



boletín redpaas

BOLETIN DE LA RED PERUANA DE APOYO AL ACCESO AL ABORTO SEGURO

● ÍNDICE

1 EDITORIAL

Existen progresos en la atención del aborto seguro en América del Sur

4 ARTÍCULO

Por qué la violación sexual justifica un aborto legal
Luis Távara Orozco

9 ACTIVIDADES

9 III Taller para la Conformación de una Red de Profesionales para Mejorar el Acceso de la Mujeres al Aborto Terapéutico

13 IV Taller promoción de una red de referentes para el acceso al aborto seguro en el Perú

● EDITORIAL

EXISTEN PROGRESOS EN LA ATENCIÓN DEL ABORTO SEGURO EN AMÉRICA DEL SUR

No obstante que los métodos anticonceptivos están disponibles en todo el mundo, el embarazo no deseado ocupa un amplio espacio todavía, y como consecuencia, el aborto inseguro continúa siendo muy frecuente, particularmente en los países en desarrollo.

Para el año 2010, la OMS calculó que el número total de abortos inducidos en el mundo fue de 42 millones, siendo casi la mitad abortos inseguros, con una tasa de 14 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil. Para América Latina y el Caribe se estimó que el número de abortos superó los 4 millones y la tasa se estimó en alrededor de 31 por 1000 MEF. Para América del Sur la tasa se sitúa en 32 y para el Perú se calcula que sea aún mayor. Esta alta proporción de abortos inseguros es responsable también de altas tasas de morbilidad y mortalidad materna que aún podemos observar en cualquiera de nuestros países.

En atención a este grave problema de salud pública y de derechos humanos fue que en el año 2007 FIGO incorporó a su quehacer la Iniciativa Prevención del Aborto inseguro y para ello creó un grupo de trabajo liderado por un coordinador general a nivel global y siete coordinadores regionales para cada una de las regiones en que fue dividido el mundo. Desde entonces,



flocu©iStockphoto

Es importante destacar que dentro de la práctica de la anticoncepción se ha puesto énfasis en los anticonceptivos de larga duración (LARC), tanto dispositivos intrauterinos como implantes subdérmicos, por ser altamente eficaces y porque no requieren una motivación constante de las mujeres para su uso.

DIRECCIÓN DEL BOLETÍN:

Comité de Coordinación de REDPAAS

COORDINACIÓN:

Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:

Rosa Cisneros

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Julissa Soriano

diferentes países se han venido incorporando a esa iniciativa a través de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología, hasta sumar 44. En América del Sur se incorporaron 9 países, dentro de los cuales se encuentra el Perú.

Cada uno de los países de América del Sur realizó un análisis de situación del aborto y seguidamente elaboró un plan de acción que responda al análisis efectuado. Los países destacaron en sus planes de acción temas como educación sexual, planificación familiar, mejora de las facilidades para la adopción de niños, mejora del acceso al aborto seguro y legal, abogacía para las reformas legales, extensión del uso de la aspiración manual endouterina (AMEU) para el manejo del aborto incompleto, incorporación del uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, fortalecimiento de la anticoncepción postaborto, sensibilización a los tomadores de decisión y mejora de los datos y la información sobre aborto.

Desde la fecha en que lanzó la Iniciativa se han dado importantes progresos. En Chile se desarrollaron siete modelos de currículo para que las escuelas de educación básica puedan escoger cuál usar, mientras que Ecuador desarrolló la educación sexual en escuelas públicas con la intervención de estudiantes de medicina previamente capacitados.

Es importante destacar que dentro de la práctica de la anticoncepción se ha puesto énfasis en los anticonceptivos de larga duración (LARC), tanto dispositivos intrauterinos como implantes subdérmicos, por ser altamente eficaces y porque no requieren una motivación constante de las mujeres para su uso. En el Perú se vienen utilizando en forma ascendente los implantes subdérmicos como una forma de responder a los requerimientos de las mujeres y de elevar la eficacia anticonceptiva, reduciendo significativamente la tasa de fallas. Queda pendiente rescatar el uso de la anticoncepción de emergencia para aquellas mujeres que requieren de una segunda oportunidad anticonceptiva.

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994 se recomendó la prestación de servicios de aborto seguro, al mismo tiempo que la incorporación de cambios legales para permitir la interrupción del embarazo cuando existe riesgo para la vida y la salud de las mujeres, o cuando tienen un embarazo producto de una violación sexual. Perú dio un paso importante con la aprobación por parte del Ministerio de Salud, de la Guía Nacional para el Aborto Terapéutico y se empezó a discutir en el Poder Legislativo un proyecto de ley para la interrupción del embarazo por violación, propuesta que no progresó. A la fecha existen varios establecimientos públicos que entregan servicios de aborto terapéutico en el Perú. Chile es el único país de América del Sur donde no se acepta el aborto bajo ninguna causa, en tanto en Uruguay, desde el año 2012 está vigente la ley que despenaliza totalmente el aborto en gestaciones menores de 12 semanas, la cual fue precedida por un intenso trabajo en la Estrategia de Reducción de Riesgos y Daños.

