe inizio con la promulgazione nel 1985 della *Política Nacional de Población*. Conseguentemente, nel 1986 oltre all’importante sostegno dell’ USAID per implementare l’allora *Instituto Peruano de Seguridad Social* (IPSS), il Ministero della Salute (MINSa) con il sostegno di UNFPA e USAID, convocò un team tecnico per organizzare il primo programma di pianificazione familiare nazionale. Entrambe le istituzioni di cooperazione fornirono contraccettivi e forniture. Anche il settore delle ONG partecipò attivamente al processo di espansione dell’offerta dei servizi di pianificazione familiare.

Questi primi passi per istituzionalizzare e ampliare l’offerta pubblica dei programmi di pianificazione si diedero durante il primo governo aprista tra 1985 e 1990. In questo periodo, i finanziamenti e l’assistenza tecnica da agenzie internazionali si erano inizialmente concentrati sul settore privato, per poi orientarsi verso programmi pubblici nel seguente governo. Difatti ancora nell’anno 1991, con 5 anni di Programma, il settore privato, in particolare il settore commerciale era la principale fonte di accesso, esso continuava a servire a più di metà degli utenti di metodi contraccettivi moderni.⁶⁶ È questo il motivo per cui inizialmente il calo della fecondità si concentrò nei settori socioeconomici più alti e nelle zone urbane.

Tuttavia, sarà soltanto negli anni novanta durante il primo governo di Alberto Fujimori, dal 1991 a 1996, che la pianificazione familiare fece parte veramente dell’agenda nazionale. Si presero diverse misure per ampliare e rinforzare il Programma Nazionale di Pianificazione Familiare (PNPF) portato dal Ministero di Salute. Il governo assunse una parte crescente del suo finanziamento, che fino allora aveva dipeso soprattutto dalla cooperazione internazionale; di fatto i contraccettivi e i consulti si offrirono gratuitamente, a carico dei fondi pubblici. Nel 1996 si decise di modificare la Legge Nazionale sulla Popolazione del 1985, proponendo di includere la sterilizzazione chirurgica volontaria nei metodi contraccettivi offerti dai servizi pubblici, in spagnolo chiamate *AQV* ossia

66 Aramburú 2014, 90

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, causando così un'accesa controversia tra i gruppi cattolici conservatori e i portavoce del governo di Fujimori.

Nonostante questa accesa polemica, alla fine del primo periodo di governo di Fujimori, la situazione di accesso alla contraccezione era cambiata in modo sostanziale, come viene illustrato nella tabella 5 ⁶⁷dell'articolo di Aramburú, elaborata in base ai dati di ENDES del 1996.

Cuadro 5
Deseo de no tener más hijos, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MAC) en MUEF, según nivel educativo (en porcentajes). Perú. Año 1996

Nivel educativo	No desea más hijos ¹	Conoce algún MAC	Usa algún MAC	Usa un MAC moderno
Ninguno	82.5	89.4	38.3	18.8
Primaria	77.8	96.8	59.0	34.9
Secundaria	64.0	99.7	70.2	48.1
Superior	54.9	100.0	75.4	52.0
Total de MUEF	69.1	97.8	64.2	41.3

¹ Incluye a las que no desean más hijos (59.4%) y también a las esterilizadas (9.7%).

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la ENDES 1996 (INEI, 1997).

Se confrontiamo la tabella 5 con la tabella 4, si osserva che il desiderio di non avere più figli tra le donne con partner in età riproduttiva (*MUEF*) è incrementato di poco, dal 61.4% a fine anni settanta al 69% due decenni dopo. Tuttavia c'è stato un aumento considerevole tra la proporzione di MUEF con bassi livelli d'istruzione che non desidera avere più figli nel 1996, dal 67% al 82% di donne senza educazione formale e dal 62% al 78% di donne con soltanto educazione primaria. Quindi è possibile osservare un cambio culturale rispetto le preferenze riproduttive tra questi due decenni analizzati.

C'è stato altrettanto un aumento nell'accesso all'informazione e l'uso di MAC, ossia di metodi contraccettivi. Le conoscenze rispetto i metodi sono incrementate tra le MUEF del 98% nel 1996, in confronto con l' 82% nel 1977, soprattutto vi è un aumento notevole tra le donne analfabete: le loro conoscenze sui metodi contraccettivi aumenta dal 58% al 89%.⁶⁸ Questo dato indica che campagne

67 Aramburú 2014, 94

68 Aramburú 2014, 95

pubbliche sulla pianificazione familiare, iniziate dal 1991, avrebbero avuto un intenso impatto sulla popolazione.

Inoltre l'uso dei metodi accresce sul totale della categoria *MUEF*, donne in età fertile con partner, da 41% a 64%, ma i dati sono sorprendenti specialmente tra le donne con bassi livelli d'istruzione, le analfabete in due decenni duplicano i valori percentuali e arrivano a 38% e quelle che arrivarono alla primaria incrementano da 41% a 59%, mentre l'uso nella categoria più istruita aumenta di poco a 72%. Più rilevante per Aramburù è la crescita sull'uso di metodi contraccettivi moderni tra le donne dai 15 a 49 anni con partner: le donne senza nessuna istruzione passano dal 4% al 19%, quelle con istruzione primaria dal 16% al 48% e quelle con scuola superiore o più passano dal 37% al 52%. Ciò indica che durante questi due decenni, che si caratterizzarono dall'inizio dell'implementazione di programmi pubblici di pianificazione familiare, il principale cambio fu l'accesso a metodi più efficaci.⁶⁹

Grazie all'*ENDES* del 1996, ossia il sondaggio demografico e di salute familiare, si raccolsero informazioni su chi furono i distributori dei contraccettivi. In quell'anno il 69,6% di coloro che usavano i contraccettivi moderni dipendeva dalle istituzioni pubbliche, in particolare ospedali, centri sanitari e postazioni sanitarie.⁷⁰ Il settore privato invece serviva il 24,5% di queste donne, in particolare le farmacie e le ONG, che però hanno servito solo il 3,3%. L'offerta pubblica avrebbe quindi soppiantato quella privata nella prestazione di servizi di pianificazione familiare. Il settore pubblico copriva l'87,8% delle utenti di contraccettivi iniettabili, il 78,3% delle utenti di metodi contraccettivi definitivi (AQV), il 76,4% di coloro che hanno optato per il collocamento IUD e il 58,2% di coloro che usavano contraccettivi orali.⁷¹

Infine, si può concludere che l'ampliamento dell'offerta pubblica dei servizi di pianificazione familiare tra il 1986 e il 1996 permise la riduzione dei divari tra le donne con diversi livelli di istruzione per quanto riguarda l'accesso, la conoscenza

69 *Ibid*

70 *Ibid*

71 INEI 1997, 72

e la fruizione dei metodi contraccettivi, in particolare l'accesso a metodi più sicuri ed efficaci. Non a caso il tasso globale di fecondità continuò a declinare in poco più del 20% durante questo periodo, iniziando anche il declino della fertilità tra la popolazione femminile rurale.

CAPITOLO 2:

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000

2.1 Contesto precedente al Programma

2.1.1 Panorama politico prima metà anni Novanta:

Durante questi primi anni, in Perù si continuava a vivere uno dei periodi più sanguinosi della storia nazionale; il conflitto armato interno, che ebbe inizio nel 1980 e che finì ufficialmente nel 1993 con un accordo di pace; tuttavia in alcune aree rurali disperse, come quelle della Foresta amazzonica, il conflitto ebbe fine soltanto negli anni 2000.⁷²

In un contesto di crisi sociale ed economica, Alberto Fujimori divenne presidente della Repubblica nel luglio del 1990. Nell'Aprile del 1992, annunciò l'istituzione di un governo di emergenza e di ricostruzione nazionale, con lo scopo di fare una riforma istituzionale. Grazie al sostegno delle Forze Armate e alla successiva approvazione della società civile, Fujimori fece un *autogolpe*, lasciando da parte le istituzioni democratiche: sciolse il Parlamento e intervenne nei governi regionali, nel potere giudiziario, nel tribunale delle garanzie costituzionali, nella giurisdizione nazionale delle elezioni.⁷³

La manipolazione dell'ordinamento giuridico durante la dittatura consentì a Fujimori di rimanere al potere per un altro periodo, dato che nel 1993 venne modificata la Costituzione del 1979, che proibiva la rielezione presidenziale. Essa fu approvata dal Congresso Costituente democratico nel 1993, da lui stesso eletto.

Sorprendentemente, come si spiegherà, vinse le elezioni del 1995. Infatti l'*autogolpe* ebbe l'approvazione della maggioranza della popolazione peruviana. I settori popolari, la classe media e le classi alte, lo sostenevano perché aveva posto fine al conflitto armato e al terrorismo. Infatti, i militari consideravano che i

⁷²Hurtado Meza, 2006, p20

⁷³ Ivi, p17

cambiamenti nel quadro legale furono un fattore decisivo per la sconfitta del terrorismo.⁷⁴ Da un altro lato, aveva anche la simpatia dei settori più poveri della società peruviana, a causa delle sue politiche contro la povertà.

2.1.2 Fujimori ed i diritti sessuali e riproduttivi

Gli anni Novanta si caratterizzarono a livello globale per il riconoscimento dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne come diritti umani, coinvolgendo a sua volta il Perù. Sin dall'inizio del primo periodo governativo, Fujimori diede priorità alla pianificazione familiare e alla lotta contro la povertà, nonostante la crisi economica e il conflitto armato che attraversò il paese. Ma fu soprattutto nel secondo mandato di governo che ci furono grandi avvenimenti rispetto la salute sessuale-riproduttiva della nazione, grazie sicuramente alle importanti conferenze internazionali successive al primo mandato.

Infatti già nel 1991 si era dichiarato come “l'Anno della Pianificazione Familiare”. Nello stesso anno, il governo aveva approvato il “Programa Nacional de Población 1991-1995”, il quale era composto da otto programmi, di cui uno era sulla salute riproduttiva e sulla pianificazione familiare. Tra i suoi obiettivi si trovava quello di ridurre il tasso di natalità al 2% e il tasso di fecondità totale al 3.3%.⁷⁵ Quindi, nonostante la crisi economica ed il terrorismo, le prime azioni del governo Fujimori mostrarono fin dall'inizio l'elevata priorità che il governo avrebbe attribuito alla pianificazione familiare volta a ridurre gli alti tassi di fertilità del Paese.

Nel 1994, nella Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo (ICPD) al Cairo, si dichiarò la salute sessuale e riproduttiva come un diritto umano fondamentale e anche si riconobbe che l'*empowerment* delle donne e delle bambine, oltre ad essere una scelta giusta, era la strada più affidabile per raggiungere benessere e sviluppo.⁷⁶ Il Perù insieme ad altri paesi ratificarono il Programma d'Azione dell'ICPD, che aveva tra i suoi obiettivi l'accesso universale ai servizi di

74 Hurtado Meza, 2006, p37

75 Vidal, 2021, p25

76 Vidal, 2021, p20

salute riproduttiva e in particolare l'accesso alla pianificazione familiare. In conseguenza degli accordi ivi stipulati, le organizzazioni internazionali, le organizzazioni femministe e il governo di Fujimori avevano stabilito un meccanismo di monitoraggio per l'attuazione del Programma d'Azione firmato a Il Cairo.⁷⁷

Durante il discorso inaugurale del secondo mandato, nel 1995, Fujimori annunciò che avrebbe iniziato una lotta contro la povertà e che la pianificazione familiare avrebbe avuto un ruolo cardine in questa lotta.⁷⁸ Difatti, nello stesso anno, presentò un disegno di legge al Congresso, il quale approvò gli emendamenti alla Legge di Politica della Popolazione, incorporando la sterilizzazione femminile e maschile come metodi di pianificazione familiare, generando un dibattito aperto e pubblico. Il Congresso promulgò anche una legge che consentiva alle donne di scegliere liberamente la sterilizzazione, senza il consenso richiesto dei loro mariti o partner. Entrambe le leggi rappresentarono importanti progressi nell'uguaglianza di genere e furono fondamentali per l'implementazione del Programma di 1996-2000.

Giorni dopo la modifica di questa legge, il 15 settembre del 1995, Alberto Fujimori fu l'unico capo di stato maschio che partecipò alla Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne a Pechino. In loco presentò un discorso a favore della pianificazione familiare:

“Mi Gobierno ha decidido llevar a cabo, como parte de su política de desarrollo social y lucha contra la pobreza, una estrategia integral de planificación familiar que encara, abiertamente y por primera vez en la historia de nuestro país, la grave carencia de información y de servicios sobre la materia para que de esta forma las mujeres dispongan, con toda autonomía y libertad sobre sus propias vidas”.⁷⁹

Tuttavia molti gruppi a sostegno del mondo femminile ritengono che i suoi discorsi apparentemente femministi nascondevano sotto degli interessi economici. Lo accusano di sfruttare il discorso economico della lotta alla povertà (malthusiano), il

77 *Ivi*, p25

78 Vidal, 2021, p26

79 Ballón Gutiérrez, 2021, p142

discorso femminista sull'autonomia del corpo (pro-choice) e il discorso umanitario (a favore dello sviluppo “sostenibile”).⁸⁰ Secondo Stephanie Rousseau: “Il neo populismo del Perù è stato plasmato da un discorso di genere, in relazione alle dinamiche di costruzione della cittadinanza delle donne. [...]”⁸¹

In effetti, secondo lo storico Matthew Connelly,⁸² molti paesi in via di sviluppo usufruirono dei prestiti che dagli anni Sessanta la Banca Mondiale concedeva se venivano raggiunti i tassi dei programmi di controllo della popolazione. (come spiega al minuto 13° nel documentario di Mathilde Demoisel, *A Woman's Womb, the Politics of Reproduction, 2010*). Nel caso del Perù, Matthew fece riferimento ad un prestito di 150 milioni di dollari che la Banca Mondiale finanziò in cambio del rispetto del programma demografico nazionale.

Pertanto, nel secondo periodo governativo di Fujimori, il Perù stava finalmente attraversando un processo di stabilizzazione economica e di consolidamento della pace sociale. Inoltre ci fu un notevole incremento nella spesa pubblica per la sanità e una grande disponibilità di risorse finanziarie da parte delle cooperazioni internazionali di diverse agenzie e organizzazioni, al Ministero della Salute a partire del 1994.⁸³ Tutti questi fattori, insieme alla ratifica delle conferenze internazionali, permisero un maggiore sviluppo e l'estensione di un programma di pianificazione familiare e di salute sessuale e riproduttiva. Se esso sia stato rispettoso dei diritti umani e non discriminatorio delle identità etniche e di genere lo si vedrà più avanti.

80 Ballón Gutiérrez, 2021, p143

81 *Ivi*, p142

82 Ballón Gutiérrez, 2021, p144

83 MINSA, 1996, p12

2.2 Programma (PNRSF 1996-2000)

2.2.1 Obiettivi e traguardi

Il Programma nazionale per la Salute Riproduttiva e la Pianificazione Familiare attuato tra il 1996 e il 2000, aveva come principale obiettivo quello di migliorare la salute riproduttiva delle donne e degli uomini, attraverso il rifornimento di servizi di promozione, prevenzione, trattamento e riabilitazione di ottima qualità. In questa maniera, esso avrebbe appoggiato lo sviluppo della popolazione, migliorato la speranza di vita e la qualità della vita di donne e uomini, rafforzato il diritto delle coppie a decidere liberamente sulla dimensione della famiglia ed il momento delle nascite.

Per comprendere meglio obiettivi e traguardi stabiliti dal Programma Nazionale del 1996-2000, si dovranno elencare i principali problemi di salute riproduttiva vigenti in quegli anni.⁸⁴ Essi furono ricavati dai diversi studi demografici del Ministero della Salute e sono presentati nell'analisi demografica dell'attuale tesi. Tra i problemi prioritari si trovano: l'elevata mortalità materna e perinatale; gli alti livelli di domanda insoddisfatta della Pianificazione Familiare; l'aumento dei comportamenti a rischio negli adolescenti; l'aumento del rischio materno-perinatale associato alle malattie sessualmente trasmissibili; l'iniquità esistente nella condizione della salute delle donne; l'alta morbilità e mortalità a causa di patologie ginecologiche prevedibili.

Di conseguenza, i 4 obiettivi specifici che il Ministero della Salute stabilì nel suo Programma, furono:⁸⁵

1. Aumentare l'accesso tempestivo ai servizi di salute riproduttiva e di pianificazione familiare; migliorare la copertura, la qualità e il calore dell'assistenza istituzionale.

84 MINSa, 1996, pp24-25

85 *Ibid*, p26

2. Sviluppare le capacità di pianificazione, amministrazione e gestione per produrre un aumento dell'offerta dei servizi di salute riproduttiva e pianificazione familiare.
3. Sviluppare un ampio e sostenuto impegno informativo ed educativo volto a generare una domanda informata dei servizi di salute riproduttiva e pianificazione familiare.
4. Mobilitare le risorse disponibili per sviluppare sistemi locali di accesso universale per la promozione, la prevenzione e l'assistenza in ambito di salute riproduttiva e pianificazione familiare, migliorando così l'assistenza comunitaria nei problemi in salute riproduttiva.

Inoltre, il MINSA⁸⁶ aveva anche stabilito i principali traguardi da raggiungere nell'anno 2000. Essi sarebbero: ridurre il tasso di mortalità materna ad un livello non superiore di 100 ogni 100.000 nati vivi; raggiungere una prevalenza dell'uso di metodi contraccettivi moderni e sicuri per garantire un Tasso di Fertilità Globale di 2,5 bambini per donna; ridurre del 50% il Tasso di mortalità perinatale in confronto a quello del 1995.⁸⁷ A quei traguardi se ne aggiungono altrettanti negli ambiti del servizio e delle infrastrutture.