El manejo del aborto incompleto fue mejorado en los países de América del Sur. La extensión de la AMEU y eventualmente el uso del misoprostol han permitido reducir los costos de la atención, la estancia hospitalaria y la necesidad del uso de anestesia y de la sala de operaciones. Hoy en día en todo el Perú se utiliza la AMEU en una proporción que supera el 50% de las atenciones de aborto incompleto, con obvio beneficio de las mujeres y los establecimientos de salud. Igualmente se han dado pasos importantes en la atención del aborto incompleto con AMEU en Argentina, Ecuador, Colombia, Bolivia, Brasil y Venezuela y se viene utilizando el misoprostol en el manejo del aborto incompleto en Uruguay, Argentina, Bolivia, Perú, Brasil, Ecuador, Colombia y Venezuela.

El tratamiento del aborto no estaría completo si se deja de dar consejería y hacer entrega de anticonceptivos post aborto en el mismo lugar de la intervención, con el propósito de evitar un nuevo embarazo no deseado y un nuevo aborto. Hoy en día existe consenso en que los anticonceptivos deben ser iniciados inmediatamente y que los más eficaces son los de larga duración.

Finalmente debemos reiterar que el aborto inseguro es aún muy frecuente en América del Sur, particularmente en el Perú, a pesar de los evidentes avances que se han dado en favor de su reducción. Esto significa que queda todavía mucho por hacer para evitar muertes y complicaciones innecesarias. ●

El tratamiento del aborto no estaría completo si se deja de dar consejería y hacer entrega de anticonceptivos post aborto en el mismo lugar de la intervención, con el propósito de evitar un nuevo embarazo no deseado y un nuevo aborto.

POR QUÉ LA VIOLACIÓN SEXUAL JUSTIFICA UN ABORTO LEGAL

LUIS TÁVARA OROZCO

MÉDICO GINECOOBSTETRA. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. COORDINADOR REGIONAL PARA AMÉRICA DEL SUR, INICIATIVA FIGO “PREVENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO”

● INTRODUCCIÓN

LA PALABRA ABORTO PROBABLEMENTE SUSCITA MÁS CONTROVERSIA QUE CUALQUIER OTRO TEMA DE SALUD. AUNQUE AHORA EL ABORTO ES COMÚNMENTE REALIZADO EN TODO EL MUNDO, FUE PRACTICADO DESDE MUCHO TIEMPO ANTES DE COMENZAR LOS REGISTROS DE LA HISTORIA, Y PROBABLEMENTE FUE EL PRIMER MÉTODO DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD UTILIZADO POR LA ESPECIE HUMANA. ES UN TEMA QUE DESENCADENA PASIONES Y CONTROVERSIA PORQUE INTERPELA CUESTIONES FUNDAMENTALES ACERCA DE LA EXISTENCIA HUMANA, TALES COMO CUÁNDO COMIENZA LA VIDA Y QUÉ ES LO QUE NOS HACE SERES HUMANOS.

Para ilustrar que el aborto es muy antiguo, podemos decir que existen datos históricos que dan cuenta del control de la fertilidad hace más de cuatro mil años, y se han encontrado fórmulas abortifacientes en antiguos textos médicos (1-4).

El aborto está en el centro de los temas controvertidos, porque suscita la discusión en torno al derecho de las mujeres a controlar sus propios cuerpos, la inclinación natural a proteger al no nacido, la tensión entre los puntos de vista secular y religioso acerca de la vida del individuo y de la sociedad y los derechos en conflicto entre la madre y el feto. Mucha gente en el mundo muestra preocupación por el aborto y generalmente muchos se declaran contrarios a su práctica, pero con frecuencia es difícil hablar del tema, aunque hacerlo sería la clave para su solución. (1,5). En realidad hablar del aborto debe ser un acto de profunda humildad, pues el drama que viven las mujeres que enfrentan una interrupción voluntaria de su embarazo no es nada fácil de entender, ni menos de sentir (6).

Como ya dijimos, el aborto ha existido en todos los tiempos y en todas las culturas, y a pesar de los avances en metodología anticonceptiva, nada hace pensar que dejará de existir. Cada grupo humano ha buscado su propia manera de enfrentar el problema, ya sea admitiéndolo con prácticas aceptables, o bien

La violencia basada en género está relacionada a la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, que ocurre en mayor o menor grado en todas las sociedades. Recientemente las Naciones Unidas la han reconocido como un problema de derechos humanos e incluye la violencia emocional, física y sexual.



lalestock@iStockphoto

combatiéndolo o ignorándolo. Lo cierto es que hasta hoy nadie encontró una solución que satisfaga a todos, por lo que se hace imprescindible la búsqueda de un consenso (7,8,9).

La historia muestra que cuando las mujeres deciden terminar un embarazo no deseado, si fuera necesario y con riesgo de sus propias vidas, lo hacen. También muestra que es una falacia que las mujeres usarán el aborto como un método de planificación familiar si es que se les ofrece servicios de aborto seguro. Recurrirán al aborto solo si no tienen otra alternativa (1).

/// Definición de salud

Según la Organización Mundial de la Salud: la salud es un estado de bienestar físico, mental y social. Entonces, salud no es solo ausencia de enfermedad, sino un estado de equilibrio del ser humano. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (10). Por tanto, la definición integral de salud se basa en que los seres humanos son individuos con muchas dimensiones interrelacionadas: la física, mental y social, y esta incluye la económica, política, cultural y la social propiamente dicha (11).

● EMBARAZOS COMO CONSECUENCIA DE VIOLACIÓN SEXUAL

La violencia basada en género está relacionada a la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, que ocurre en mayor o menor grado en todas las sociedades. Recientemente las Naciones Unidas la han reconocido como un problema de derechos humanos e incluye la violencia emocional, física y sexual. La violencia sexual, dentro de la que se sitúa la violación, es la forma más extrema de la violencia basada en género, y usualmente va acompañada de otros tipos de violencia. Su prevalencia es difícil de determinar, pero es probable que afecte al menos a un tercio de las mujeres en algún momento de su vida (12).

La violación sexual y el embarazo no deseado que de ella se puede derivar, tienen graves consecuencias sobre la salud física, ginecológica y mental de las víctimas. Además de los traumatismos físicos, que pueden ser leves o severos, las mujeres violadas corren el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, y de sufrir el síndrome postviolación, que involucra un fuerte componente emocional en una fase aguda y la presencia de sintomatología de largo plazo que acarrea un sufrimiento grave (13-15).

Se reconoce que una alta proporción de las mujeres violadas pueden presentar trastornos de estrés postraumático de duración variable, caracterizado por el recuerdo de escenas pasadas, pesadillas, ideas recurrentes, sentimientos de parálisis, aislamiento autoimpuesto, pensamientos fijos acerca del incidente, uso incrementado de drogas y alcohol, conductas de riesgo, disociación, irritabilidad y explosión emocional que pueden llegar al suicidio y al homicidio [15,16].

Además, las víctimas pueden presentar cefalea crónica, fatiga, disturbios del sueño, pesadillas y desórdenes alimentarios [12]. Cuando se ha producido un embarazo como producto de la violación, la gestante puede cursar con rechazo al feto [17], lo que podría tener consecuencias fatales, como lo ocurrido con una joven mujer violada en Argentina, quien mató a su recién nacido, producto de la violación sufrida, razón por la que el Poder Judicial de su país la condenó a pena carcelaria.

La violación también puede llevar a las víctimas a padecer con frecuencia otra clase de problemas, como la pérdida del deseo sexual, trastornos de la excitación, miedo a las relaciones sexuales y falta de capacidad para disfrutar de la sexualidad, situaciones que persisten tiempo después del asalto sexual como parte del sufrimiento ocasionado por el trauma psicológico [18]. En la esfera ginecológica, la violación puede condicionar dolor pélvico crónico y trastornos menstruales [12].

Estas dolencias y trastornos en la vida sexual y emocional ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres violadas y son razón suficiente para justificar la indicación de un aborto en condiciones legales [19].

/// Los embarazos postviolación como problema de salud pública

No sabemos exactamente cuál es la dimensión real de violaciones que ocurre entre las mujeres en edad fértil, porque solo una pequeña proporción de ellas reportan el abuso sufrido [12], a pesar de que en Perú se produce el mayor número de denuncias por violación sexual entre los países de América del Sur [20]. UNFPA reporta

un estimado de 230 000 mujeres peruanas que habrían sido forzadas sexualmente por sus compañeros en el último año y señala que la Policía Nacional registra 5 891 casos de violación de mujeres anualmente [21].