87 MINSA, 1996, p26

2.2.2 Strategie

Il programma presentò delle attività specifiche da svolgere a seconda dei 4 obiettivi specifici da loro esposti. All'interno di ciascun obiettivo, furono presentate diverse attività a seconda delle linee di azione. Le linee di azione per ogni obiettivo furono: la pianificazione e gestione; l'abilitazione; l'informazione ed istruzione; la prestazione dei servizi; la valutazione ; la ricerca ; il finanziamento.⁸⁸

Tuttavia la lista delle attività era molto estesa, per questo motivo si introdurranno soltanto le strategie presentate dal Ministero della Salute. Queste sono altrettanto importanti perché in un certo modo racchiudono le attività promulgate dal Ministero e anche perché entrambe furono proposte per raggiungere gli obiettivi specifici. Le strategie che il Ministero della Salute propose per affrontare i principali problemi di salute riproduttiva e raggiungere gli obiettivi verranno a mano a mano esposti.

Negli anni Novanta una gran parte della popolazione non disponeva delle informazioni necessarie per avere un libero e volontario accesso ai metodi contraccettivi più efficaci per regolare la propria fertilità. Pertanto, la prima strategia consistette nel ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle informazioni sulla salute riproduttiva e sulla pianificazione familiare attraverso la promozione di stili di vita sani, inducendo cambiamenti comportamentali favorevoli alla salute riproduttiva, modificando i contenuti didattici dei programmi scolastici, facendo sì che alla fine della scuola tutti avessero un minimo di conoscenze sulla salute riproduttiva.⁸⁹ Inoltre il Ministero propose di utilizzare i mass media e altri mezzi per raggiungere la popolazione generale. Si propose che le informazioni offerte ai gruppi di popolazione delle zone rurali, di etnie e lingue diverse, dovevano essere fornite nel rispetto del loro diritto all'autodeterminazione e nel quadro dei loro valori culturali. L'impatto di questi interventi sarebbe stato valutato, su base continuativa, mediante ricerche operative definite sulla base di priorità nazionali e locali.

88 MINSa 1996, 28

89 *Ibid*

Il costo dei servizi di salute riproduttiva e pianificazione familiare costituiva una barriera che limitava il loro accesso, colpendo soprattutto le persone in condizione di povertà, che invece erano quelli che avevano più bisogno di attenzione. Per questo motivo, il governo era determinato a investire le risorse necessarie per ridurre al minimo questa disuguaglianza. Il primo passo fu dichiarare la consegna gratuita di tutti i metodi contraccettivi moderni e sicuri disponibili nel programma, compresa la contraccezione chirurgica volontaria (AQV).⁹⁰ Di conseguenza, eliminando la barriera dei costi, era possibile garantire il diritto dell'utente di scegliere liberamente e volontariamente la modalità più opportuna per distanziare o limitare definitivamente le nascite secondo i propri desideri. A livello locale, inoltre, si cercò di garantire, in particolare nelle situazioni di emergenza, che il costo delle cure o dei farmaci non fosse mai più un fattore limitante per le cure adeguate delle donne in gravidanza, delle partorienti, delle puerpere o del neonato.⁹¹

Un'altra importante strategia era il rafforzamento dell'attuale sistema di formazione sanitaria decentralizzata, che sarebbe avvenuto in forma progressiva e rispettando le caratteristiche locali.⁹² Si voleva rafforzare la capacità di gestione dei livelli locali per articolare e sfruttare tutte le risorse disponibili, enfatizzando l'auto sostenibilità locale. Il decentramento doveva essere effettuato nella premessa della responsabilità condivisa. Attorno all'istituzione del Ministero della Salute, si sarebbe costruita l'articolazione locale. Il Ministero però doveva assumere la guida tecnica e la responsabilità del primo livello di riferimento. Sebbene le unità di intervento dovessero essere locali, l'unità di pianificazione e valutazione del progressivo sviluppo sarebbero state dipartimentali.

Tra le priorità del programma, si trovava anche la volontà di migliorare la qualità e l'accoglienza dei servizi offerti. Il programma presentò tre elementi essenziali per il miglioramento: l'implementazione di un pacchetto di assistenza sanitaria riproduttiva, l'accreditamento della qualità degli ospedali e l'implementazione di un

90 *Ibid*

91 MINSAL, 1996, p29

92 *Ibid*

sistema nazionale di sorveglianza della morte materna e perinatale.⁹³ Quest'ultimo aveva lo scopo di stabilire un processo di continuo miglioramento nella qualità delle cure. Inoltre era essenziale raggiungere la partecipazione e l'impegno degli enti che formano le risorse umane nella sanità, nelle società scientifiche, nelle scuole. Era anche una risorsa indispensabile per migliorare l'assistenza sanitaria, la partecipazione di personale di riconosciuta e accreditata competenza tecnica.

Come si è osservato nei programmi precedenti, la partecipazione coordinata e complementare dei diversi settori fu fondamentale per lo sviluppo del settore sanitario. Soprattutto prima che ci fosse un Programma di salute sessuale e riproduttiva, il contributo delle Organizzazioni Non Governative e del settore privato commerciale furono fondamentali. In questo periodo, con il Programma, il Ministero della Salute costituiva un'azione essenziale: guidare il coordinamento intersettoriale. Difatti la partecipazione in concomitanza di questo settore, insieme ad altri settori, sia pubblici (istruzione, Forze Armate) sia privati (industria farmaceutica) sarebbero la base di un lavoro continuo per riuscire ad offrire un accesso universale all'informazione e ai servizi di salute riproduttiva e pianificazione familiare.⁹⁴

Per contribuire al miglioramento della salute generale delle donne e loro stato sociale, si capì l'importanza di promuovere la loro salute riproduttiva. Si volle sostenere l'uguaglianza dei diritti e delle relazioni eque in relazione all'assistenza della salute riproduttiva di entrambi sessi.⁹⁵ Si volle anche creare consapevolezza sull'autostima e sull'autopreservazione della salute, nel rispetto di ogni contesto culturale e dei gruppi sociali. Nella ricerca di ridurre le barriere che limitano l'accesso delle donne a cure di qualità, lo sforzo maggiore sarebbe stato quello di incorporare questi aspetti nella pratica quotidiana dei servizi sanitari.

93 *Ibid*

94 MINSa, 1996, p29

95 *Ibid*

Poiché la mortalità materna e perinatale costituiva un importante problema da risolvere, il programma prevedeva un piano di emergenza volto a ridurre rapidamente il numero dei decessi materni e perinatali.⁹⁶

2.2.3 Quadro normativo per la fornitura dei servizi del Programma

Il quadro del Programma seguiva gli obiettivi del Programma d'Azione approvato alla Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo del 1994 tenutasi al Cairo, il quale era incentrato nel rispettare i diritti riproduttivi delle donne e la promozione dell'equità di genere. Per monitorare l'attuazione del Programma d'Azione, le organizzazioni femministe e il governo di Fujimori stabilirono un meccanismo denominato “Mesa Tripartita de Seguimiento al Programa de acción de El Cairo”, esso consisteva in un comitato composto da esponenti dello Stato, della società civile e delle istituzioni internazionali.⁹⁷ Inoltre, la responsabilità per l'attuazione del Programma si affidò ai governi regionali e ai comuni, mentre il governo centrale mantenne la funzione di regolarne l'attuazione.

Il Programma fornì diversi metodi contraccettivi, tra essi due metodi tradizionali di astinenza periodica: il metodo di Billings, che consiste nell'imparare a riconoscere i cambiamenti nelle caratteristiche del muco cervicale, ed il metodo del ritmo, che si basa sul calcolo della probabilità di giorni fertili nel ciclo. Mentre i metodi contraccettivi moderni che erano all'epoca disponibili erano: i preservativi, la pillola anticoncezionale, le iniezioni di Depo Provera, l'impianto sottocutaneo Norplant, i dispositivi intrauterini (IUD) e le *AQV*⁹⁸ per uomini e donne, ossia le contraccezioni chirurgiche volontarie.

Tuttavia, negli ultimi anni, il Programma nazionale di pianificazione familiare vide un aumento significativo dei suoi servizi di contraccezione chirurgica volontaria (AQV), che prevedeva la legatura delle tube e la vasectomia. Per questo motivo il Dipartimento dei Programmi Sociali del Ministero della Salute mise a disposizione

96 *Ivi*, p46

97 Villegas, 2017, p894

98 *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria*

del personale sanitario del settore pubblico e privato nel gennaio del 1997 il “Manuale delle norme e delle procedure per le attività di contraccezione chirurgica volontaria”. Questo manuale presentò le linee guida e gli standard tecnici per lo svolgimento delle AQV che dovevano obbligatoriamente seguirsi prima, durante e dopo l'esecuzione degli interventi menzionati precedentemente. L'intenzione di questi procedimenti era l'aumento della sicurezza e della qualità nell'attuazione delle AQV.

Nel primo capitolo il manuale descrive nel dettaglio le condizioni minime che le strutture sanitarie dovevano possedere per eseguire le procedure chirurgiche. Ad esempio: la presenza di acqua potabile, di servizi igienici, di elettricità, di stanze private, di un'area chirurgica sterile ed anche la presenza di personale sufficiente e con un livello di formazione tale da garantire la sicurezza nelle procedure; infine disponibilità di farmaci e di forniture necessarie per l'intervento e la gestione delle emergenze.⁹⁹

Il secondo capitolo espone le procedure da eseguire per la consulenza, la quale era obbligatoria e attraverso la quale le persone dovevano essere aiutate a prendere decisioni libere, volontarie, responsabili e informate. I consulenti dovevano far conoscere i vantaggi ed i rischi di tutti i metodi disponibili e nel caso delle AQV, l'irreversibilità del metodo. Inoltre, viene consigliato di prestare molta attenzione agli utenti con determinate caratteristiche, perché molti si pentivano dopo la chirurgia. Le condizioni dell'utente a cui bisognava prestare attenzione erano: avere un'età inferiore a 25 anni; avere figli dello stesso sesso; avere un figlio malato; disaccordo da parte della coppia; essere costretto dal marito o dal partner; mancanza di tempo sufficiente per valutare la decisione; mancato accesso alle informazioni su altri metodi contraccettivi; avere convinzioni religiose o culturali contrarie; condizioni psicologiche; ritenere che l'AQV fosse reversibile.¹⁰⁰

Secondo la normativa vigente in quel periodo non era richiesta la firma del coniuge, bensì quella dell'utente e del personale sanitario che lo assisteva. Nel caso di un analfabeta, il formulario doveva registrare l'impronta digitale del paziente e un

99 Naghata, 1997, pp4-5

100 Naghata, 1997, p10

testimone, scelto dall'utente, doveva firmare per constatare che la procedura era stata eseguita correttamente .

La dimissione doveva avvenire quando il paziente era ormai stabile e doveva essergli fornito un foglio con tutte le indicazioni e le cure da fare a casa. I pazienti dovevano poi presentarsi ai controlli presso lo stabilimento, ma se ciò non avveniva, si sarebbe dovuta effettuare una visita domiciliare.¹⁰¹

La responsabilità dello svolgimento delle AQV era del Responsabile del Dipartimento di Ginecologia-Ostetricia, del Coordinatore della Pianificazione Familiare e del Coordinatore Generale dell'AQV.¹⁰² Nel caso delle campagne di sterilizzazione, il responsabile era il Coordinatore della Consulenza.

Il manuale presenta anche altre normative sulla valutazione pre operatoria, sulla biosicurezza, sulle funzioni del personale che intervengono nelle attività chirurgiche, sulle tecniche operatorie, sulla gestione post operatoria e sulla valutazione e monitoraggio.

101 *Ivi*, p35

102 *Ibid*, p7

2.3 Critiche al Programma

2.3.1 Politica indirizzata alla sterilizzazione femminile di donne rurali e povere

Tra le principali critiche al Programma ci fu quella indirizzata alla sterilizzazione femminile di donne rurali e povere, il che è un paradosso perché la politica di pianificazione familiare di Fujimori si formò sulla base di un discorso a favore dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne. Secondo i dati ufficiali, tra il 1996 e il 2001 (compreso) il Programma causò l'esecuzione di 272.028 legature delle tube.¹⁰³ Mentre nello stesso periodo di tempo, le sterilizzazioni permanenti rivolte agli uomini furono meno di 17 mila, che equivale a meno del 5% del totale di sterilizzazioni. Successivamente si presenterà una tabella che presenta la differenza tra la contraccezione chirurgica volontaria femminile e maschile durante gli anni del Programma.

Tabella 2.1 Numero di contraccezioni chirurgiche effettuate durante il Programma

Método	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total
Ligadura de Trompas	81 762	109 689	25 995	26 788	16 640	11 154	272 028
Vasectomía	6 313	10 397	2 001	1 982	801	510	22 004

Fuente: Ministerio de Salud recogidas en el Informe Defensorial N° 69.

Come si può osservare, il programma si concentrò principalmente sulla popolazione femminile e di conseguenza viene considerato discriminatorio per molti. Non tutti, però, la pensano allo stesso modo, ritenendo che è un risultato molto comune poiché le donne sono più inclini ad utilizzare metodi contraccettivi e optare per procedure definitive.¹⁰⁴ Invece, soprattutto per il loro ruolo passivo, si sarebbe dovuto promuovere la responsabilità maschile nella sessualità.

Al giorno d'oggi non ci sono dati ufficiali sull'origine etnica delle donne sterilizzate. Quello che si sa è che la maggior parte di questi interventi chirurgici si eseguirono

103 Vidal, 2021, p28

104 Villegas, 2017, p1268

in aree rurali, in luoghi distanti dalle città e dove le donne parlavano il quechua, molte di loro erano analfabete e economicamente instabili.¹⁰⁵

Il fatto che non ci sia stato un vero approccio di genere e interculturale, diede luogo a gravi violazioni delle libertà e dei diritti fondamentali, con un impatto particolare e sproporzionato sulle donne che vivono in condizioni di povertà, comprese le donne rurali e indigene.

2.3.2 Rivolto a ridurre i tassi di povertà riducendo il numero di poveri utilizzando l'AQV

Il Programma è stato considerato dai suoi oppositori come un tentativo del governo di Alberto Fujimori di ridurre i tassi di povertà attraverso la riduzione del numero dei poveri mediante la riduzione della fertilità.¹⁰⁶ Sicuramente esso fu rivolto alle popolazioni povere, difatti uno dei presupposti per la progettazione del Programma, supportato da evidenze quantitative e qualitative, era che le famiglie povere del Perù tendevano ad avere più figli, le famiglie povere e non povere avevano una differenza in media di 6 membri.

Si considerò la causa del circolo vizioso di alta fertilità, alta povertà e stagnazione economica, la mancanza di accesso delle popolazioni povere e rurali alle informazioni sulla salute sessuale e il limitato accesso ai moderni metodi contraccettivi. Pertanto, un programma volto a ridurre il divario di disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari doveva essere in gran parte rivolto ai poveri. La Defensoría del Perù conclude che non dovrebbe essere considerato un atto discriminatorio.

Tuttavia nel corso degli anni si sono sviluppate diverse teorie come quella che sostenne Boesten, che in quel periodo neoliberalista “il corpo delle donne povere è stato utilizzato come strumento politico per ridurre la povertà.”¹⁰⁷ A questa teoria, Rocío Silva, politica e avvocatessa, aggiunge che le donne indigene, provenienti da

105 Vidal, 2021, p29

106 Villegas, 2017, p1192

107 Boesten, 2018, p124

zone colpite dal terrorismo e dal conflitto armato, diventarono corpi da catturare, visti come pure entità biologiche su cui poter impunemente intervenire a beneficio della Nazione.¹⁰⁸

Nel quadro del conflitto armato interno, quando l'intera società era macchiata dalla violenza politica, da parte dei gruppi armati terroristici e dalle istituzioni come la Polizia Nazionale o l'Esercito, la popolazione civile, soprattutto quella più disagiata, subiva da entrambi gli attori diverse violazioni ai suoi diritti. Tra le teorie presentate si trova quella che ritenne che il PNSRPF fu usato come un meccanismo di controllo territoriale per avere via libera agli investimenti nel settore minerario e di idrocarburi nelle aree abitate da contadini, indigeni e poveri,¹⁰⁹ i diritti dei quali non erano una priorità.

Inoltre si parlò del *Plan Verde*, un piano che consistette nel controllo di massa del gruppo terroristico *Sendero Luminoso* attraverso un controllo demografico. Il primo a collegare questo piano alle sterilizzazioni forzate fu un ex membro della Commissione Verità e Riconciliazione, Carlos Tapia. In un presunto testo prodotto dalle Forze Armate si affermava che, per frenare la crescita della popolazione, era urgente un trattamento per le eccedenze esistenti, attraverso un uso generalizzato delle sterilizzazioni in gruppi culturalmente arretrati ed economicamente impoveriti.¹¹⁰ Cioè, secondo il Piano, significava ridurre la popolazione potenzialmente terroristica che nasceva nelle comunità andine o amazzoniche da madri povere.

Quindi si può dire che non c'è dubbio che la politica fu rivolta alla popolazione più povera, si può anche sostenere che si è voluto controllare un gruppo sociale, ma non ci sono ancora le prove per parlare di un genocidio come alcuni studiosi supportano. Le teorie sopra riportate sono ancora teorie. Inoltre, viene sostenuto che l'87% delle modalità fornite durante la vita del Programma erano metodi di pianificazione familiare totalmente reversibili, volti ad evitare temporaneamente la gravidanza e lasciare aperta la possibilità che donne e famiglie potessero decidere di avere nuove

108 Silva Santisteban, 2021, p62

109 *Ibid*, p71

110 *Ibid*, p80

gravidezze. Tuttavia, ci furono molte pratiche colonizzatrici e una forte impronta malthusiana nella politica.