Güezmes y col. [22] reportan que a nivel poblacional el 7.1% de las mujeres en Lima y el 22.9% de las mujeres en el Cusco habían sido violentadas sexualmente por sus parejas en los últimos doce meses. De otro lado un estudio llevado a cabo en tres hospitales de Lima muestra que el 12.8% de las mujeres en edad reproductiva habían sido violentadas sexualmente durante el último año [23].

De acuerdo a estas cifras podríamos decir que, en promedio, 10% de las mujeres peruanas en edad fértil pudieran haber sido violadas durante el año anterior, lo que significa aproximadamente 700 000. De otro lado, hay estudios que reportan una frecuencia de embarazo entre 10 hasta 30% en las mujeres violadas [12]. Sin embargo, si nos apegamos a la investigación de Holmes en USA [24] y admitimos que el 5% de las mujeres violadas resultan con un embarazo no planeado, en el Perú se estarían dando 35 000 embarazos producto de violación. Sin embargo, esta cifra nos parece bastante conservadora, esto quiere decir que el número podría ser mayor. En todo caso, este tema representa un verdadero problema de salud pública y de derechos humanos.

/// Aspectos éticos en relación a los embarazos postviolación

El embarazo que resulta de violación sexual es no deseado y ocasiona serios sufrimientos a la mujer, que pueden llegar al homicidio y al suicidio. Esto quiere decir que podemos asistir a muertes maternas derivadas del abuso contra las mujeres [15,16].

La atención de una mujer gestante como consecuencia de una violación compromete un comportamiento ético del profesional médico. El respeto al primer principio ético, la *autonomía*, representa reconocer en la mujer la libertad de decidir sobre procrear o no procrear. En consecuencia se le debe reconocer el derecho que le asiste a terminar un embarazo que no desea continuar. Este principio rechaza la idea de que la mujer sea

presionada u obligada a solicitar un servicio de aborto, sino que debe tomar autónomamente una decisión (25).

El segundo principio ético que aparece durante la prestación de un servicio es el de *no maleficencia (primum non nocere)*, al estar obligado el profesional a no revictimizar a la mujer abusada (8,26).

El tercer principio ético es el de *beneficencia*, al tener el médico la obligación de aliviar la fuerte carga emocional que supone un embarazo en estas condiciones, en donde el estrés postraumático representa una amenaza no solo para la salud, sino para la vida de la mujer. En este caso, el balance entre los beneficios y riesgos se inclina a favor de interrumpir el embarazo, por cuanto la decisión preserva de daños la salud de la mujer (8,27).

Finalmente, el principio de *justicia* es un concepto social que se basa en la equidad. La justicia es un derecho de todos los individuos en un Estado democrático y la sociedad en su conjunto la debe garantizar. En base a este principio se debe entender que los sectores menos favorecidos de la sociedad, en este caso las mujeres más pobres, pueden padecer con mayor frecuencia las restricciones de los dispositivos legales y exponerse a los riesgos de llevar un embarazo en condiciones riesgosas, lo cual justifica la entrega de un servicio de aborto en condiciones legales (8,25,27). El Comité de Ética de la FIGO sostiene en sus recomendaciones éticas que la interrupción del embarazo en los casos de estupro o incesto es éticamente aceptable (28).

COMENTARIO

No obstante que el Código Penal en el Perú y similares dispositivos legales en otros países de América Latina establecen las condiciones aceptadas para la interrupción del embarazo, los establecimientos de salud públicos no suelen brindar atención a las mujeres en estos casos, situación que conlleva a que muchas de ellas enfrenten penosas consecuencias para su salud y terminen engrosando las cifras del aborto clandestino. De otro lado, el artículo 120 del Código Penal peruano penaliza el aborto realizado por violación. Es probable que muchas de estas mujeres se

sometan a interrupciones ilegales del embarazo y sean parte de las estadísticas de muerte materna por aborto. Ningún ser humano puede ser obligado a poner su vida y su salud en riesgo para llevar adelante un embarazo que no desea y considera peligroso (29).

EN CONCLUSIÓN

El aborto sigue siendo un fenómeno médico-social frecuente, vinculado al embarazo no deseado y su solución implica intervenciones en educación, información y entrega de anticonceptivos, normatividad clínica y administrativa. Si queremos reducir los abortos inducidos debemos dar prioridad a la prevención de los embarazos no deseados, que incluyen a mujeres con dolencias que pueden empeorar durante el embarazo o que pueden complicar a este. Igualmente, debemos evitar el sufrimiento de las mujeres víctimas de violación o portadoras de un embarazo con anomalías incompatibles con la vida, porque son también víctimas de graves dolencias emocionales que ponen en riesgo sus vidas y su salud física, mental, sexual y social (30). ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rao KA, Faundes A. Access to safe abortion within the limits of the law. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2006; 20(3): 421-432.
2. Távara L, Orderique L. Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2004; 50(3): 176-180.
3. Ragab M. Menstrual regulation: Its effect on family planning. Paper presented at the medical management of effects of contraceptive failure conference. Cairo: Family Planning Asociation, Cairo-Egypt 1984, p 9.

4. Hurst J. La historia de las ideas sobre el aborto. Montevideo: Católicas por el derecho a decidir, 1992.
5. Faundes A. Opinión y conducta de los ginecólogos y obstetras frente al aborto. Gineceo (Revista de la Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología) 2006; 1(1): 20-28.
6. Berro G. Un esfuerzo positivo y serio. En: Sindicato Médico del Uruguay. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay 2002; pp 20-22.
7. Defey D. el aborto provocado: Su dimensión psicosocial. En: Sindicato Médico del Uruguay. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay 2002; pp 23-49.
8. Faundes A, Barzelatto J. El drama del aborto, en busca de un consenso. Bogotá: TM Edit 2005; p 253.
9. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO 2012; p 106.
10. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. New York: WHO, 1946.
11. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en el Perú. Lima: MINSA/ Universidad Norbert Wiener/OPS 2005; p 52.
12. Távara L. Sexual violence. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2006; 20: 395-408.
13. Kawsar M, Anfield A, Walters E, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic. Sex Transm Infect 2004; 80: 138-141.
14. Burges AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome and posttraumatic stress response. In: Burges AW ed. Rape and sexual assault: a Research Handbook. New York: Garland Publishing Inc 1985; pp 46-60.
15. Bowes IT, O'Gorman EC. Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. Acta Psychiatrica Scand 1991; 83: 27-30.
16. Wasco SM. Conceptualizing the harm done by rape: application of trauma theory to experiences of sexual assault. Trauma Violence Abuse 2003; 4: 309-322.
17. Van Berlo W, Ensik B. Problems with sexuality after assault. Ann Rev Sex Res 2000; 11: 235-257.
18. Rocar M, Medued V, Jovanovic N, Hotujac L. Psychological consequences of rape on women in 1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina. Croat Med J 2006; 47: 67-75.
19. De Mello e Souza C, Adisse L. Violencia sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: IPAS/ Secretaria especial de políticas as mulheres 2005; p 186.
20. Mujica J. Violencia sexual en el Perú 2000-2009. Lima, Perú: Promsex 2011; p 148.
21. UNFPA. 16 Días de activismo contra la violencia hacia las mujeres. Lima: UNFPA 2006; p 6.
22. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Lima: CMP Flora Tristán/OMS/Universidad Peruana Cayetano Heredia 2002; p 119.
23. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Estolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de salud reproductiva. Ginecología y Obstetricia (Perú) 2003; 49(1): 31-38.
24. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 320-325.
25. Harris J. Consent and end life decisions. J Med Ethics 2003; 29: 10-15.
26. Távara L. La anencefalia como indicación médica para interrumpir el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2006; 52(1): 40-45.
27. Strong C. Fetal anomalies: ethical and legal considerations in screening, detection and management. Clin Per 2003; 30: 113-126.
28. FIGO. Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology. London: FIGO 2003; p 72.
29. Copleson R, Zampas C, Brusie E, Devore J. Human Rights begin at birth: International law and the claim of fetal rights. Reproductive Health Matters 2005; 13: 120-129.
30. Schunmann C, Glasier A. Measuring pregnancy intention and its relationship with contraceptive use among women undergoing therapeutic abortion. Contraception 2006; 73: 520-52.

III TALLER PARA LA CONFORMACIÓN DE UNA RED DE PROFESIONALES PARA MEJORAR EL ACCESO DE LA MUJERES AL ABORTO TERAPÉUTICO

● INTRODUCCIÓN

PESE A QUE DESDE 1924 EL ABORTO TERAPÉUTICO (AT) ESTÁ APROBADO POR LEY EN EL PERÚ, RECIENTEMENTE (JUNIO 2014) EL MINISTERIO DE SALUD APROBÓ LA GUÍA NACIONAL PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR RAZONES TERAPÉUTICAS. SIN EMBARGO, LAS MUJERES PERUANAS NO DISPONEN DE UN ADECUADO ACCESO A ESTE SERVICIO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS. EN GRAN MEDIDA, ESTA DEFICIENCIA ES RESPONSABLE DE QUE LAS CAUSAS INDIRECTAS DE MUERTE MATERNA SE ESTÉN ACERCANDO AL 30% DEL TOTAL DE DEFUNCIONES.