2.3.3 Prevalenza delle AQV

Una delle critiche più comuni fu l'affermazione che ci fu una prevalenza del metodo contraccettivo chirurgico volontario (AQV) nel Programma rispetto agli altri metodi. I gruppi di persone che negano questa affermazione fanno riferimento ai dati forniti per l'intera durata del programma, ossia dal 1996 al 2000, informazione che verrà successivamente rilevata.

Tabella 2.2 Metodi contraccettivi forniti dal Programma (1996-2001)¹¹¹

MAC	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
DIU	170 487	135 879	105 142	104 695	79 203	70 151	665 557
Píldoras	151 129	172 925	195 616	246 181	284 948	347 223	1 398 022
Inyectables	250 344	286 275	322 330	473 903	572 806	657 235	2 562 893
Condón	106 189	101 384	110 235	171 830	165 571	164 779	819 988
Tableta vaginal	38 931	36 249	37 822	45 958	39 211	38 369	236 540
Ligadura de Trompa	81 762	109 689	25 995	26 788	16 640	11 154	272,028
Vasectomía	6313	10 397	2001	1 982	801	510	22 004
Total	805 155	852 789	799 141	1 071 337	1 159 180	1 289 421	5 977 032

Fuente: Informe Defensorial Nº 69.

Difatti, generalmente furono altri metodi quelli che concentrarono la maggior parte dei servizi forniti dal Programma. Il 34% dei pazienti optarono per le iniezioni di Depo-Provera, il 20% per la pillola contraccettiva, il 16% per IUD (dispositivo intrauterino) e il 12% per il preservativo.¹¹² Quindi l'87% delle modalità fornite durante la vita del Programma erano metodi di pianificazione familiare totalmente reversibili, lasciando aperta la possibilità che donne e famiglie potessero decidere quando avere nuove gravidanze.

111 Villegas, 2017, p1857

112 Villegas, 2017, p1125

Tuttavia, com'è possibile esaminare, durante il 1996 e 1997 ci fu un notevole aumento delle sterilizzazioni sia femminili che maschili. La ricerca di Tamayo documentò come si passò da un totale di 21 901 sterilizzazioni femminili nel 1995 a un totale di 81 762 nel 1996,¹¹³ per crescere fino a 109 689 nell'anno successivo. Questi dati vengono usati per sostenere che in effetti l'intervento chirurgico fu un metodo prioritario, ma durante il periodo tra 1996 e 1998.¹¹⁴

Comunque si prova a svalutare la sua rilevanza attraverso le percentuali. Nel 1997, anno in cui si effettuò il maggior numero di sterilizzazioni, vennero effettuate un totale di 120086, rappresentando il 14 % del totale dei metodi utilizzati dai beneficiari della politica. Il Programma quell'anno fornì diversi metodi moderni a un totale di 852.797 coppie. Come si può leggere nella tabella, a partire del 1998 le contraccezioni chirurgiche diminuirono su grande scala. Non a caso, a partire da quell'anno iniziarono a essere pubbliche diverse denunce rispetto a questi interventi e divenne vigente, a partire da marzo, la seconda edizione del *Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria*, precedentemente menzionato, responsabile di regolamentare l'esecuzione degli interventi, purtroppo posteriormente a diverse contestazioni.

Nonostante il fatto che in confronto ai metodi reversibili le sterilizzazioni sembrassero una piccola percentuale, durante la vigenza del Programma si effettuarono un totale di 294 032 sterilizzazioni. Tutto ciò, sebbene il rapporto della Defensoría conclude che i servizi di pianificazione familiare non favorissero l'AQV e che i casi a favore di questo metodo erano isolati. La scuola dei medici fece riferimento ad una commissione investigativa creata da essa stessa nel 1998 per indagare sui primi casi segnalati. La commissione concludeva che vi erano una serie di irregolarità quali, ad esempio, «errori di progettazione, favorendo il metodo AQV a scapito del ricorso ad altre modalità di pianificazione familiare, limitando così la libera scelta delle persone, che molte volte ha comportato la violazione dei loro diritti».¹¹⁵

113 Tamayo, 2000, p59

114 Montoya Vivanco *et al.*, 2014, p4

115 Villegas, 2017, p1332

Quindi si può concludere che fu fortemente promossa, e che in molti casi si favorì l'uso di questo metodo in modo coercitivo. Nei sottocapitoli seguenti si osserverà in che maniera le sterilizzazioni furono scorrettamente promosse.

2.3.4 Critiche alla progettazione del Programma (uso di metas e quote numeriche)

Viene criticato molto l'uso di "metas", ossia obiettivi e quote nella pianificazione familiare e in particolare di fronte alla fornitura di servizi di contraccezione chirurgica. Per capire il motivo per cui viene giudicato, è necessario sottolineare delle considerazioni importanti.

Il Programma aveva come obiettivo generale quello di raggiungere nell'anno 2000 una prevalenza dell'uso di metodi contraccettivi moderni e sicuri, necessari per garantire un Tasso di Fertilità Globale di 2,5 figli per donna. Il problema sussiste quando tali obiettivi si esprimono come volontà del governo di totalizzare un universo di utenti rispetto a un metodo o a una categoria di metodi, senza dare spazio a decisioni personali in una materia in cui si deve garantire una decisione libera e informata; quindi ci si trova di fronte ad una decisione del governo che potenzialmente incide sui diritti e le libertà individuali di coloro che sono inclusi in tale universo.¹¹⁶ Nella pianificazione non dovrebbe esserci nessuna opzione preferenziale da parte dello Stato, poiché deve essere guidato dalla libera domanda senza operazioni di governo che interferiscano con il diritto di scelta delle persone.

Un altro problema si rifletté nella formulazione di quote numeriche al fine di favorire l'attuazione del programma, in particolare nel caso dell'AQV, in modo tale che la copertura fosse maggiore. Secondo il Ministero della Salute, il Programma non prevedeva quote numeriche obbligatorie ed esse furono definite al fine di adempiere i requisiti per la redazione del bilancio pubblico; si suppone che esso fu calcolato sulla base della domanda insoddisfatta di contraccettivi, disponibile nei sondaggi ENDES. Tuttavia, diversi studi, come quelli del *Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer* (Cladem), dimostrarono

116 CLADEM, 1999, p46

che in alcuni casi si effettuarono quote di acquisizione di utenti, i quali venivano assegnati a stabilimenti e al personale sanitario. La presenza di quote per attrarre utenti in merito a particolari metodi, come quelli irreversibili, incoraggiava le violazioni dei diritti umani, a maggior ragione quando queste erano accompagnate da incentivi, pressioni o minacce al personale sanitario che, tra l'altro, si sarebbe potuto trovare in una situazione lavorativa precaria o subire atteggiamenti discriminatori o autoritari.¹¹⁷

Nonostante alcuni studi sostengano che non ci siano prove verificate, nel rapporto del Cladem ve ne troviamo diverse. Tra esse, nel novembre del 1996, il presidente dell'Istituto d'Indagine e Prevenzione di Malattie della Donna, denunciò che i medici che lavoravano negli ospedali del MINSA e del *Instituto Peruano de Seguridad Social* furono obbligati a realizzare legature delle tube, tutto ciò nei luoghi periferici delle aree andine della regione La Libertad.¹¹⁸ Codesto affermò anche che i medici dovevano realizzare una media di 50 sterilizzazioni femminili per essere qualificati nei loro livelli di produzione. In una intervista pubblicata dal giornale *El Comercio* nel 1998 si parlò di remunerazioni economiche se si riusciva ad attrarre utenti per effettuare le AQV femminili, per una paga di 30 soles per ogni persona nella zona di Tocache, mentre nella zona di Arequipa offrirono 15 soles.¹¹⁹ Come queste dichiarazioni, ce ne furono tante altre disponibili nel rapporto del Cladem.

Inoltre, sebbene per il Ministero della Salute le «campagne e gli incontri per la salute riproduttiva» furono soltanto pensate a scopo informativo e non per svolgere procedure AQV, diverse indagini dimostrarono che in alcuni casi queste campagne offrirono prevalentemente le sterilizzazioni, a scapito d'informare sulla gamma di metodi contraccettivi. L'esistenza di queste campagne viene sostenuto dal rapporto *Silencio y Complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*, il quale fu elaborato sulla base dell'indagine di Giulia Tamayo nel 1998. Esso narra le diverse violazioni ai diritti delle donne nei “*Festivales de*

117 CLADEM, 1999, p48

118 *Ibid*, p50

119 *Ivi*, p63

Ligadura de Trompas”, attraverso i quali, in alcuni casi, si concentrarono in attrarre utenti che effettuassero metodi definitivi di contraccezione. Queste campagne furono fortemente discutibili, perché avrebbero dovuto garantire una decisione informata e libera. Si pensa che queste attività siano diventate un problema a causa degli obiettivi numerici di utenti che si è voluto raggiungere nei primi anni del Programma.

In alcune località, durante i giorni di campagne, vennero incluse attività festive e sportive, nelle quali diverse volte mettevano striscioni con frasi come: “*Nosotros decidimos tener sólo dos hijos ¡Por eso elegimos el método de ligaduras de trompas y somos felices!*”.¹²⁰ A Marcavelica invece, diffusero costanti messaggi alla radio, come quello che disse: “*Ya no es tiempo de tener más hijos. La única solución para evitarlos es la ligadura de trompas*”.

Un'altra rilevante accusa è quella che sostiene la ricercatrice Giulia Tamayo: la lingua materna della maggior parte delle donne peruviane rurali non era lo spagnolo, essendo la maggior parte di loro indigena, e ciò avrebbe dovuto essere considerato nell'attuazione del programma,¹²¹ in modo che gli operatori sanitari non violassero i loro diritti e fosse loro garantito un libero accesso alle informazioni e alla scelta.

120 CLADEM, 1999, p71

121 Villegas, 2017, p1170

2.4 Denunce ed indagini

Durante i primi anni del Programma cominciarono a essere denunciate diverse pratiche contrarie al libero ed informato consenso e molte irregolarità nella prestazione di servizi di pianificazione familiare e di salute sessuale-riproduttiva. Di conseguenza, quando il numero di accuse incrementò, si intrapresero diverse indagini sull'applicazione del Programma. Esse vennero effettuate da Organizzazioni Non Governative, da gruppi femministi, dalla *Defensoría del Pueblo*, dal Congresso della Repubblica e dalla società civile. Eppure le denunce riguardo le AQV non furono inserite nell'indagine svolta dalla *Comisión de la Verdad y Reconciliación*, la quale aveva il compito di denunciare e riparare i fatti e le responsabilità della violazione dei diritti umani perpetrati dallo Stato durante gli anni del conflitto armato interno.

Tra le diverse pratiche abusive, quella più contestata e riconosciuta internazionalmente furono le sterilizzazioni forzate. Furono le stesse vittime delle sterilizzazioni le prime a denunciare ciò che stava accadendo, le circostanze causarono così l'input delle diverse indagini. Le prime associazioni che iniziarono a porre le denunce furono: l' "*Asociación de las Mujeres Afectadas por las Esterilizaciones Forzadas*" a Cusco con l' "*Asociación de Mujeres de la Provincia de Huancabamba*" a Piura.¹²² Dopo le prime pubbliche denunce causate da complicanze postoperatorie e da alcuni decessi, si svolsero le prime indagini da parte dal Congresso della Repubblica e dalla *Defensoría del Pueblo*, ossia l'ufficio del Difensore civico. Successivamente si svilupparono altre indagini.

Tra le ONG, il Comitato Latinoamericano e Caraibico per la Difesa dei Diritti della Donna (CLADEM) ebbe un compito fondamentale. Esso elaborò due rapporti che denunciavano l'applicazione massiccia e forzata di questo programma alle donne e dichiarò pubblicamente che l' attuazione del Programma violava i diritti umani.

D'altra parte, una persona importante per la società civile fu Giulia Tamayo che presentò due rapporti importanti durante la vigenza del programma : "Silencio y Complicidad" del 1998 e "Nada Personal. Reporte de derechos humanos sobre la

122 Vidal, 2021, p30

aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998", pubblicato nel 1999. Quest'ultimo concludeva che lo Stato peruviano aveva stabilito obiettivi numerici a livello nazionale finalizzati esclusivamente alla contraccezione chirurgica; che il personale sanitario usò quote, pressione ed incoraggiamenti per sottomettere le donne a sterilizzarsi. Inoltre indicò che nel quadro del Programma si realizzarono azioni di carattere massiccio, come le fiere o *festivales*, con l'unico obiettivo di attirare possibili utenti alle AQV, a scapito del loro diritto a una libera e informata decisione.¹²³ Per di più, questo rapporto narra tre casi di morte cerebrale che non sono presenti nei rapporti della Defensoría.

Di uguale maniera, la *Defensoría del Pueblo*, organismo costituzionalmente autonomo, durante gli anni della politica pubblicò diversi rapporti, i più importanti furono il Rapporto N°07 del 1998, il Rapporto N°27 del 1999 e il Rapporto N°69 del 2002. Attraverso questi venivano formulate raccomandazioni per migliorare la politica di salute sessuale e pianificazione familiare, alcuni venivano approvate mediante la *Deliberazione Defensorial* e successivamente implementati nel Programma. Tuttavia, a differenza di molte delle indagini in questo sotto capitolo elencate, la Defensoría ritiene che le problematiche riguardo le sterilizzazioni siano casi isolati di negligenza e non parte di una politica massiccia e discriminatoria.

Nel 2001, in seguito al ritorno della democrazia, il Congresso della Repubblica approvò la costituzione della Sottocommissione Investigativa di persone e di istituzioni coinvolte in azioni di Contraccezione Chirurgica Volontaria (AQV). Nell'anno 2002, questa commissione consegnò il suo rapporto finale in cui si stabilì che 314.605 donne vennero sterilizzate nel quadro del programma. Confermò inoltre che all'interno della politica si fissarono obiettivi numerici, incentivi e/o stimoli per il raggiungimento delle quote e si svolsero anche feste e/o campagne con lo scopo di favorire le sterilizzazioni. Questo rapporto mise anche in luce gli incontri tra Alberto Fujimori, i suoi ministri di Stato ed i direttori regionali della Sanità con lo scopo di favorire i metodi definitivi, dimostrando così l'ingerenza dell'Esecutivo nell'applicazione delle sterilizzazioni chirurgiche.¹²⁴

123 Vidal, 2021, pp33-34

124 Vidal, 2021, p36

Uno dei rapporti sopra menzionati, l'*Informe N°69*, è fondamentale perché esso registrò in maniera molto precisa la diversa natura delle irregolarità nella prestazione dei servizi del Programma ed i casi di violazioni ai diritti umani. Tra giugno del 1999 e agosto del 2002 registrò un totale di 773 denunce. Tuttavia, nel corso degli anni esse aumentarono in maniera considerevole, poco a poco i cittadini s'incoraggiarono a denunciare. Ma, per farsi un'idea dei molteplici tipi di denunce, verranno menzionate quelle registrate fino al 2002, e il numero di vittime fino a quel momento riportate.

2.4.1 Pratiche contrarie al libero ed informato consenso

Come si è osservato nel precedente sottocapitolo , il Manuale delle regole e procedure per AQV stabiliva come requisiti il consenso libero ed informato, tuttavia nel periodo di vigenza della politica si effettuarono diverse violazioni di questo tipo. Il maggior abuso compiuto, in parte dal Programma e da alcuni assistenti sanitari, furono le sterilizzazioni forzate. “Forzate” perché sotto inganno, coercizione o grave minaccia alla persona oggetto dell'intervento o al suo partner.

Non tutte le sterilizzazioni furono forzate, tuttavia il rapporto della *Defensoría* del 2002 registrò un totale di 61 contraccezioni chirurgiche senza consenso, per posteriormente il Ministero della Giustizia e Diritti Umani attualmente riconoscere un totale di 6077 casi di sterilizzazioni forzate. I rapporti e i testimoni presentati comprendono casi di donne sterilizzate nell'ambito di un altro intervento (parto, aborto o altre cure di salute riproduttiva); sterilizzate su autorizzazione esclusiva dei loro partner maschi e poi indotte dal personale sanitario; sterilizzazioni nonostante il dissenso del paziente prima dell'inizio dell'intervento chirurgico; sterilizzazioni in condizioni di intimidazione (quali minacce di intervento da parte delle forze di polizia o di altre autorità, o privazione di servizi sanitari alla persona o ai suoi familiari) o mediante privazione della libertà; sterilizzazioni attraverso l'inganno sulla natura irreversibile dell'operazione.

Oltre ai casi di sterilizzazione forzata riscontrati, si osservò un numero maggiore di casi che descrivevano: condizionamenti, informazioni parziali o incomplete,

assenza di garanzie per il processo decisionale, assedi e maltrattamenti che minavano l'immagine di sé e la capacità di dissenso degli utenti e l'autorizzazione del coniuge come requisito per l'uso di un metodo contraccettivo (3).