Aun con la Guía Nacional anteriormente aludida, las y los profesionales de la salud de los establecimientos públicos que prestan servicios de salud sexual y reproductiva carecen de información suficiente y mantienen aún prejuicios contra las mujeres que interrumpen la gestación y contra sus colegas que las atienden. Ello debido a que no existen protocolos que dentro de sus propios hospitales estandaricen la atención y brinden seguridad tanto al personal médico como a las usuarias.

La sociedad civil, en alianza con el gremio médico y con organizaciones de mujeres, ha desarrollado intensa actividad en Lima y en las regiones del país, con el propósito de discutir y aprobar localmente protocolos para la atención del AT, habiendo conseguido hacerlo realidad en 10 hospitales. Asimismo ha desarrollado actividades de fortalecimiento de la atención en esos establecimientos, a fin de lograr la extensión de las atenciones y la mejora de la calidad de las mismas.

Con estos antecedentes, esta alianza se propone y está en camino de constituir una red de profesionales del sector público comprometidos con la prestación de servicios de AT para mejorar el acceso de las mujeres que requieren de esta atención. En concordancia con las conclusiones y recomendaciones de los dos primeros talleres se ha preparado el temario del III Taller.

● OBJETIVO A LARGO PLAZO

Contribuir a mejorar la calidad de atención y el acceso a los servicios públicos de salud sexual y reproductiva de las mujeres.



● OBJETIVO DE CORTO PLAZO

Ampliar el acceso de las mujeres al aborto legal.

Lugar: Auditorio del Hotel Sol de Oro, Miraflores.

Fecha: Viernes, 8 Mayo 2015.

Participantes:

- Profesionales proveedores de salud sexual y salud reproductiva de establecimientos de salud de Lima y de las regiones del país.

● DESARROLLO DEL TALLER

Con la asistencia de 27 participantes: autoridades del Ministerio de Salud, representantes de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), Promsex, profesores nacionales y la participación de profesionales de hospitales públicos de la ciudad de Lima y de las regiones del Perú, se dio cumplimiento al programa preparado para el taller, según el siguiente orden.

/// Sesión inaugural

El doctor Luis Távara, coordinador del evento abrió la sesión. Saludó a los participantes y presentó al doctor Daniel Aspilcueta.

El doctor Daniel Aspilcueta, Director de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, dio igualmente la bienvenida a las y los participantes y destacó el interés que tiene el sector que representa en mejorar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Declaró inaugurado el taller.

El doctor Luis Távara, presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la SPOG presentó el taller, la metodología a seguir, y describió las generalidades de cada sesión. A continuación invitó a las y los participantes a presentarse ante los demás.

El temario que se desarrolló fue el siguiente:

- Clarificación de valores.
- Concepciones personales versus responsabilidades profesionales en el aborto terapéutico.
- Causales del aborto terapéutico: causal salud física, causal salud mental y causal violación sexual.
- La experiencia de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro.
- Discusión abierta sobre los temas tratados. ●

● CONCLUSIONES

Las y los participantes en el taller arribaron a las siguientes conclusiones:

1. Los valores en la práctica profesional de las y los médicos ginecoobstetras están vigentes.
2. En cada acto de nuestras vidas hacemos una selección entre los valores que vamos a aplicar.
3. Valor es aquella cualidad que tienen las cosas y las acciones y comportamientos humanos que los hacen estimables y deseables por sí mismos.
4. Valor moral es todo aquello que lleva al ser humano a crecer en su dignidad de persona y conduce al bien moral. Bien es todo lo que mejora, perfecciona y completa a la persona.
5. Los valores morales o éticos orientan la conducta humana.
6. Los valores no se heredan, se van formando en relación con la historia, la cultura y la sociedad.
7. Los valores se clarifican mediante una secuencia: frente a una situación se selecciona un valor entre los existentes y se plantean alternativas; luego se verifica si con el valor seleccionado la persona se siente cómoda y si está dispuesta a afirmarlo en público. Posteriormente vendrá el comportamiento en forma congruente con la selección hecha y su aplicación habitual.
8. En los casos de aborto legal, los médicos ginecoobstetras peruanos encuestados, en un 97.5% concuerdan en que la aprobación de un protocolo nacional para aborto terapéutico es muy necesario o necesario.
9. La causal salud para el aborto inducido es un supuesto de permeación legal para la interrupción del embarazo, consagrado en la mayoría de países de América Latina y El Caribe. Es la posibilidad de interrumpir un embarazo cuando pone en riesgo la salud de la mujer.
10. De acuerdo al concepto de salud de la OMS, aplicar la interrupción del embarazo por razones de salud no significa que se debe actuar solo cuando la mujer está en inminente peligro de muerte.
11. La salud mental es un producto de la actividad cerebral que influye sobre todo el organismo del ser humano.
12. No se puede separar el daño a la salud mental del daño a la salud física.
13. Existen investigaciones que señalan que el embarazo no deseado se relaciona con la aparición de trastornos en el puerperio y el suicidio.
14. La integración del componente mental en la causal salud permite ampliar el acceso al aborto legal seguro a un número grande de mujeres.
15. La frecuencia de violación sexual a mujeres en edad fértil, niñas y adolescentes es muy alta en el Perú. Igualmente, el embarazo, consecuencia de la violación, es muy frecuente.
16. Los profesionales de la salud prefieren evadir el manejo de un embarazo en adolescentes, para evitar involucrarse en problemas.
17. La violación sexual es un problema de salud pública porque genera un impacto grave en la salud de las mujeres.
18. La estrategia de reducción de riesgos y daños es una medida de salud pública basada en evidencias.



● RECOMENDACIONES

- Hacer un ejercicio de clarificación de valores es recomendable en los profesionales que atienden la salud sexual y reproductiva.
- Trabajar en el cambio de las actitudes de los profesionales es un tema necesario para mejorar la salud sexual y reproductiva.
- Considerar el impacto del embarazo no deseado sobre la salud mental, porque es un estresor que conlleva el riesgo de depresión y de suicidio.
- Enfocar la causal violación sexual para el aborto legal dentro de un marco de derechos humanos.
- Respetar prioritariamente la autonomía de las mujeres, la confidencialidad y el secreto profesional cuando se aplica la estrategia de reducción de riesgos y daños.
- Involucrar a las facultades de medicina para que incluyan el tema de aborto terapéutico por diferentes causales en sus programas de pregrado y post grado
- Restaurar el uso de la AOE en los hospitales públicos en los casos de manejo de violación sexual.
- Es difícil por ahora incorporar en el sector público la estrategia de reducción de riesgos y daños.
- Incorporar en el SIS los casos de prestaciones de aborto terapéutico.
- Para aplicar la Guía de Aborto Terapéutico será necesario incorporar a todos los profesionales de la salud.

IV TALLER, PROMOCIÓN DE UNA RED DE REFERENTES PARA EL ACCESO AL ABORTO SEGURO EN EL PERU

2 DE JUNIO 2015

● INTRODUCCIÓN

A PESAR QUE EL ABORTO TERAPÉUTICO (AT) ESTÁ APROBADO POR LEY EN EL PERÚ DESDE EL AÑO 1924, RECIENTEMENTE EL MINISTERIO DE SALUD (JUNIO 2014) APROBÓ LA GUÍA NACIONAL PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR RAZONES TERAPÉUTICAS. SIN EMBARGO, LAS MUJERES PERUANAS NO DISPONEN DE UN ADECUADO ACCESO A LOS SERVICIOS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS. ESTA DEFICIENCIA ES EN GRAN MEDIDA RESPONSABLE DE QUE LAS CAUSAS INDIRECTAS DE MUERTE MATERNA SE ESTÉN ACERCANDO AL 30% DEL TOTAL DE DEFUNCIONES.

Los profesionales de la salud de los establecimientos públicos que prestan servicios de salud sexual y reproductiva carecen de información suficiente y mantienen aún prejuicios contra las mujeres que interrumpen su gestación y contra los profesionales que las atienden, debido a que falta aún estandarizar la atención para seguridad de las mujeres y de los profesionales.

La sociedad civil, en alianza con el gremio médico y con organizaciones de mujeres, ha desarrollado intensa actividad en Lima y en algunas regiones del país, con el propósito de discutir y aprobar localmente protocolos para la atención del AT, habiendo conseguido hacerlo realidad en nueve hospitales. Asimismo, ha desarrollado actividades de fortalecimiento de la atención en algunos de esos establecimientos, a fin de lograr la extensión de las atenciones y el mejoramiento de la calidad de las mismas.

Con estos antecedentes, esta alianza se propone constituir una red de profesionales del sector público comprometidos con la prestación de servicios de AT para mejorar el acceso de las mujeres que requieren de esta atención. En concordancia con los acuerdos obtenidos en las dos reuniones del grupo impulsor y en los tres talleres previos, se ha preparado el contenido del presente taller.

● OBJETIVO A LARGO PLAZO

Contribuir a mejorar la calidad de atención y el acceso a los servicios públicos de salud sexual y reproductiva de las mujeres.



● DESARROLLO DEL TALLER

Con la asistencia de 30 participantes, entre autoridades del Ministerio de Salud, representantes de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, de Promsex, profesores nacionales, un profesor extranjero, y la participación de profesionales de hospitales públicos de la ciudad de Lima y de las regiones del Perú, se dio cumplimiento al programa preparado para el taller, según el siguiente orden.