Tra le pratiche contrarie, si mostrarono casi di maltrattamento da parte del personale (9), mediante l'utilizzo di frasi offensive o umilianti, la manipolazione della condizione di povertà per portare alla sterilizzazione, la pressione sistematica individuale o familiare, attraverso visite domiciliari o quando la donna si è recata presso la struttura sanitaria per richiedere cure per sé o per un altro familiare.¹²⁵ Si verificarono casi di coercizione all'uso di un determinato metodo contraccettivo (5), di rifiuto di somministrare il metodo richiesto dall'utente e negazione all'accesso ai metodi contraccettivi temporanei (9); bisogna segnalare però che in varie località ci furono carenze di questi metodi non definitivi. Nell'*Informe* vennero anche presentati diversi casi di assenza di consulenza, attraverso la quale l'utente riceve informazioni sulla più ampia gamma di metodi contraccettivi e la quale è obbligatoria. Difatti, nelle visite di sorveglianza presso gli stabilimenti, è stato rilevato che gli utenti non erano adeguatamente informati sulla varietà, sull'uso e sugli effetti dei vari metodi contraccettivi.¹²⁶ Per quanto riguarda le informazioni fornite sull'irreversibilità dell'AQV, secondo l' ENDES 2000, il 92,8% delle donne sterilizzate volontariamente durante il programma sapeva che era irreversibile.¹²⁷

Si riscontrarono anche problemi riguardanti l'autorizzazione alla contraccezione chirurgica. Il corretto conseguimento dell'autorizzazione è vitale perché rappresenta la garanzia formale che l'utente è stato debitamente informato sulla chirurgia e quindi è totalmente cosciente delle conseguenze dell'intervento al quale si sta sottoponendo. I problemi riportati furono: il mancato rispetto del periodo di riflessione in 346 casi, sebbene il MINSA avesse stabilito un periodo di attesa obbligatorio di 72 ore tra la firma del consenso e l'esecuzione dell'intervento chirurgico (AQV). Altri problemi

125 Cladem, 1999, p42

126 Defensoría del Pueblo, 2002, p46

127 Villegas, 2017, p1237

riguardanti l'autorizzazione furono: il formato non vigente di consenso per esercitare le AQV in 115 casi, ciò non significa necessariamente che non ci fosse stato consenso; il consenso per esercitare le contraccezioni chirurgiche attraverso un modulo mai approvato dal Programma; l'operazione di contraccezione senza ratifica di consenso (40); la firma del modulo di consenso senza specificare la data del consenso, o per esempio ci furono casi in cui la ratifica del consenso dell'utente avvenne tre giorni dopo la realizzazione dell'operazione.¹²⁸

Vennero anche denunciati i casi in alcune piccole comunità dove assistenti sociali, infermieri e medici offrirono diversi incentivi, come alimenti, vestiti, denaro, riduzione del debito ospedaliero derivante da cure al parto o aborto incompleto in cambio di sterilizzazione.¹²⁹ Tali incentivi si considerano coercitivi poiché riducono la libertà di scelta, offrendo ricompense o pressioni irresistibili, soprattutto a persone con poche risorse.

2.4.2 Irregolarità nella prestazione dei servizi

Nonostante il Programma abbia presentato dei regolamenti chiari, un manuale con delle procedure da attuare, si verificarono diverse irregolarità nella prestazione dei servizi di pianificazione familiare e salute sessuale. Ad esempio sono stati referiti casi di sterilizzazioni in stabilimenti senza la qualifica di PES¹³⁰ (17)¹³¹, ossia in strutture sanitarie che non avevano i requisiti minimi di sanità per eseguire le procedure chirurgiche; si registrarono 4 casi di rinvii di utenti a cliniche private.

Vennero anche denunciate diverse vicende nelle quali la negligenza del personale sanitario causò gravi danni ai pazienti fino ad arrivare, in certi casi, alla morte, come le mancate valutazioni pre operatorie (3), le mancanti prove di precedenti consulenze nelle cartelle cliniche (27), l'assenza di un monitoraggio post-operatorio (3), il rifiuto da parte del personale di cure dopo complicazioni posteriori

128 Defensoría del Pueblo, 2002, pp47-52

129 Cladem, 1999, p42

130 Punto de Entrega de Servicios para AQV femenina

131 Defensoría del Pueblo, 2002, p15

all'applicazione dei metodi di contraccezione temporanea (2), i casi specifici di negligenza del personale sanitario (5) ed i casi di decessi per negligenza del personale sanitario (3).

La *Defensoría* ed il Ministero della Salute presentarono le sterilizzazioni come interventi semplici e non rischiosi, anche se si verificarono, fino al 2002, 47 casi di complicanze postoperatorie, 8 complicanze derivanti dall'applicazione di metodi contraccettivi e 2 decessi per interventi di contraccezione chirurgica.

Inoltre avvennero diversi casi di addebiti impropri per i servizi sanitari (50), anche questi corrispondono a una violazione ai diritti riproduttivi delle persone giacché limitano l'accesso ai servizi di pianificazione familiare, quando dovrebbero essere gratuiti. Gli addebiti vennero rilevati in svariate situazioni come per il controllo del metodo contraccettivo; per l'applicazione di iniettabili, IUD e somministrazione di pillole contraccettive; per consultazioni di diverso tipo; per il rilascio di certificati di nascita e per il rilascio di esami medici dovute a violenza familiare.¹³² Addebiti in quanto multe come misura coercitiva alle donne che partoriscono in casa, che non si recano alle strutture sanitarie per i controlli prenatali, che non portano con sé il numero di annessi o che non si presentano agli appuntamenti di controllo della pianificazione familiare.¹³³

Va notato che l'importo degli oneri varia da uno stabilimento all'altro. L'argomento che in alcuni casi ha cercato di giustificare l'esistenza d' oneri rilevati, risiede nel fatto che, data la mancanza di risorse economiche delle strutture sanitarie, è necessario generare un proprio reddito e comperare i mezzi per effettuare i servizi.

Ulteriormente la *Defensoría* presentò altri problemi che minacciarono i diritti riproduttivi degli utenti come: la riduzione del numero di interventi di AQP, l'ignoranza da parte del personale sanitario delle norme del Programma Nazionale, la mancata incorporazione delle pillole contraccettive di emergenza, le giornate esclusive di legature delle tube e la diminuzione della somministrazione delle forniture contraccettive nelle strutture sanitarie. Difatti si evidenziò un' assenza di

132 *Defensoría del Pueblo*, 2002, p138

133 *Ibid*, p139

pillole, iniezioni trimestrali e compresse vaginali, informazione che però contrasta con le cifre che indicano l'aumento della distribuzione di pillole contraccettive e l'applicazione di iniettabili.¹³⁴

2.5 Vittime e testimonianze

Il numero delle vittime non si sa con precisione. Tuttavia i dati del *Registro de Víctimas de Esterilizaciones Forzadas* (REVIESFO) hanno raccolto un totale di 6077 casi di sterilizzazioni forzate registrate e riconosciute dal Ministero di Giustizia e Diritti Umani, delle quali il 97,97% furono donne. Le violazioni ai diritti e alla dignità delle persone furono di diverso tipo, molti sopra spiegati. In questo sottocapitolo invece verranno riportate i casi più emblematici e alcune testimonianze rilevanti per poter capire la traumatica esperienza e per riuscire a mettersi nei loro panni.

2.5.1 Caso di María Mamérita Mestanza Chávez

María Mamerita Mestanza Chavez aveva 33 anni ed era madre di sette figli quando morì il 5 aprile di 1998, nove giorni dopo aver subito la procedura di *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria* (AQV) presso l'Ospedale Regionale di Cajamarca nell'ambito del Programma.¹³⁵

I medici che la operarono non seguirono il protocollo medico stabilito. Secondo la relazione presentata alla Commissione Interamericana dei Diritti Umani, Mamerita fu vittima di molestie da parte del centro di salute del quartiere La Encañada dal 1996 fino a quando raggiunsero loro obiettivo, convincerla di sterilizzarsi.¹³⁶ Lei e suo marito Jacinto Salazar Suárez ricevettero diverse visite dal personale di salute, chi non trovando una risposta positiva gli minacciarono con denunciarli alla

¹³⁴ Defensoría del Pueblo, 2002, p137

¹³⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Informe nº 71/03, 2003

¹³⁶ CIDH, Informe nº 71/03, 2003

polizia.¹³⁷ Conformemente alla domanda, il personale sosteneva che secondo la legge, la persona che avesse più di 5 figli doveva pagare una multa e sarebbe stato portato alla carcere.

Infine , l'operazione chirurgica si realizzò il 27 marzo di 1998 nell'Ospedale Regionale di Cajamarca, senza fare precedentemente un esame medico. Le organizzazioni sostennero nella denuncia che sotto coercizione si riuscì il consenso della signora Mestanza per essere oggetto dell'operazione di legature di tube. Tuttavia la domanda non presentò evidenza che la signora Mestanza fosse arrivata all'ospedale sotto coercizione. Posteriormente la dimisero dall'ospedale anche se presentava sintomi evidenti ,come mal di testa vertigini e nausea. Neppure ricevette adeguate cure mediche postoperatorie, infatti il marito comunicò lo stato di salute al personale e loro dissero che erano effetti post operatori dell'anestesia.¹³⁸ Nove giorni dopo l'operazione morì di sepsi e il centro di salute offrì denaro al marito.

137 CIDH, Informe nº 71/03, 2003

138 CIDH, Informe nº 71/03, 2003

2.5.2 Testimonianze

Esperanza Huayama

Presenta sua testimonianza nel documentale *Una voz estéril* (Ruiz, 2012):

“Les voy a contar sobre mi caso en Huancabamba. Mandaron una comisión de Lima a cada caserío diciendo que nos iban a apoyar con alimentos, vitaminas y medicinas. Entonces me hicieron pasar a un local y me pusieron la bata y me anestesiaron. Yo estaba embarazada de tres meses, y ellos lo sabían. Yo no lo sabía, pero aun así me operaron. Yo al enterarme les dije: ‘No me quiten a mi hijito, prefiero morir junto a él. No me saquen a mi hijito’ [...] Lo mismo les hicieron a muchas señoras ese día. Cien por lo menos. Primero nos ofrecieron medicina, pero luego como animales nos trataron. Una vez que cerraron el puesto de salud, ya nos sacaron a todas las señoras y a cada una las llevaban con una ambulancia a otros lugares. Algunas señoras murieron, a otras sus esposos las abandonaron. Todo fue una desgracia.”¹³⁹

Dorotea González Valles, comunidad nativa de Callería, Ucayali

“Cuando llegué me dijo, te voy a operar para que no tengas más hijos. Pero yo no quería porque tenía cinco hijos y quería tener más hijos. Me sentía joven y no respetaron mi decisión. Me hicieron entrar a la sala de operaciones y me inyectaron una ampolla, no sabía qué me habían inyectado. Sentí miedo, me desmayé. Cuando vi las tijeras en la mesa empecé a gritar de miedo. Otras shipibas que llegaban al hospital me escucharon gritar y corrieron de miedo.”

139 Vidal, 2021, p67

Después de la operación no paraba de botar sangre porque me habían operado mal y no me brindaron ningún medicamento. Después, me llevaron a la comunidad, pero con malestares que no me dejaban estar tranquila. Supe que los doctores no me iban a dar los medicamentos. Empecé a tomar plantas medicinales, lloré amargamente porque no me paraba la hemorragia, un dolor que no podía aguantar y me revolcaba. Esta situación me hizo sufrir demasiado.

Tras la operación no podía caminar. La ligadura me hizo mal y empeoré. Este dolor no me dejaba durante un año. Después de la operación sentí temor de estar con mi marido, No estuve con mi marido durante dos años por motivos de querer sanarme. Me mantenía con sangre de grado [planta medicinal], echaba pus, algo amarillento y me asusté. Antes no me enfermaba. Ahora incluso bajé de peso porque me siento muy enferma.”¹⁴⁰

Luisa Pinedo Rango, comunidad nativa de Santa Teresita de Cashibococha,
Ucayali

“Fui a la posta a una reunión donde nos dijeron que nos debíamos hacer la ligadura y, al escuchar eso, me retiré, vine a la casa, diciéndome que no me la iba a hacer Al volver a casa, mi cuñada Dora me dice: “hay que ir, vámonos”.Porque los enfermeros nos decían que debíamos ir, como dándonos una orden. Decían: “vamos, vamos”, y nos meten al bote, así nos llevan. Yo quise huir, pero no pude. Nos estaban vigilando y no se podía escapar. Entonces dice el doctor,de acá no van a salir, no se van a escapar. Empiezo a sentir mucho miedo.

Yo estaba sentada en una silla. “Trae tu brazo”, me dijeron. Yo no sabía para qué. Yo tenía puesta una bata. Me asusté mucho y di un grito... Me habían agarrado el brazo. “¿Qué me harán ahora?”, me pregunté. Entonces empiezo a ver colores, verde, amarillo, azul, rojo... luces de colores. Y ya no recuerdo más.

Ahora estoy una semana al mes mal, por eso no puedo cargar nada pesado,

140 Westendorp, 2021, pp166-167

porque aquí siento el dolor [señala su abdomen] y como te decía, siento como algo que me pica por dentro, como ahora lo estoy sintiendo. Siento algo como que muerde y eso me asusta. Por eso yo me pregunto, ¿por qué me puede pasar esto, por qué siento esto? Soy sincera en decirte que desde el momento que me operaron nunca más he ido a la posta por más que estoy sintiendo mucho dolor, porque tengo mucho miedo que me vean y me digan que estoy mal. Yo misma imaginando que me encuentro mal, que encuentren que tengo alguna enfermedad.»¹⁴¹

2.6.1 L'Accordo di Risoluzione Amichevole nel caso di Mamerita Mestanza

L'unico caso di sterilizzazione forzata che lo Stato peruviano riconobbe la sua responsabilità internazionale nei confronti del PNSRPF¹⁴² fu quello di Mamerita Mestanza. I dettagli del caso, del perché fu considerato forzato è già stato presentato nel sottocapitolo precedente, in questo invece si osserverà il caso dalla prospettiva della riparazione.

Dopo la morte di Mamerita, la sua famiglia dovette affrontare una seconda debolezza istituzionale: la mancanza di accesso alla giustizia. In effetti, Jacinto Salazar Suárez, suo marito, denunciò penalmente il capo del centro sanitario per omicidio colposo. Tuttavia, il tribunale inquirente concluse che non c'era posto per l'apertura del processo e di conseguenza la denuncia fu archiviata definitivamente nel dicembre di 1998 dal Fiscale Provinciale.¹⁴³

Dopo la deludente azione della giustizia nazionale, il 15 giugno del 1999 alcune organizzazioni non governative, lo Studio per la difesa delle donne (DEMUS), il Comitato Latinoamericano e Caraibico per la Difesa dei Diritti delle Donne (CLADEM) e l'Associazione pro Diritti Umani (APRODEH), presentarono una petizione alla Commissione Interamericana per i Diritti Umani (CIDU). Le Ong

141 Westendorp, 2021, pp165-166

142 Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar

143 Villegas, 2017, p338

ricorrenti affermarono che il caso di Mestanza rappresentava un caso in più su un numero significativo di donne colpite per l'applicazione di una politica di governo di carattere massiccio, compulsivo e sistematico che privilegiava la sterilizzazione come metodo per modificare rapidamente il comportamento riproduttivo della popolazione, soprattutto delle donne povere, indigene e rurali¹⁴⁴. Questa petizione denunciava la Repubblica del Perù di essere la responsabile di violare i diritti umani della signora Mestanza, costringendola a sottoporsi ad una procedura di sterilizzazione chirurgica, che alla fine l'avrebbe uccisa.

Nel 2001 lo Stato peruviano accettò la sua responsabilità e si sottoscrisse insieme alla Commissione e ai rappresentanti delle vittime ad un Accordo Previo per la Risoluzione Amichevole con intervento e approvazione della CIDU. In questo Accordo Previo, si impegna ad adottare misure di riparazione materiale e morale per i danni e a promuovere un'indagine esaustiva, volta a punire i responsabili, nonché adottare misure preventive per evitare il ripetersi di eventi simili in futuro¹⁴⁵.

Finalmente l'Accordo di Risoluzione Amichevole del caso CIDU 12.291 fu firmato dallo Stato peruviano il 26 agosto del 2003. In esso riconobbe la sua responsabilità internazionale per la violazione alla Convenzione americana sui diritti dell'uomo e alla Convenzione Interamericana per Prevenire, Punire ed Eliminare la Violenza contro le Donne. Al giorno d'oggi lo Stato non ha compiuto nella sua totalità i compromessi assunti in questo Accordo.

2.6.2 La lunga strada verso la giustizia

Ormai sono trascorsi 19 anni dalla firma dell'Accordo di Risoluzione Amichevole e nonostante tutto al giorno d'oggi non è ancora stata creata una politica di riparazione generale per tutte le vittime delle sterilizzazioni forzate, come invece è stato fatto per le vittime del conflitto armato interno, entrambi sviluppati negli stessi anni. Ancora le vittime non hanno ottenuto giustizia e ancora non sono state stabilite

144 CIDH, Informe nº 71/03

145 CIDH, Informe nº 71/03

le sanzioni penali appropriate. Per fare ciò diviene necessario identificare ciascuno dei responsabili, dal presidente Fujimori, ai suoi ministri e alti funzionari, persino i medici, ostetriche e infermieri preposti all'attuazione della politica.

Dal 1998 *Defensoria del Pueblo* aveva già raccomandato allo Stato di indennizzare le vittime e nel 1999 di implementare un meccanismo per l'accesso a una riparazione economica per le vittime o per le famiglie delle vittime decedute.

A seguito della creazione della sottocommissione del 2001, il Congresso propose un ricorso costituzionale nei confronti di Alberto Fujimori e gli ex ministri della Salute coinvolti nella sua attuazione: Eduardo Yong Motta (1994 – 1996), Marino Ricardo Luis Costa Bauer (1996 – 1999) e Alejandro Aguinaga (1999-2000).¹⁴⁶ Tuttavia questa denuncia viene archiviata dal Congresso della Repubblica. Ciò nonostante l'allora presidente della sottocommissione, Héctor Chávez Chuchón presentò davanti alla *Fiscalia* (Procura nazionale) una denuncia penale per genocidio e altri reati. Questo portò all'apertura di un'indagine da parte della *Fiscalia Especializada en Derechos Humanos* a favore di 2073 donne, tra cui diciassette decedute, che negli anni successivi sarebbe aumentato a diciannove. Nell'agosto del 2003, l'allora deputata Dora Núñez Dávila presentò una nuova denuncia costituzionale contro l'ex presidente Fujimori e i suoi ex ministri della Salute per crimini contro l'umanità sotto forma di tortura, per il reato di lesioni gravi seguite da morte, il reato di sequestro e reato di associazione illecita per delinquere.¹⁴⁷

Tuttavia, dal 2004 ebbe inizio una lunga strada piena di ostacoli nel Sistema di Giustizia, tra cui responsabile: la *Fiscalia*, ossia il Pubblico Ministero.

146 Vidal, 2021, p41

147 *Ibid*

2.6.2.1 Prima archiviazione del Pubblico Ministero (2009)

Nel maggio 2009 il Pubblico Ministero archiviò nuovamente l'indagine, argomentando che i fatti non costituissero genocidio o tortura. Nell'ottobre del 2011, il Pubblico Ministero dispose la riapertura degli indagini sui casi. Nel novembre dello stesso anno, la Seconda Procura (Fiscalía) Penale Sovraprovinciale riaprì l'inchiesta, allargandola per includere Alberto Fujimori come presunto autore del crimine di lesa umanità per le sterilizzazioni forzate e come autore dei reati comuni di lesioni gravi e lesioni con conseguenze di morte contro Mamérita Mestanza.¹⁴⁸

2.6.2.2 Seconda archiviazione del Pubblico Ministero (2014)

Successivamente alla riapertura di una nuova indagine giudiziaria, la Seconda Procura Penale Sovraprovinciale, a carico del *fiscal* Marco Guzmán Baca, archiviò la denuncia penale contro Fujimori, i suoi ex ministri della sanità e altri funzionari, ordinando l'archivio definitivo dell'indagine. Viene data tutta la responsabilità ai medici che implementarono la politica.

Nell' "*Informe en derecho sobre la investigación de la Segunda Fiscalía Penal Supraprovincial en el caso de las esterilizaciones involuntarias realizadas en el Perú durante los años 1996 a 1998*" vengono analizzate le carenze della risoluzione espressa dal *fiscal* Guzmán Baca per affrontare la complessità dei reati del sistema. Uno di questi aspetti è quello in relazione alla qualifica penale, che essendo quello più semplice da spiegare si capisce subito l'inaccettabile argomentazione del *fiscal*. La risoluzione del *fiscal* Guzmán sostenne che "né le molestie, né l'inganno costituiscono mezzi per commettere il reato di coercizione; e che la minaccia della multa o della reclusione, secondo il citato rapporto amichevole transattivo, erano solo espressioni verbali che non hanno l'idoneità o la capacità di costituire un male imminente per la presunta costretta, e di generare così l'annullamento della volontà della vittima".¹⁴⁹ Quindi la deliberazione del pubblico ministero esclude l'accusa di

148 Vidal, 2021, p42

149 Montoya Vivanco et al, 2014, p13

coercizione in quanto il tipo di minaccia cui sono state sottoposte le vittime non era idonea o adeguata ad annullare la loro volontà. Tuttavia, l'*Informe* prima citato, giustamente, ritenne che il fiscal non abbia considerato il profilo maggioritario delle vittime, il contesto e l'impatto culturale. La minaccia a donne povere rurali e *quechuahablantes*, del fatto di applicare una multa o una pena detentiva, non sono espressioni colloquiali, informali o "sollevate" ma possono avere una grande influenza a piegare la propria volontà.¹⁵⁰ Inoltre sostenne che il numeroso gruppo di vittime riguardanti le sterilizzazioni non subirono gravi lesioni intenzionali, quindi non ci fu dolo, ma lesioni dovute a "negligenza da parte di alcuni operatori sanitari".

2.6.2.3 Terzo fascicolo del Pubblico Ministero (2014)

Il 27 luglio 2016 il Pubblico Ministero nuovamente respinse la formalizzazione della denuncia penale contro Alberto Fujimori e i suoi ex ministri della salute perché non videro questa politica come un crimine contro l'umanità, nemmeno come grave violazione dei diritti umani. Il ministero gli considerò come comuni reati, e di conseguenza venne ordinato nuovamente l'archivio definitivo. Tuttavia continuarono a presentare nuove denunce.

2.5.2.4 L'inizio del processo giudiziario (2018)

Solo nell'ottobre del 2018, più di 20 anni dopo l'inizio della politica delle sterilizzazioni di massa, il procuratore provinciale Marcelita Gutierrez Vallejos formalizzò la denuncia penale contro Alberto Fujimori e gli ex ministri della salute come autori diretti di crimini contro la vita, il corpo e salute sotto forma di lesioni gravi in un contesto di grave violazione ai diritti umani.¹⁵¹

Nel novembre 2019 el *Poder Judicial* convocò l'udienza di presentazione di addebiti per il 9 dicembre 2019. Tuttavia, il 2 dicembre, 2019 viene riferito che la data dell'udienza sarebbe riprogrammata per il 20 marzo 2020, nonostante le regole del processo indichino questa udienza era irrevocabile. A causa della pandemia di Covid-19, l'udienza fu ancora rinviata fino all'11 gennaio 2021. Quando arrivò il

150 Montoya Vivanco et al, 2014, p14

151 Vidal, 2021, p43

giorno dell'inaugurazione, l'udienza fu sospesa perché il Potere Giudiziale non aveva fornito traduttori in lingua quechua per le migliaia di vittime incluse in questo caso.¹⁵² Quindi soltanto a marzo del 2021 sono iniziate le udienze. Le ultime novità riguardanti la riparazione è che il 3 marzo del 2022 è iniziato il procedimento penale per il caso delle sterilizzazioni forzate. Di fronte a ciò le vittime e la loro difesa legale chiedono certe condizioni: che Fujimori e suoi ex ministri della Salute siano indagati entro un periodo non superiore a 8 mesi, un ufficio del pubblico ministero e un tribunale *ad hoc* per garantire il portarsi avanti del caso.¹⁵³ Inoltre, la Commissione interamericana per i diritti umani nuovamente ritiene lo Stato peruviano responsabile del caso delle sterilizzazioni forzate, ma questa volta nel caso di Celia Ramos, una vittima mortale. Vista l'incapacità dello Stato di rendere giustizia e riparare tutte le vittime, le figlie di Celia Ramos hanno annunciato che chiederanno alla Commissione interamericana per i diritti umani di portare il caso alla Corte interamericana.¹⁵⁴

2.7 Un registro che non genera diritti¹⁵⁵

Nel novembre del 2015, a pochi mesi dalla fine del suo governo, l'ex presidente Ollanta Humala creò il Registro delle Vittime di Sterilizzazione Forzata (*REVIESFO*). Esso doveva concedere gratuitamente assistenza legale, supporto psicologico e assistenza sanitaria alle vittime delle sterilizzazioni forzate durante gli anni del Programma. Purtroppo, questo Registro non solo non riesce a pagare l'assistenza sanitaria alle vittime, ma neanche fornisce loro l'accompagnamento legale, quest'ultimo necessario per ottenere giustizia.

Inoltre, questo registro non contempla il diritto alla riparazione delle vittime di sterilizzazione forzata. In quanto politica dello Stato, riparare implica riconoscere che tutte le vittime hanno diritto a un programma politico globale in vari settori (salute, istruzione e altri), come invece esiste per le vittime del conflitto armato

152 Vidal, 2021, p44

153 Demus, 2022,

154 Demus 2022

155 Vidal, 2021, p48

interno.

Negli ultimi anni la *REVIESFO*, di cui il Ministero della Giustizia è responsabile, ha registrato più di 8000 donne vittime di sterilizzazioni forzate. Tuttavia, il *Ministerio de la Mujer* non ha stanziato nessun budget per prendersi cura delle vittime registrate come invece viene ordinato nel momento della creazione del Registro.¹⁵⁶ Sono soltanto poche decine di avvocati quelli incaricati di difendere tutte le vittime registrate, di conseguenza non tutte le vittime hanno la possibilità di dare la loro testimonianza e di essere seguite in modo adeguato nel processo giudiziale.

Finalmente, nel febbraio del 2021 il Congresso della Repubblica modificò la legge che approvava il *Plan Integral de Reparaciones* con lo scopo di incorporare tutte le vittime di violenza sessuale in questo Piano, includendo anche le vittime delle sterilizzazioni forzate. Tuttavia, il Ministero di Giustizia e Diritti Umani tace fino ad oggi e non accetta che le vittime della sterilizzazione forzata siano incorporate in questo *Plan*.¹⁵⁷ Lo stato Peruviano continua a negare il diritto alla piena riparazione delle vittime della politica statale di sterilizzazione forzata.

156 Ibid

157 Vidal, 2021, p49

CAPITOLO 3:

Impatto del Programma sui successivi Programmi di Pianificazione Familiare e salute sessuale- riproduttiva

3.1 I risultati del Programma nel breve periodo

Durante il secondo governo di Alberto Fujimori, come viene osservato nel secondo capitolo, il programma nazionale di pianificazione familiare raggiunse la massima copertura mai raggiunta fino a quel momento. Il “*Programa Vertical*” è il nome che attribuisce l’antropologo Aramburú al programma del 1996-2000: esso fa riferimento al suo carattere verticale e autoritario in un contesto di perdita di legittimità e corruzione del governo.¹⁵⁸ Ciò determinò l’entrata in crisi del programma, infatti esso venne cancellato nel 2001 con la fine del governo di Fujimori. In seguito ci fu una grande svolta nei programmi nazionali di salute riproduttiva, i quali saranno successivamente descritti.

In questo sottocapitolo verranno presentati i risultati a seguito della fine del Programma, quindi i dati del 2000/2001: all’interno vi troviamo gli effetti sulla demografia della popolazione, sull’uso di metodi contraccettivi, sul tasso di fertilità e su altri fattori.

3.1.1 Le sterilizzazioni

Durante il periodo di vigenza del Programma, esso fornì metodi contraccettivi moderni con una media di 850 000 coppie per anno. Tra questi metodi, le sterilizzazioni ebbero un grande peso, tra il 1996 e il 2001 furono sterilizzate un totale di 272.028 donne e 22.004 uomini. Soltanto nel 1997 si realizzarono 109.689 interventi femminili. Tuttavia, in questo periodo s’iniziarono a denunciare diverse

¹⁵⁸ Aramburú 2014, 83

irregolarità nell' implementazione delle AQV. Vennero denunciate soprattutto le sterilizzazioni forzate, ancora oggi tema molto discusso e con gravi conseguenze nelle successive politiche. Inizialmente si denunciarono soltanto 61 contraccezioni chirurgiche senza consenso, come registrò l' *Informe Defensorial n°69* nel 2002; poi aumentarono fino a 8192 vittime,¹⁵⁹ dati riportati dal “*Registro Único de Víctimas por Esterilizaciones Forzadas*” (REVIESFO), fino al mese di ottobre del 2020. Inoltre, come conseguenza delle complicanze postoperatorie e negligenza stessa del personale, si registrarono 17 decessi: 15 donne e 2 uomini, anche se ci sono alcuni rapporti fatti da organizzazioni femministe che sostengono che la cifra dei decessi fu più elevata.¹⁶⁰

Giulia Tamayo fu una delle prime donne a denunciare, attraverso il suo rapporto *Nada Personal* del 1999, il carattere autoritario della politica sul programma e che esso era indirizzato a un determinato gruppo sociale. Difatti vennero soprattutto colpite le donne povere, indigene, residenti in aree rurali marginali, molte di madre lingua *quechua*, e con poca o nessuna istruzione e, di conseguenza, inconsapevoli dei loro diritti fondamentali e della loro libertà di esercitarli.

Difatti, il REVIESFO raccolse il livello di istruzione di 1411 vittime delle contraccezioni chirurgiche senza consenso. Il 17,6% non aveva alcun livello di istruzione, l'1,3% aveva completato la scuola materna, il 44,2% aveva la scuola primaria incompleta ed il 19,2% aveva completato la scuola primaria.¹⁶¹ Oltre a ciò, REVIESFO presentò una mappa del registro delle vittime: come si osserverà il maggior numero di interventi involontari avvennero nelle zone andine e nella foresta amazzonica.

¹⁵⁹ Ballón 2021, 148

¹⁶⁰ Ballón 2021, 147

¹⁶¹ Silva Santisteban 2021, 63



Immagine 1: Mappa di REVIESFO¹⁶²

3.1.2 Tassi di mortalità e fecondità

Il tasso di mortalità degli interventi chirurgici contraccettivi nel 1996 era di 11,5 decessi ogni 100 000 interventi, per poi scendere fino 3,8 decessi nel 1998, come sostengono le cifre fornite dal Direttore del Programma Nazionale di Pianificazione Familiare, Jorge Parra.¹⁶³ Tuttavia, come dichiarò la *Defensoría*, queste cifre non tennero in considerazione i decessi causati dalle sterilizzazioni. Il rapporto n°27 conclude indicando che la probabilità che una donna in Perù morisse dopo un intervento di sterilizzazione era il doppio di quella accettata dalla comunità internazionale.¹⁶⁴ Per di più, se la sterilizzazione avveniva in una regione che non fosse Lima, la possibilità di morire era tre volte superiore in confronto agli standard internazionali, a causa di una disponibilità molto minore di risorse e di accesso ai servizi sanitari di qualità.

Per quanto riguarda il tasso della mortalità materna, l'INEI registrò che esso scese da 285 per 100.000 nati vivi nel 1990 a 185 per 100.000 nati vivi nel 2000. Quindi definitivamente il maggiore accesso ai servizi di salute riproduttiva e ai metodi di pianificazione familiare contribuirono a una riduzione del 35% della mortalità materna. Nonostante i progressi descritti, il Perù nell'anno 2000 continuò ad avere

¹⁶² Silva Santisteban 2021, 91

¹⁶³ Vidal 2021, 32

¹⁶⁴ *Defensoría* 1999, 76

uno dei più alti tassi a livello internazionale; in quell'anno vennero segnalate 1112 morti materne, pari a tre decessi al giorno. Nel caso della mortalità infantile, nel quinquennio 1995-2000 si arrivò a una cifra di 42 ogni mille nati, in confronto al quinquennio precedente, 1990-1995, nel quale si stimava un totale di 55,5 decessi ogni mille nati.¹⁶⁵

D'altra parte, notevole fu l'impatto che ebbero i programmi, dal 1990 al 2000, nel Tasso di Fertilità Totale nelle aree rurali. Ci fu una importante diminuzione da 6,70 Tft a 5,20 Tft,¹⁶⁶ quindi quasi una differenza di 2 figli in meno nel corso di 10 anni. Invece il tasso di fertilità totale nazionale arrivò a 3,20 figli per donna alla fine del secolo, in confronto al Tft del 1995, prima del Programma, che era di 3,70 figli per donna.¹⁶⁷ La fertilità discese su tutti i gruppi di età, ma la maggiore riduzione avvenne nel gruppo di donne con età superiore ai 35 anni: oltre a presentare una più elevata prevalenza contraccettiva, presentavano un'alta percentuale sull'uso di metodi definitivi. Secondo l' INEI, il 41% del gruppo di donne dai 35 ai 49 anni si sterilizzarono.

3.1.3 L'uso dei metodi contraccettivi

Per il miglioramento dei diversi tassi precedentemente elencati, fondamentale fu la prevalenza contraccettiva. Nel 2000 il 69% delle *muef* arrivò ad usare metodi contraccettivi, il 73% usava metodi moderni.¹⁶⁸ Le legature e gli iniettabili furono i metodi più utilizzati a causa della priorità che venne data dall'amministrazione ai programmi rurali e ai metodi definitivi; essi arrivarono rispettivamente ad un 18% e a un 21,5%, mentre i metodi tradizionali scesero al 50% nel 1986 al 27% nel 2000. Per quanto riguarda le fonti di approvvigionamento dei metodi moderni, venne apprezzato il fatto che il settore pubblico aumentò la propria copertura dal 49% nel

¹⁶⁵ INEI 2001,25

¹⁶⁶ INEI(*Instituto Nacional de Estadística e Informática*) 2001,18

¹⁶⁷ INEI 2001,18

¹⁶⁸ Aramburú 2014, 85

1986 fino al 79% nel 2000; il settore privato, invece, raggiunse il livello più basso nel 2000, fornendo solo il 16,7% degli utenti.

3.2 La reazione conservatrice (2001-2006)

Questo periodo corrisponde al primo periodo del governo del Presidente Alejandro Toledo. Durante questo periodo, il Programma Nazionale di Pianificazione Familiare perse priorità politica e di conseguenza ci fu un taglio sul bilancio nazionale. Esso venne integrato ai servizi di salute materna e infantile.