/// Sesión inaugural

El doctor Luis Távara, coordinador del evento, abrió la sesión. Saludó a las y los participantes y expresó que este es el último taller de preparación para conformar la Red. Anunció que para ello se ha invitado a la doctora Analía Messina, quien posee una gran experiencia en este campo en Buenos Aires, Argentina. Luego presentó al doctor Daniel Aspilcueta.

El doctor Daniel Aspilcueta, director de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, dio igualmente la bienvenida a las y los participantes y destacó el interés que tiene el Ministerio de salud

● OBJETIVO DE CORTO PLAZO

Ampliar el acceso de las mujeres al aborto legal.

Fecha: martes 2 de junio. Lugar: Hotel Sol de Oro, Miraflores.

Participantes:

- Profesores nacionales y un extranjero, invitados.
- Profesionales proveedores de Salud sexual y salud reproductiva de establecimientos de salud de Lima y de las regiones del país.

en mejorar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, para lo cual es muy importante la colaboración de este grupo médico. Declaró inaugurado el taller.

El doctor Luis Távara, presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la SPOG presentó el taller, la metodología a seguir y describió las generalidades de cada sesión. A continuación invitó a las y los participantes a presentarse ante los demás.

Los temas desarrollados en el taller fueron los siguientes:

- Estrategias para implementar la Guía de Aborto Terapéutico del MINSA.
- Estrategias para incorporar la temática de derechos sexuales y reproductivos y aborto en la formación especialistas.
- Respuestas a considerar frente a preguntas o afirmaciones más frecuentes.
- Funcionamiento de la Red REDASSA en Argentina. Solución de potenciales problemas.
- Implementación de la Red Nacional para facilitar el acceso de las mujeres al aborto legal:

1. Hoy nace la **Red Peruana para apoyar el Acceso al Aborto Seguro**. Sus siglas son REDPAAS.
2. La REDPAAS cuenta con un grupo impulsor que se ha venido reuniendo desde octubre del 2014.
3. Son miembros titulares de REDPAAS los médicos ginecoobstetras y otros profesionales registrados a la fecha. Más adelante se irán incorporando otros miembros, a propuesta de los actuales.
4. REDPAAS cuenta con un Grupo de Coordinación.
5. Las funciones de REDPAAS son:
 - Implementar y mantener una plataforma virtual.
 - Capacitación e intercambio de estrategias.
 - Realizar talleres de clarificación de valores.
 - Hacer vigilancia, registro y recojo de información y seguimiento de casos.
 - Realizar alianzas con otras organizaciones, como los grupos de mujeres y promotores de salud. ●



Inicialmente REDPAAS está constituida por médicos/as ginecoobstetras, con la participación de algunas otras disciplinas.

● CONCLUSIONES

Las y los participantes en el taller consideraron convenientes incluir las siguientes conclusiones:

1. Se crea la Red Peruana para apoyar el acceso al aborto seguro, cuyas siglas son REDPAAS.
2. REDPAAS tiene un grupo impulsor, miembros titulares y un grupo de coordinación.
3. Inicialmente REDPAAS está constituida por médicos/as ginecoobstetras, con la participación de algunas otras disciplinas. Más adelante se irán incorporando nuevos integrantes, a propuesta de sus miembros titulares.
4. REDPAAS brindará apoyo a los servicios públicos para la entrega adecuada de servicios de aborto terapéutico.
5. Los temas de salud sexual y reproductiva y de aborto terapéutico están débilmente incorporados en los currículos de estudios a nivel de pre y post grado.

● RECOMENDACIONES

- Proporcionar apoyo al Ministerio de Salud en la implementación de la Guía Nacional de Aborto Terapéutico.
- Proporcionar apoyo a las mujeres que requieran servicios de aborto terapéutico, a través de la Red
- Realizar sensibilización y capacitación a los profesionales de los establecimientos de salud que deben entregar servicios de aborto terapéutico
- Incorporar a EsSalud en las actividades relacionadas con el aborto terapéutico.
- Hacer prevención de embarazos en las mujeres con enfermedades que representan mayor riesgo para el embarazo.
- Capacitar consejeras.
- Mejorar los registros y reportes de abortos terapéuticos.
- Incorporar al SIS la cobertura de gastos que demande la entrega de servicios de aborto terapéutico.
- Incorporar los temas de salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos y aborto terapéutico en los currículos de estudios de post grado.
- Estar preparados/as con respuestas adecuadas para afirmaciones comunes que se hacen para desalentar los servicios de aborto terapéutico.