La gestione altamente conservatrice, sotto una forte influenza della Chiesa Cattolica, promosse metodi “naturali” e interruppe l’uso dei metodi chirurgici, ossia di legature e di vasectomie. I due ministri della Salute del governo di Toledo, infatti, avevano un considerevole legame con la Chiesa. Il primo, Luis Solari de la Fuente, membro fondatore del *Foro Social Cristiano* e di *Acción Mundial de Parlamentarios y Gobernantes por la Vida y la Familia*, nel 1999 rese visibile la sua forte opposizione ai metodi contraccettivi e alla educazione sessuale nel “IV Congresso Latinoamericano in Difesa della Vita” in Brasile. Egli sostenne che “il controllo delle nascite corrompeva e distruggeva la trascendenza soprannaturale della cooperazione sponsale nella trasmissione della vita” e che, “mentre il controllo delle nascite era un mezzo per introdurre l'egoismo nella famiglia, l'educazione sessuale introduceva un altro elemento inquietante e distruttivo: la rottura del ruolo istruttivo dei genitori nei confronti dei figli”¹⁶⁹. Il ministro che gli succedette, Fernando Carbone, medico di professione e membro della *Comisión de Familia de la Conferencia Episcopal Peruano*, si oppose alla distribuzione di contraccettivi orali di emergenza e provò a ritirare i dispositivi intrauterini (IUD) dal protocollo del MINSA. Inoltre, nel 2002 pubblicò uno studio che denunciava Fujimori per aver attuato un programma di sterilizzazioni forzate. Si avviarono così le denunce costituzionali e la creazione di una commissione per investigare su tali denunce. Secondo il *Centro de Operaciones de Emergencia*¹⁷⁰

¹⁶⁹ Villegas 2017, 1572

¹⁷⁰ Organismo nazionale che monitora, convalida e fornisce informazioni ufficiali sui pericoli e sulle emergenze

(COE), “loro cercarono di screditare le tecnologie riproduttive critiche, diffusero informazioni imprecise sui mass media e bloccarono la distribuzione delle forniture necessarie”.¹⁷¹ Il Programma venne chiuso e il personale specializzato nella pianificazione familiare fu riassegnato ad altre divisioni. Grazie alle pressioni esercitate dalle organizzazioni civili e dai gruppi femministi, non venne abrogato il quadro normativo che approvava le contraccezioni chirurgiche (AQV). Tuttavia, esse diminuirono in grandissima quantità.

Di conseguenza, il Ministero della Salute perse la sua competenza nella pianificazione familiare a livello centrale e vennero ridotte la copertura e l'efficacia dei servizi. La spesa sanitaria pro capite fu ridotta da \$30 dollari nel 2001 a \$24 dollari nel 2004, influenzando la quantità di risorse indirizzate alla pianificazione familiare.¹⁷²

Gli stabilimenti del governo patirono una riduzione dei contraccettivi, facendo sì che in alcuni casi ci fossero tagli parziali o quasi totali. Inoltre si documentò che durante questo periodo ci fu una fornitura ciclica dei metodi contraccettivi, ossia c'erano metodi disponibili ma non tutti contemporaneamente, limitando così la possibilità agli utenti di scegliere liberamente il metodo che preferivano usufruire. Ciò causò una riduzione dell'uso dei metodi moderni.

Le conseguenze di questo cambio di rotta nella politica di pianificazione familiare venne documentata confrontando i risultati dell' ENDES¹⁷³ del 2000 e dell'INEI del 2001 con rispettivamente quelli del 2004 e del 2006. È interessante comparare entrambi i sondaggi perché corrispondono alla fine di due approcci e politiche riproduttive molto diverse. Si vuole analizzare l'impatto che questi cambiamenti radicali possono aver avuto sulla fertilità e, soprattutto, sull'accesso e sull'uso dei metodi contraccettivi.

¹⁷¹ Villegas 2017, 1615

¹⁷² Villegas 2017, 1615

¹⁷³ Encuesta Demografica y de Salud Familiar

Si evidenziò un leggero aumento della prevalenza totale dei metodi contraccettivi a un 70,7% , mentre l'uso di metodi moderni scende dal 73% al 67%, essendo gli iniettabili i metodi più utilizzati.¹⁷⁴ L'uso dei metodi tradizionali sale dal 27% al 33% degli utenti; il metodo più usato fu il ritmo, ripreso dal 25% delle *muef*. Notevoli soprattutto furono le cifre dell'uso di metodi moderni degli utenti analfabeti, che passarono dal 65,7% nel 2000 al 52,1% nel 2004/5 e tra quelle che frequentarono solo la scuola primaria dal 69% al 59%.¹⁷⁵ Questa inedita situazione riflette il costo del cambio di rotta del programma di pianificazione familiare e il possibile trauma collettivo nella popolazione.

Il metodo moderno che subì più cambiamenti riguardo all'uso furono le sterilizzazioni. Il numero di contraccezioni chirurgiche femminili passò da 11.114 nel 2001 a 5.469 nel 2003, per poi registrare un leggero aumento nel 2006 a 9.141. L'AQV maschile passò da 10.400 nel 1997 a 469 nel 2001, per poi arrivare a 253 nel 2006.

Il mancato accesso ai metodi contraccettivi nelle strutture pubbliche costrinse gli utenti a procurarsi rifornimenti attraverso un'altra fonte. Il rifornimento da parte dello Stato diminuì dal 79% nel 2000 al 71% nel 2005; mentre il rifornimento attraverso una fonte privata salì dal 19% al 27%.¹⁷⁶

Frutto del mancato accesso a metodi contraccettivi moderni e gratuiti fu l'aumento delle gravidanze non desiderate. Secondo l'ENDES 2004/2005, nel 2005 il 57% delle nascite negli ultimi cinque anni non furono desiderate al momento del concepimento,¹⁷⁷ dall'interno di questa categoria si trovavano le coppie che proprio non volevano avere figli e quelle che non volevano averli in quel momento .

In molti casi, le gravidanze indesiderate finiscono con l'aborto. L'aborto in Perù è illegale, perciò chi vuole porre fine alla gravidanza deve ricorrere a reti clandestine e malsane, mettendo a rischio la propria vita. Un numero preciso non esiste, tuttavia le cure agli aborti incompleti vengono usate come variabili statistiche. Il numero di

¹⁷⁴ Aramburú 2014, 83

¹⁷⁵ Aramburú 2014, 98

¹⁷⁶ Villegas 2017, 1637

¹⁷⁷ ENDES 2006, 104

cure a pazienti con aborto incompleto aumentò da 35.000 nel 2000/2001 a 41.993 nel 2003.¹⁷⁸

Infine, la Defensoría rilevò che le politiche sanitarie sotto il presidente Toledo non erano caratterizzate da una garanzia di trasparenza, di partecipazione e d'uguaglianza di genere.¹⁷⁹ Inoltre, anche in questo Programma persistettero diverse irregolarità, anche se in numero minore. Alcune di esse furono: il mancato consenso informato, il mancato rispetto del periodo di riflessione, il mancato monitoraggio postoperatorio, le sterilizzazioni senza consenso e le morti ad esse legate.

3.3 Il ritorno alla “normalità” (2006-2019)

Dopo la reazione conservatrice, inizia il ritorno a una certa “normalità”, espressione usata da Aramburú, sui Programmi di Pianificazione Familiare e Salute Sessuale-Riproduttiva. Questa ripresa si avvia con l'inizio del secondo governo del presidente Alan García (2006-2011) e persiste fino al giorno d'oggi, con l'eccezione dello stato di emergenza a causa del COVID-19 nel 2020. In questi ultimi dieci anni si alternarono ben 6 presidenti. Solo il successore di García e l'ultimo presidente riuscirono a completare la durata totale del mandato. In ordine di tempo essi furono: Ollanta Humala (2011-2016), Pedro Pablo Kuczynski (2016-2018), Martín Vizcarra (2018-2020), Manuel Merino (2020), Francisco Sagasti (2020-2021) e Pedro Castillo (2021-oggi). In seguito si esporranno in forma concisa i Programmi Nazionali attinenti ai diversi presidenti e, consecutivamente ad essi, i risultati percentuali nelle diverse categorie, per osservare l'efficacia o meno dell'attuazione dei Programmi.

I dati forniti in questo sottocapitolo saranno soprattutto quelli ricavati dall'analisi di tre diversi programmi realizzati in governi diversi. Il *Plan Nacional Concertado de Salud* presentato da Alan García insieme ai suoi ministri nel 2007, il *Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021*

¹⁷⁸ Gribble et.al 2007, 179

¹⁷⁹ Villegas 2017, 1695

presentato dal governo di Ollanta Humala nel 2013 e il *Plan de Gobierno 2016-2021* del presidente Kuczynski nel 2016.

Durante tutti questi anni si seguì una politica molto omogenea riguardo la Pianificazione Familiare e la Salute Sessuale e Riproduttiva. È come se ogni *Plan* nazionale si sovrapponesse all'altro, mattone su mattone.

3.3.1 Obiettivi

Tutti questi Programmi ebbero come principali obiettivi: combattere l'alto tasso di mortalità materna; ridurre il tasso di gravidanza delle adolescenti ; ridurre le complicanze di gravidanza, parto e puerperio; ampliare l'accesso alla pianificazione familiare; prevenire e curare le infezioni di trasmissione sessuale come l'AIDS; aumentare il parto istituzionale nelle aree rurali.

Tutti questi obiettivi rispondevano alle principali problematiche della salute sessuale. Difatti, nel Plan Multisectorial 2013-2021 si stabilì come obiettivo specifico la riduzione del 20% della prevalenza delle gravidanze in adolescenti entro il 2021, attraverso il ritardo dell'inizio della vita sessuale nell'adolescenza; l'aumento della percentuale di adolescenti che completano la scuola secondaria; l'introduzione della Educazione Sessuale Integrale nell'agenda scolastica; l'aumento dell'uso dei metodi contraccettivi moderni; la creazione di reti di protezione e sostegno sociale con partecipazione comunitaria; la comunicazione sociale nella prevenzione della gravidanza adolescenziale e il monitoraggio: supervisione, valutazione ed investigazione operativa.¹⁸⁰

I programmi determinarono che questi obiettivi e le strategie adottate dovevano essere affrontate attraverso determinati approcci come: il diritto alla salute; la parità dei sessi; l'interculturalità; la partecipazione sociale e la comunicazione sanitaria, ossia pratiche trasparenti di trasmissione e diffusione delle informazioni .

¹⁸⁰ MINSA 2013, 37

3.3.2 L'accesso ai servizi

Durante questi anni si avvertì una minore priorità e copertura del Programma nazionale di pianificazione familiare e un ruolo in crescita del settore commerciale privato nella fornitura di metodi contraccettivi. Quest'ultimo incrementò il suo peso fin dall'inizio degli anni duemila, fornendo contraccettivi a quasi il 40% degli utenti nel 2012, soprattutto grazie alle farmacie, mentre la fonte pubblica di approvvigionamento dei metodi passò dal 71.5% al 62% sempre nel 2012.

La *prevalencia total*¹⁸¹ dei metodi crebbe in forma continua, passando dal 70,7% nel 2004 al 73,32 nel 2009 e salendo a 74,69 nel 2014. Come conseguenza della minore copertura pubblica, l'uso dei metodi moderni praticamente non aumentò, passando da 66.6% nel 2004 a 68.6% nel 2012. Eppure, significativo fu l'aumento dell'uso di metodi moderni delle donne analfabete, che passarono dal 52.1% al 60.3%, questo a causa del maggiore uso degli iniettabili. Quasi un terzo delle muf, il 32 % degli utenti ,nel 2012,continuò invece ad usare metodi tradizionali. I tre metodi contraccettivi più usati dagli utenti nel 2012 furono: gli iniettabili 24%, il ritmo 19.9 % e il preservativo 16.3%. Tuttavia, nel 2016 il Perù continuava a essere uno dei paesi dell'America Latina con i livelli più bassi di utilizzo di metodi contraccettivi tra le donne in unione. Queste cifre rivelavano, oltre alla non totale copertura pubblica, le dimensioni culturali associate soprattutto ai timori per gli effetti collaterali dei vari Mac moderni. Esso può essere considerato un indicatore della scarsa qualità delle informazioni gestite dagli utenti rispetto a detti effetti.¹⁸²

3.3.3 Fertilità e mortalità materna

Il Perù stava compiendo graduali progressi sull'ampliamento della copertura dei servizi sanitari a livello urbano e rurale, dove la salute sessuale e riproduttiva era parte integrante ad essa.

181 Percentuale di donne di età compresa tra i 15 e 49 anni che dichiararono di utilizzare metodi contraccettivi o che il loro partner li sta utilizzando

182 Aramburú 2014, 86

Sebbene la fecondità continuasse a diminuire, fu a un ritmo molto inferiore alle aspettative. La Tft totale del 2012 fu di 2.6 figli per donna, per poi diminuire fino a 2,2 figli per donna nel 2018. Nel caso delle donne urbane sembrava che fossero arrivate a un punto di stagnazione, mantenendo fino al 2012 un Tft di 2.3. Invece nel caso di quelle rurali continuò a discendere oltre il 18% durante questo decennio. Le donne rurali passarono da un tasso di fecondità totale di 4.30 nel 2005 a 3.5 tft nel 2012, ed esso continuò a diminuire.¹⁸³ L'analisi del declino della fertilità rivelò il più alto tasso nella fasce di età delle donne maggiori di 40 anni; è probabile che questo sia dovuto alla priorità offerta alle AQV durante il governo di Fujimori. La fertilità adolescenziale, tuttavia, non ha seguito lo stesso percorso. Questa cifra variava in base al contesto socioeconomico in cui vivevano gli adolescenti stessi.

Nel 2016, 15 adolescenti su 100, tra i 15 e i 19 anni, erano madri o erano incinte.¹⁸⁴ Le regioni con il più alto tasso di gravidanza erano quelle della foresta amazzonica, raggiungendo un tasso superiore al 20%. Secondo il Ministero delle Donne e delle Popolazioni Vulnerabili, le cause principali di questi tassi erano: i contesti di povertà, la violenza e gli abusi sessuali nelle famiglie; l'abbandono scolastico, l'accesso limitato alle informazioni e all'educazione sessuale, la disparità di genere e gli investimenti insufficienti nel capitale umano di ragazze adolescenti rispetto ai ragazzi della stessa età.¹⁸⁵ Gli adolescenti, inoltre, non potevano accedere ai servizi del Ministero della Salute senza la previa autorizzazione dei genitori e ciò costituì una grande barriera d'accesso.

D'altra parte, si avviò anche una importante diminuzione della mortalità materna. Nel 2011 essa era di 103 ogni 100.000 nati vivi. Gli aborti illegali continuavano ad essere una delle principali cause di morte.

183 Aramburú 2014, 84

184 PPK 2016, 74

185 PPK 2016, 74

3.4 L'emergenza sanitaria: COVID-19 (2020-2021)

La pandemia di COVID-19 mise in ginocchio tutte le diverse nazioni, portando tutti a una situazione mai vista in precedenza. Il 16 marzo del 2020, l'allora presidente Martín Vizcarra dichiarò lo stato di emergenza nel Perù. I provvedimenti messi in atto dall'emergenza sanitaria generarono la sospensione di alcuni diritti fondamentali e si mantennero soltanto le attività di prima necessità, come i servizi sanitari per affrontare il COVID-19, mentre altri servizi sanitari essenziali, e fra questi quelli della salute riproduttiva, furono chiusi. Ciò determinò un incremento del 12% della mortalità materna nel 2020 rispetto a quella del 2019.

Le conseguenze della scelta di tralasciare i servizi di salute sessuale-riproduttiva "non urgenti", durante i primi mesi della pandemia, verranno evidenziati brevemente in questo sottocapitolo, confrontando i dati del periodo precedente di "normalità".

Come risposta alla pandemia, lo stato peruviano approvò 4 normative relazionate all'assistenza dei servizi di salute sessuale e riproduttiva. Tuttavia, le direttive vennero date tardi e non si raggiunse una piena implementazione di esse. Come risposta all'emergenza, lo Stato adottò misure che comportarono la sospensione dei servizi di SSR¹⁸⁶, dall'inizio dello stato di emergenza fino alla fine di maggio del 2020. Soltanto nei primi giorni di giugno ritornarono ad essere operativi alcuni servizi SSR di primo livello, soprattutto quelli che riguardavano l'assistenza alle donne in gravidanza e l'assistenza al parto, nonché alcuni servizi di pianificazione familiare.¹⁸⁷

L'assistenza presenziale iniziò poco a poco a ritornare a funzionare, con variazioni a seconda delle regioni e con un'offerta ridotta a causa delle misure di sicurezza e la disponibilità dei medici. Secondo il rapporto di PROMSEX, i servizi diminuirono tra il 30 e 40% a causa della mancanza di personale, quasi totalmente impegnato a sconfiggere la pandemia.

186 Salute Sessuale e Riproduttiva

187 PROMSEX 2021, 11

Per quanto riguarda il servizio di telemedicina, prima del covid esisteva già un quadro normativo focalizzato nell'implementazione di questo servizio; tuttavia durante la pandemia si approvarono decreti e delibere per favorirne una maggiore attuazione. Non ci sono dati, tuttavia, che possano evidenziare la quantità e la qualità delle chiamate.

Dopo i primi mesi della pandemia, PROMSEX realizzò uno studio sull'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva. L'11% degli intervistati dichiarò che ebbe bisogno di questi servizi sin dall'inizio della pandemia; la domanda di servizi e assistenza fu maggiore soprattutto tra i giovani (30% tra 18 e 34 anni) e tra le donne. Per quanto riguarda la percentuale di persone che ebbe bisogno di tali servizi, il 31% non riuscì ad accedervi e il 26% vi riuscì con difficoltà. Queste persone, di conseguenza, ebbero difficoltà ad accedere ai metodi contraccettivi, il 37% , alla salute ginecologica, il 26%, al controllo del neonato, il 20%, alla cura del parto, il 16%, alla consultazione relativa all'HIV, l'11%, al controllo prenatale, l'11%, e alla pianificazione familiare, il 4%.¹⁸⁸

Se nel primo semestre del 2020 ci fu una riduzione di almeno il 50% nel numero di coppie protette con contraccettivi, a partire da giugno ci fu una ripresa della loro somministrazione. I metodi più usati tra le donne furono gli iniettabili e gli impianti. Questa preferenza può essere che sia il risultato dell'aumento dell'offerta, ma anche per la crescita della domanda di metodi che durassero nel tempo e che richiedessero il minimo contatto con i fornitori,¹⁸⁹ per sfuggire alla paura di venire contagiati. Tuttavia, la copertura a partire da giugno era comunque inferiore a quella del 2019.

Le autorità del MINSA dichiararono che se pur non c'era un problema di carenza di contraccettivi, c'erano problemi amministrativi che impedivano che i metodi fossero disponibili nei servizi sanitari. Secondo l'UNFPA questo problema avrebbe potuto significare l' 'interruzione dell'uso dei contraccettivi moderni di breve durata da parte di 56.445 donne che normalmente ne usufruivano nei servizi pubblici.¹⁹⁰

188 PROMSEX 2021, 11

189 PROMSEX 2021, 24

190 PROMSEX 2020,24

Si prevede un aumento del bisogno insoddisfatto dei metodi contraccettivi entro il 2021, rispetto all'anno precedente dell'1,4%. Ciò implicava una battuta d'arresto di circa cinque anni rispetto a questo indicatore.

Per quanto riguarda le cure prenatali, i servizi sanitari non avevano direttive per la cura delle donne in gravidanza e le consultazioni negli 8.000 “postas” di livello basico e nei centri di salute di livello inferiori furono sospese, mettendo a rischio a circa 82.500 donne incinte.. Anche la cura dei parti viene gravemente compromessa: essa venne negata o limitata a molte donne. Alcuni ospedali richiesero il test rapido per escludere il contagio da covid e per poter essere ricoverati; purtroppo in molti casi i sanitari non avevano un kit per effettuare tali prove. Un altro gruppo di ospedali, soprattutto quelli con una migliore infrastruttura e attrezzatura per l'assistenza delle nascite ed emergenze, destinarono tutti i loro servizi alla cura dei pazienti COVID-19, senza fare una distinzione nelle aree di isolamento per donne che non avevano questa patologia.¹⁹¹

La mancanza di assistenza si riflettè nelle cifre di parto ospedaliero pubblicato dal MINSA, dove si vide una diminuzione dello 0,5% nella percentuale di nascite assistite in una struttura sanitaria, rispetto al numero totale di nascite registrate. Sebbene la percentuale possa sembrare bassa, è importante considerare che si parla di quasi mezzo milione di nascite registrate ogni anno. PROMSEX fece un confronto tra il numero di parti domiciliari di diversi anni; si osservò un aumento di quasi il 40% nei primi 9 mesi del 2020 rispetto ai primi mesi del 2019.¹⁹² Come previsto, l'attenzione anche verso i neonati subì gli effetti dell'emergenza sanitaria. Per un mese e mezzo, il personale di neonatologia in tutto il paese non ricevette nessun protocollo per sapere come prendersi cura delle donne incinte e dei neonati con il COVID-19.

Riguardo l'accesso all'aborto terapeutico, si evidenziò una mancata assistenza. Secondo l'Istituto Nazionale Perinatale Materno, nel 2019 si eseguirono 98 aborti terapeutici, mentre fino al 30 giugno del 2020, vennero effettuati 26 aborti

191 PROMSEX 2020,15

192 PROMSEX 2020,15

terapeutici.¹⁹³ Confrontando quest'ultimo dato con gli aborti terapeutici effettuati entro giugno del 2019, si osservò una riduzione del 47%. Si evidenziò, inoltre, una sospensione dei servizi di test di malattie sessualmente trasmissibili e di HIV. Non ci fu nessun protocollo sanitario né informazioni per quanto riguardava la procedura. Da aprile molti servizi sono stati ripresi. Tuttavia, il numero di casi COVID sovraccaricò i laboratori.

Nonostante l'insufficiente fornitura dei metodi contraccettivi moderni, durante la pandemia non ci fu un aumento della fertilità nazionale, questo perché quando si vivono episodi di crisi, vincolati principalmente all'incertezza, i tassi di fertilità normalmente si riducono.

Indiscutibilmente, motivi a favore di un aumento della fertilità fu l'aumento della fertilità indesiderata per mancanza di accesso ai metodi contraccettivi. Tuttavia, altri elementi frenarono la fertilità: l'incertezza economica, il rischio per il neonato e la madre, la diminuzione della fertilità a causa dello stress, il minore accesso alla riproduzione assistita, le conseguenze dopo il COVID-19, la minore interazione sociale fisica, dovuta al distanziamento sociale e la separazione delle coppie stabili per lo stress dopo il confinamento.¹⁹⁴

Grazie alla base di dati del CNV, ossia il Certificato di Nascita Vivente, il quale permette di registrare i neonati via web nella stessa struttura sanitaria in cui sono nati, requisito necessario per il possesso del Certificato di Nascita, possiamo affermare che le nascite continuarono a ridursi. Anche se molti parti non sono istituzionali, il 94,3% di essi lo sono, quindi la differenza non può essere così grande. Secondo il registro CNV, le nascite tra il primo trimestre del 2021 e lo stesso periodo dell'anno precedente sono diminuite del 15,1%.¹⁹⁵

Importante è menzionare l'eterogeneità del tasso a livello regionale. Nonostante la diminuzione delle nascite nel primo trimestre dell'anno a livello nazionale, Chirinos e Gutiérrez 2021, come mostra il grafico disponibile sotto, il tasso aumentò su 7

193 PROMSEX 2020, 25

194 Chirinos e Gutiérrez 2021, 56

195 Chirinos e Gutiérrez 2021, 54

regioni: Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Madre de Dios, Piura e Ucayali.¹⁹⁶

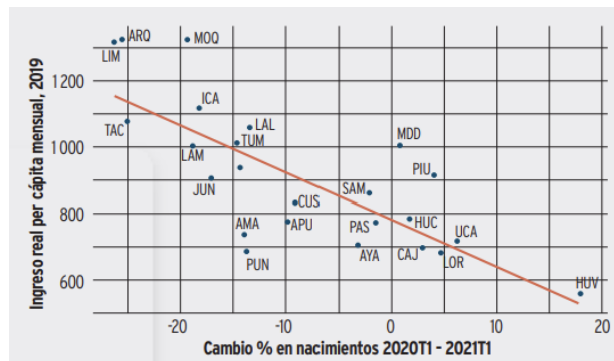


Grafico 1: Relación entre nacimientos en el primer trimestre de 2021 e ingresos por departamentos.¹⁹⁷ Fuente: INEI e MINSA.

Il grafico sopra esposto conferma che maggiore è il livello di reddito, maggiore è il calo del tasso di fertilità e viceversa. Pertanto, la più grande riduzione delle nascite a livello regionale, con il 26,4%, si registrò a Lima. Mentre, all'estremità della distribuzione si trova Huancavelica, che vide un aumento delle nascite del 17,6% nel primo trimestre dell'anno.¹⁹⁸ Huancavelica nel 2019 fu la regione con il reddito pro capite nazionale più basso con S/ 562 soles, che corrispondono a circa 141 euro.

196 Chirinos e Gutiérrez 2021, 54

197 Chirinos e Gutiérrez 2021, 55

198 Chirinos e Gutiérrez 2021, 55

CONCLUSIONI

I programmi di pianificazione familiare, di salute sessuale e riproduttiva sono fondamentali per contribuire alla transizione della fertilità di una nazione. Essi hanno un enorme impatto nella società. Questi programmi, inoltre, danno la possibilità di migliorare il tenore di vita delle persone, attraverso una maggiore e completa scolarizzazione, un miglioramento della salute dei neonati e della salute materna, il libero controllo della propria fertilità, il miglioramento delle donne al mercato del lavoro, l'aumento delle condizioni economiche per le donne e per la famiglia. Il libero accesso ai metodi contraccettivi e fornitura d'informazione dà alla donna il potere di scegliere il proprio destino. Questi miglioramenti della condizione di vita delle famiglie, attraverso il libero controllo della propria fertilità, sono correlati alla riduzione del circolo vizioso della povertà.

Necessaria soprattutto in una società come quella peruviana, tanto eterogenea a livello etnico, geografico, culturale e socioeconomico. Questa eterogeneità in un continente come quello Sudamericano è caratterizzata da una potente disuguaglianza, osservabile soprattutto nel secolo precedente, come viene illustrato in questa tesi. Esisteva una colossale differenza, la quale con gli anni si è iniziata a rimpicciolire ma ancora molto marcata; ad esempio nell'offerta dei servizi, soprattutto nelle zone rurali più remote, ma non nella capitale Lima. Un indicatore di questa affermazione è il tasso di mortalità materna a inizio degli anni Novanta, esso era stimato in circa 265 decessi ogni 100.000 nati vivi, mentre per le aree rurali il tasso saliva a 450.1

Per questi motivi, con l'inizio del boom demografico mondiale, fu necessario creare Programmi di Pianificazione Familiare e Salute Sessuale e Riproduttiva anche in Perù. Questi programmi sono stati analizzati e suddivisi in 6 periodi in questa ricerca di tesi, a secondo della tendenza politica e del contesto storico. Si è analizzato principalmente l'influenza che essi hanno avuto nella transizione della fertilità.

Il primo periodo comprende gli anni dal 1964 al 1984 e viene chiamato "Los inicios", il nome fa riferimento all'inizio del calo della fecondità, soprattutto tra le donne urbane. Esso avvenne un decennio prima dall'inizio ufficiale dei programmi pubblici, con una bassa prevalenza contraccettiva. Meno del 46% delle mufes (mujeres unidas en edad fértil) usava metodi contraccettivi e la metà di questi erano metodi tradizionali, quindi, poco

efficaci. Nonostante ciò si passò da un tasso di fertilità totale di 6.16 a 4.722. Pertanto, è probabile che l'aborto indotto abbia avuto un notevole peso. Il settore privato commerciale, in particolare le farmacie hanno avuto un peso rilevante all'inizio della transizione.

Il secondo periodo tra il 1985 e il 1995 viene chiamato "la expansión", ci fu un ampliamento dell'offerta pubblica da parte dei finanziamenti delle agenzie internazionali, permettendo così l'avvio della riduzione dei divari tra le donne con diversi livelli di istruzione per quanto riguarda l'accesso, la conoscenza e la

fruizione dei metodi contraccettivi. In particolare a metodi più efficaci, avviandosi così il declino della popolazione femminile rurale, da un tft di 7,08 a 6,20. Il tasso di fecondità totale, invece, passò da 4,65 a 3,703.

Il terzo periodo tra il 1996 e il 2000 viene chiamato “programa Vertical” da Aramburú, in questo periodo la pianificazione familiare iniziò a fare veramente parte dell’agenda nazionale e viene inclusa la sterilizzazione chirurgica nell’offerta dei servizi, causando un’accesa controversia. Questo programma si sviluppò durante il governo autoritario di Fujimori, in un particolare contesto: la rivendicazione internazionale dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e in una società sanguinante a causa della fine del conflitto armato interno, conflitto nella quale la popolazione subì gravi violazioni dei diritti umani sia da parte dei terroristi e sia da parte dello Stato. Il particolare interesse che dà questa tesi al Programma del 1996-2000 è a causa dell’impatto che essa al giorno d’oggi ancora ha nella popolazione peruviana e nelle politiche pubbliche. Questo programma fu accusato di essere rivolto al controllo delle nascite attraverso le sterilizzazioni forzate a un determinato gruppo sociale: donne indigene, povere e rurali. Durante questo periodo si effettuò la maggiore copertura di accesso a metodi contraccettivi da parte dello Stato nella storia della nazione. In media il Programma fornì metodi moderni a 850.000 coppie per anno. Tra questi metodi, le sterilizzazioni ebbero un grande peso, tra il 1996 e il 2001 furono sterilizzate un totale di 272.028 donne e 22.004 uomini. Soltanto nel 1997 si realizzarono 109.689 interventi femminili. Come conseguenza della priorità che lo Stato diede al programma, il tasso di fertilità totale passò da 3,70 a 3,20, grazie al calo della fertilità rurale passando da 6,20 a 5,20 tft in 5 anni. Tuttavia, a partire dei primi anni dell’implementazione della politica, alcune organizzazioni locali per le donne e per i diritti umani iniziarono a denunciare gli abusi e nel 1997 presentarono le prime denunce

alla Defensoría del Pueblo. Questo accadde perché già nei primi anni del Programma iniziarono a manifestarsi le pressioni esercitate al personale di salute per il raggiungimento delle quote di attrazione di utenti di contraccettivi chirurgici e le prime prove di obiettivi numerici stabiliti dallo Stato. Inoltre, sostenendo che in molti casi non si seguirono i protocolli per garantire ai pazienti una decisione informata e libera per la scelta del metodo contraccettivo. Furono denunciate soprattutto le diverse irregolarità riguardo le sterilizzazioni. Fino al mese di ottobre del 2020, il “Registro Único de Víctimas por Esterilizaciones Forzadas” (REVIESFO) registrò un totale di 8192 vittime di sterilizzazioni contro la loro volontà. Inoltre, si registrarono 18 decessi, anche se rapporti di ong femministe sostengono che la cifra sia più elevata. Con l’accumulo delle prove di violazioni dei diritti umani, si evidenziò l’inefficienza delle disposizioni istituzionali, il lassismo nel rispetto delle normative e le debolezze del programma. Di conseguenza il programma entrò in crisi e venne cancellato nel 2001 con la fine del governo di Fujimori. Tuttavia, al giorno d’oggi questa politica è ancora un tema molto discusso e le vittime non sono state ancora risarcite.

Il quarto periodo è quello tra il 2001 e il 2006 sotto il governo di Alejandro Toledo, il quale insieme ai suoi ministri altamente legati alla Chiesa Cattolica, e come reazione opposta al periodo precedente la salute sessuale e riproduttiva perse la sua

priorità nella politica e nel bilancio nazionale. Infatti, il nome del periodo è Programma “conservador”, questa gestione altamente conservatrice interruppe il fornimento dei metodi chirurgici e promosse i metodi naturali. Di conseguenza gli stabilimenti del governo patirono una riduzione dei contraccettivi, facendo sì che in alcuni casi ci fossero tagli parziali o quasi totali. Frutto del mancato accesso a metodi contraccettivi moderni e gratuiti fu l'aumento delle gravidanze non desiderate e di conseguenza degli aborti clandestini. Il tasso di fertilità totale durante questo periodo passò da 2,9 tft nel 2005.

Successivamente a questo periodo conservatore, il quinto periodo consiste nel ritorno all'avvio della “normalità” dei Programmi di Pianificazione Familiare e Salute Sessuale e Riproduttiva; con l'eccezione del sesto periodo a causa dell'emergenza sanitaria del 2020 per il COVID-19. Con l'avvio della normalità si misero come principali obiettivi la prevenzione della gravidanza adolescenziale e la salute materna. Tutti i programmi moderni menzionano la fondamentale necessità d'implementare nelle strategie di esso certi approcci: il diritto alla salute; la parità dei sessi; l'interculturalità; la partecipazione sociale e la comunicazione sanitaria, ossia pratiche trasparenti di trasmissione e

diffusione delle informazioni. Pertanto, dalla teoria alla pratica c'è ancora una strada lunga da percorrere. La fonte pubblica di approvvigionamento dei metodi continuò a diminuire, passando dal 71.5% al 63% nel 2012. Inoltre la fecondità continuò a diminuire, anche se a un ritmo inferiore. La Tft totale del 2012 fu di 2.6 figli per donna, per poi diminuire fino a 2,2 figli per donna nel 2018. Infine, nel periodo di “normalità”, che sarebbe quello attuale, con l'eccezione del primo anno della pandemia, si registrò nel 2013 un aumento dell'uso di metodi contraccettivi al 75.5% di tutte le muf. Ciò nonostante il peso dei metodi tradizionali è ancora molto forte, con una media del 32% delle muf. L'esistenza dell'attuale alta prevalenza di metodi inefficaci può continuare a influenzare un maggior numero di gravidanze indesiderate e la persistenza dell'aborto clandestino come mezzo per interromperli.

Durante lo stato di emergenza in Perù, la salute sessuale e riproduttiva fu tralasciata, si sospesero i servizi e non ci furono direttive per certi ambiti o se c'erano non si raggiunse una piena implementazione. Ci fu anche una trascuratezza delle cure prenatali, dei test di VIH, dei parti. Dal 16 marzo fino ai primi giorni di giugno non ci furono consulenze presenziali e i servizi diminuirono tra il 30 e 40% a causa della mancanza di personale. Lo studio realizzato da PROMSEX, rilevò che ci fu una riduzione del 50% del numero di coppie protette, a causa dell'inaccessibilità dei metodi moderni, ciò equivaleva a una battuta d'arresto di circa cinque anni su l'indicatore dell'insoddisfazione. Il MINSa dichiarò che il problema non era la carenza dei metodi, ma i problemi erano amministrativi. Nonostante l'insufficiente fornitura dei metodi contraccettivi moderni, durante la pandemia non ci fu un aumento della fertilità nazionale, questo perché quando si vivono episodi di crisi, vincolate principalmente all'incertezza, i tassi di fertilità normalmente si riducono. Si prevede che questa tendenza si prolunghi fino al 2022, per poi tornare a una certa “normalità”. Pertanto, sono esistite forte eterogeneità a livello regionali sulla fertilità, nelle regioni più povere s'incrementò il tasso di fertilità durante questo periodo.

Successivamente all'analisi complessivo della transizione demografica nel Perù, si può concludere che perché il tracollo di essa si avvii fu necessario da una parte il graduale sviluppo della società, che ci sia stato un cambio culturale, che può essere tramite l'educazione sessuale integrale, ciò si osservò durante il primo periodo di analisi. Dall'altra parte, da un libero, efficace e gratuito fornimento di contraccettivi da parte dello Stato, che fu l'input per calmare il grande divario di fertilità tra donne rurali e urbane. Bisogna sottolineare che è pure importante il lavoro parallelo del fornimento da parte del settore pubblico e privato. Le ONG anche se non hanno avuto un ruolo significativo nel fornimento dei servizi, sí lo è stato nella promozione d'informazione e nella legittimità dell'uso dei metodi. Il decollo della fertilità, come si è menzionato, è stato anche conseguenza dello sviluppo della società, ciò implica: il progresso dell'alfabetizzazione della popolazione totale, del processo accelerato di urbanizzazione e il notevole incremento nell'accesso ai mezzi d'informazione e comunicazione.

Fondamentale per l'analisi dei programmi attuali nella materia è il Programma 1996-2000, grazie ad esso divennero più chiare le debolezze dello Stato nel garantire i diritti sessuali e riproduttivi delle persone. Principalmente si osservò la debolezza istituzionale, che facilitò l'abuso contro gli utenti del servizio e non permise gli accessi alla giustizia e riparazione corrispondenti; e anche si mise in evidenza la visione paternalista, discriminatoria e assente di interculturalità e parità di genere dello Stato peruviano.

Il programma e soprattutto gli interventi, essendo questioni delicate, richiedevano dallo Stato un migliore meccanismo per monitorare l'attuazione del programma e una buona strategia di comunicazione.¹⁹⁹ Un buon meccanismo di monitoraggio da parte del governo centrale avrebbe potuto garantire che un'autorità regionale e locale responsabili dell'attuazione del programma segua la politica, con le rispettive direttive e regolamenti. Inoltre, avrebbe potuto anche garantire che ogni denuncia fosse stata investigata in maniera seria, ogni vittima risarcita e qualsiasi autorità responsabile punita. Da un'altra parte, una strategia di comunicazione composta da

¹⁹⁹ Villegas 2017, 1539

operatori sanitari, donne e famiglie, che abbia avuto l'obiettivo di spiegare le caratteristiche del Programma, le condizioni di attuazione e i benefici della pianificazione familiare, avrebbe potuto stabilire adeguati incentivi per il cambiamento di certi modelli culturali.²⁰⁰

Come si esaminò, le politiche di PFSSR²⁰¹ in questi cinque decenni sono state condizionate dalle pressioni ideologiche e politiche, , soprattutto da parte dei settori conservatori come la Chiesa, e dai diversi gruppi politici al potere. Essi hanno influenzato il contenuto e l'orientamento dei programmi, impedendo una politica statale coerente e che risponda ai reali bisogni della popolazione. Ottimo esempio di questa affermazione fu il Programma implementato da Fujimori e suoi ministri.

Tuttora esiste un forte scontro tra questi gruppi politici opposti, persino si discute se fu vera l'esistenza di una politica di sterilizzazioni forzata o seppure quell'accusa sia soltanto un mito urbano. Il primo gruppo, composto soprattutto da gruppi femministi e di diritti umani, denunciano che esse furono effettuate sotto l'interesse del governo di controllare il tasso di natalità della popolazione andina e della foresta amazzonica. Le motivazioni sostenute variano, alcuni ritengono che il motivo fu la riduzione della povertà e altri per l'eliminazione dei possibili terroristi di un domani. Invece l'altro gruppo sostiene che il mito fosse stato creato per una finalità politica, un arma contro Fujimori e il partito di Fuerza popular, la quale presidenta è la figlia. Keiko Fujimori si è candidata nelle ultime 3 elezioni presidenziali. Queste diverse versioni di una stessa situazione, è soprattutto a causa delle opposizioni politiche che si crearono durante il periodo del conflitto armato interno, tra quelli che supportarono le misure positive e le violazioni ai diritti umani effettuati dal governo di Fujimori per finire con il terrorismo, e quelli che sono in contro a Fujimori e le violazioni ai diritti effettuati da lui e i suoi nemici (terroristi, vittime e famigliari di essi, Chiesa Cattolica, partiti conservatori). È altrettanto possibile che i nemici del Fujimorismo esagerino la vicenda, giacché il Fujimorismo fa ancora parte della politica. Dopo questo programma, ci fu la

²⁰⁰ Villegas 2017, 1539

²⁰¹ Pianificazione Familiare e Salute Sessuale e Riproduttiva

reazione conservatrice, anch'essa guidata dal governo in quel momento attuale, limitando l'accesso a metodi moderni e sicuri a migliaia di peruviani.

Come si è visto, successivamente alla cancellazione del Programma, si susseguirono un insieme di politiche pubbliche che limitarono l'attuazione delle politiche di salute sessuale-riproduttiva. Sia o no vera la posizione di uno dei gruppi, le diverse fluttuazioni colpiscono sempre alla stessa categoria vulnerabile: le donne rurali e povere, le quali dipendono principalmente della somministrazione pubblica dei servizi.

Il gruppo conservatore tuttora ostacola il libero sviluppo dei diritti sessuali e riproduttivi. Dopo l'esame delle diverse politiche passate e presenti, questa tesi sottolinea la necessità di fare sì che lo Stato implementi a livello legale e nel programma per il miglioramento dei diritti: la legalizzazione dell'aborto, l'implementazione obbligatoria dell'educazione sessuale integrale, l'accesso agli adolescenti ai metodi contraccettivi senza la necessità di un adulto, le garanzie di riparazione in caso loro diritti vengano violati, l'accessibilità di contraccettivi d'emergenza (la pillola del giorno dopo).

Tutte quelle proposte sono ritenute urgenti perché con l'aumento della popolazione giovane, la domanda di contraccettivi moderni aumenterà proporzionalmente. Come si è osservato, l'indicatore di insoddisfazione nell'accesso ai metodi contraccettivi è ancora alto, soprattutto nelle regioni più povere. Infatti attualmente il 14% delle ragazze adolescenti sono già madri o sono incinte. Per questo motivo non è possibile che gli adolescenti non possano ancora accedere al servizio del Ministero della Salute senza la previa autorizzazione dei genitori, costituendo una barriera all'accesso. Inoltre, l'alto indice di fertilità indesiderata, che causa un elevato tasso di mortalità materna, sarebbe evitato con la legalizzazione dell'aborto, perché esse sono realizzate in condizioni antigeniche e pericolose. Anche per questo motivo, è necessario fare sì che la distribuzione di contraccettivi d'emergenza (la pillola del giorno dopo) sia gratuita e accessibile ai adolescenti. La Corte Costituzionale, nonostante prove contrarie, la considera causa di aborto. Tuttavia,

viene venduto senza prescrizione medica in qualsiasi farmacia, aumentando la disuguaglianza di accesso ai contraccettivi. Inoltre, fondamentale per ridurre l'alto tasso di fertilità negli adolescenti e giovani sarebbe fare sì che l' Educazione Sessuale Integrale (ESI) sia obbligatoriamente e correttamente implementata.

Quest'ultima, oltre a essere la proposta più possibile, è essenziale perché la società possa diventare consapevole dell'importanza della Salute Riproduttiva. Solo così sarà possibile realizzare l'articolazione degli sforzi a livello locale per consentire uno sviluppo progressivo, permanente e autosufficiente. Inoltre è importante per ridurre le fertilità indiserate. Tuttavia nel Perù non esiste una regolamentazione nazionale con il grado di legge che sostenga il programma dell'educazione sessuale integrale.

L'ultima proposta urgente è quella della garanzia del risarcimento. Se non c'è risarcimento alle vittime significa che non c'è punizione ai responsabili, e tutto ciò implica la non tutela dei diritti delle persone. Una delle più grande critiche al Programma nazionale 1996-2000 e allo Stato è che dopo più di vent'anni le vittime delle sterilizzazioni forzate non sono state ancora risarcite. Quattro volte l'inchiesta è stata archiviata dal Ministero Pubblico, per l'ingerenza del potere politico di Fujimori e alla cultura maschilista che sopravvive in Perù.

Nel caso del Programma 1996-2000 ritiene che la responsabilità è da parte dello Stato, non solo dei medici come ritengono alcuni gruppi pro Fujimori, che sono quelli che danno la colpa alla debolezza istituzionale per la violazione dei diritti umani. Tuttavia questa tesi sostiene che lo Stato è il responsabile del disegno carente della politica. Inoltre sostiene che nonostante lo Stato non abbia dichiarato che la priorità della politica era implementare metodi definitivi, e che fosse rivolto alle donne povere e indigene. Se si legge tra le righe, è irrefutabile negare che le politiche erano indirizzate a un determinato gruppo sociale, è normale che le politiche abbiano dei destinatari. Tuttavia si è un problema, quando a un determinato gruppo si vulnerano loro diritti fondamentali come la libertà e la dignità, e che si disegni una politica non tenendo in considerazione le caratteristiche culturale del gruppo.

Infatti, una delle più importanti conclusioni che si possono ricavare dopo l'analisi del Programma 1996-2000, è quanto fondamentale sia disegnare una politica rispettosa dell'interculturalità e la parità di genere. Come viene mostrato in questa tesi, le intenzioni della politica sembravano le migliori: fu creato sotto il discorso di rivendicazione dei diritti sessuali e riproduttivi, lo Stato investì il più alto bilancio pubblico fino al giorno d'oggi. Ciò nonostante, aprì una ferita ancora sanguinante.

Questo perché il Programma non tenne conto delle esigenze locali e culturali, come ad esempio la necessità di traduttori del quechua. I programmi di pianificazione familiare avrebbero dovuto coinvolgere la comunità locale e, se possibile, le tradizioni locali. Inoltre, invece di indirizzare tutta la responsabilità riproduttiva alle donne, sarebbe stato più giusto che gli uomini condividano tale responsabilità.

Lamentabilmente, tuttora il Perù è una società maschilista, paternalista e discriminatoria. Ancora una grande parte della popolazione ritiene giusto che le contadine indigene nelle zone rurali non debbano avere molti figli e che è che fu necessario per combattere la povertà l'attuazione di politiche di controllo delle nascite. La strada è ancora lunga, ma ogni volta si prende più coscienza che la mancanza di sensibilità alle questioni di genere e la mancanza di un approccio interculturale vulnerano i diritti delle persone che più hanno bisogno di sostegno.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Villegas, María Cecilia. 2017. *La verdad de una mentira: El caso de las esterilizaciones forzadas*. Lima: Planeta Perú. Edizione Kindle.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2018. *50 años de la declaración de la planificación familiar como un derecho humano básico*. UNFPA. Ultimo acceso 11 maggio 2018, <https://www.unfpa.org/es/news/50-anos-de-la-declaracion-de-la-planificacion-familiar-como-un-derecho-humano-basico>

Momtaz, Djamchid. 2009. *La proclamación de Teherán*. United Nations Audiovisual Library of International Law, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/proclamation%20sp.pdf>

Nazione Unite. 1968. Acta final de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán. Nueva York: Naciones Unidas.

Aramburú, Carlos. 2014. Idas y vueltas: los programas de planificación familiar en el Perú. *Revista Latinoamericana de Población*. Volume 8 :81-103.

Instituto Nacional de Planificación (INP). 1979. *Encuesta Nacional de Fecundidad del Perú 1977-78*. Lima: dgced.

Bonfiglio, Giovanni. 1999. *25 años de debate sobre temas de población en la prensa peruana 1974- 1999*. Lima: Industrial Papiros.

Ministerio de Salud (MINSA). 1996. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*. Lima: Resolución Ministerial.

INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). 2001. *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050*. Lima: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores sociales.

Ferrando, Delicia e Carlos Eduardo Aramburú. 1992. *La transición de la fecundidad en Perú*. Lima: Notas de Población

Naciones Unidas. 1998. *Sistema de Naciones Unidas en el Perú evaluación conjunta de País*. Perú :Common Country Assessment

Felix Murillo Alfaro. 1996. *Proyecciones Departamentales de la Población: 1995-2025*. Lima: INEI

Seinfeld, Janice. 2011. *Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú*. Lima: Focal

Yamin, Alicia Ely. 2002. "Challenges and Possibilities for Innovative Praxis". *Health and Human Rights: Reflections from Peru*. Harvard School of Public Health/Francois-Xavier Bagnoud Center for Health.

Vidal, Ana María. 2021. Por el solo hecho de ser mujeres: La impunidad y el desamparo de miles de víctimas frente al crimen de lesa humanidad de las esterilizaciones forzadas. In *Las esterilizaciones forzadas, en la década del terror. Acompañando la batalla de las mujeres por la verdad, la justicia y las reparaciones*, a cura di Alberto Chirif, 19-56. Lima: Chirif.

Hurtado Meza, Lourdes. 2006. *Trazando puentes: conflicto armado interno, formación militar y Comisión de la Verdad y la Reconciliación del Perú*. Buenos Aires: CLACSO

Ballón Gutiérrez, Alejandra. 2021. El caso peruano de esterilizaciones forzadas: Una pieza clave del conflicto armado interno. In *Las esterilizaciones forzadas, en la década del terror. Acompañando la batalla de las mujeres por la verdad, la justicia y las reparaciones*, a cura di Alberto Chirif, 139-164. Lima: Chirif.

Nagahata Susaníbar, John. 1997. *Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV*. Lima: MINSA

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem). 1999. Nada Personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998. Cevasco: Lima.

Montoya Vivanco, Yván. 2001. Derecho penal y métodos feministas. In *Métodos feministas en el Derecho. Aproximaciones críticas a la jurisprudencia peruana*. A cura di Fernández, M. e Morales. Palestra: Lima.

Defensoría del Pueblo. 2002. *Informe N°69. La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III*. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo: Lima.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos-OEA-Reporte N° 71/03 Caso 12 191, Perú. <http://cidh.org/annualrep/2003eng/Peru.12191.htm>

Tamayo, Giulia. 2000. *Cuestión de vida: Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. CLADEM :Lima.

Montoya Vivanco Yvan, Lerner Febres Salomón y Salmón Garate Elizabeth. 2014. *Informe en derecho sobre la investigación de la Segunda Fiscalía Penal Supraprovincial en el caso de las esterilizaciones involuntarias realizadas en el Perú durante los años 1996 a 1998*. Lima: Clínica Jurídica de Acciones de Interés Público de la Facultad de Derecho (Sección Penal) y el Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Montoya, Yván. 2015. *Esterilizadas a la fuerza*. Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Ultimo acceso 12 novembre 2015,

https://idehpucp.pucp.edu.pe/idehpucp_medios/esterilizadas-a-la-fuerza/

Salazar Rossy. 2011. Caso Mamérita Mestanza VS. Perú. *Boletín del Programa de Litigio Internacional del CLADEM* 1(6): 1-16.

Demus, 2022. Inicia investigación judicial en caso de esterilizaciones forzadas y víctimas exigen ampliación de extradición de Fujimori. Ultimo acceso 1 marzo 2022, <http://www.demus.org.pe/noticias/inicia-investigacion-judicial-en-caso-de-esterilizaciones-forzadas-y-victimas-exigen-ampliacion-de-extradicion-de-fujimori/>

Demus, 2022. Víctimas de esterilizaciones forzadas yy familiares exigen reparaciones integrales, juzgado ad hoc y ampliación de la extradición de Fujimori para que sea condenado. Ultimo acceso 4 marzo 2022,

<http://www.demus.org.pe/noticias/victimas-de-esterilizaciones-forzadas-y-familiares-exigen-reparaciones-integrales-juzgado-ad-hoc-y-ampliacion-de-la-extradicion-de-fujimori-para-que-sea-condenado/>

Silva Santisteban, Rocío. 2021. Esterilizaciones forzadas: Biopolítica, patriarcado y genocidio. In *Las esterilizaciones forzadas, en la década del terror. Acompañando la batalla de las mujeres por la verdad, la justicia y las reparaciones*, a cura di Alberto Chirif, 19-56. Lima: Chirif.

Boesten, Jelke. 2018. *Desigualdades interseccionales*. Mujeres y política social en el Perú 1990-2000. Instituto de Estudios Peruanos: Lima.

Westendorp, Rocío. 2021. Testimonios de mujeres: “La gente te margina, mujer que no tiene hijos, no es mujer”. In *Las esterilizaciones forzadas, en la década del terror. Acompañando la batalla de las mujeres por la verdad, la justicia y las reparaciones*, a cura di Alberto Chirif, 19-56. Lima: Chirif.

Defensoría del Pueblo. 1999. *Informe N°27. La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III*. Lima: Casos investigados por la Defensoría del Pueblo.

Gribble, J. N., Sharma, S., & Menotti, E. P. (2007). Family planning policies and their impacts on the poor: Peru's experience. *International family planning perspectives*, 33(4), 176-181.

Defensoría del Pueblo. 2005. *Informe N°90. Supervisión a los servicios de planificación familiar IV*. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo: Lima.

Omonte, Carmen e Rojas Julio Andrés. 2014. Acción internacional de la mujer y la población. *Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables N°14 Año 2*. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

ENDES. 2006. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. *ENDES Continua 2004-2005*. Lima: INEI.

García Pérez Alan, del Castillo Gálvez Jorge e Vallejos Sologuren Carlos. 2007. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima: Ministerio de Salud

MINSA. 2013. Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021. Lima: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

PPK (Peruanos Por el Kambio). 2016. Plan de Gobierno 2016-2021. Lima.

Juárez Chávez, Elisa; Astete Muñoz, Pluvia; Guerrero Vasquez, Rossina. 2020. Informe de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19. Lima: PROMSEX

Chirinos, Raymundo e Ana Paola Gutiérrez. 2021. El covid-19 y los nacimientos en el Perú: ¿cómo afecta la pandemia a la tasa de fertilidad?. Lima: Moneda.

Defensoría del Pueblo. 2021. Informe sobre la Supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: Educación Sexual Integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren. Lima: Adjuntía para la Niñez y la adolescencia.