

SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Salud Reproductiva¹: Estado de bienestar físico y mental de un individuo, bienestar relacionado con el sistema reproductivo y sus procesos, como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

Derechos Reproductivos²: Aquellos derechos que buscan proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si quieren tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién. Los derechos reproductivos dan la capacidad a todas las personas de decidir y determinar su vida reproductiva.

Aborto Voluntario³: Interrupción voluntaria de un embarazo cuando el saco gestacional es expulsado o retirado del útero durante el primer trimestre del embarazo (de 12 semanas a menos). Según la OMS, hay diversas formas seguras de interrumpir un embarazo sin poner en riesgo la vida y la salud de la mujer⁴.

Mortalidad Materna: Es la mortalidad en mujeres producida por una complicación obstétrica durante el embarazo o parto, o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos. Algunas de las causas básicas pueden ser la hemorragia obstétrica (amenaza de aborto) o embarazo que termina en aborto⁵.

Acceso a Servicios de Salud Reproductiva

Según el último Censo Nacional de Vivienda del año 2007, en el Perú había casi 7.4 millones de mujeres en edad fértil⁶, muchas de las cuales se ven enfrentadas, cotidianamente a la necesidad de planificar su proceso reproductivo. Por otro lado, según la ENDES 2014, la edad promedio de su primera relación sexual es de 18.6 años⁷. Según la misma encuesta sólo el 68.6% de las mujeres en edad fértil tiene acceso a algún seguro de salud y el 74.6% utiliza algún método anticonceptivo (y, específicamente, 52.2% utiliza métodos anticonceptivos modernos, mientras 22.4% utiliza métodos tradicionales (abstinencia periódica, coito interrumpido, y métodos caseros). El 8.6% de las mujeres en edad fértil considera insatisfecha su necesidad de planificación familiar.

El **acceso de las y los adolescentes** sexualmente activos a los servicios de salud sexual y reproductiva se mantiene restringido por una política pública vigente que permite dicha atención en servicios públicos solo en compañía de los padres⁸. Esta política es problemática desde el punto de vista de salud pública, pues muchas/os de los/las que son sexualmente activos no comparten información sobre dicha experiencia con sus padres, y se ven impedidos de acceder a los servicios.

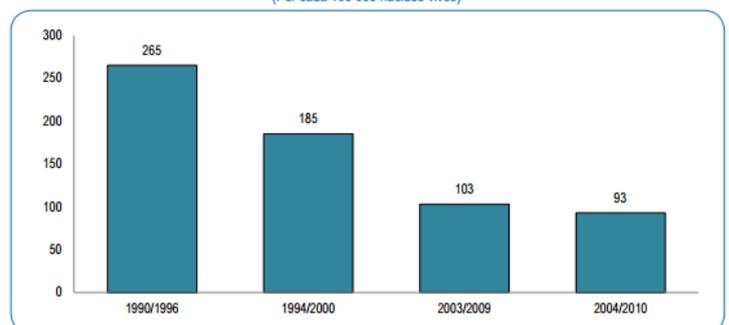
La **Anticoncepción Oral de Emergencia** es un método recomendado por la OMS para su uso en las horas posteriores a una relación sexual sin uso de método anticonceptivo, incluyendo casos de violación⁹. Lamentablemente, como resultado de una controversial acción judicial, se eliminó su distribución gratuita en el año 2009 (hasta la fecha), pero no se afectó su venta en farmacias con receta médica¹⁰, lo que introdujo una clara inequidad en el acceso a este método e imposibilitó de forma efectiva su uso por parte de muchas usuarias potenciales de menores recursos.

En el estudio realizado por el IESSDEH¹¹, vemos que, a menor nivel educativo, se tiene un menor acceso a información sobre cómo evitar embarazos no planificados. Aunque no existen cifras actualizadas sobre el número de mujeres que se someten a un aborto, sí podemos decir que hay evidencias de una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, lo que probablemente supondría un alto número de embarazos no deseados, que llevarían a abortos voluntarios.

Reducción de la Mortalidad Materna

Como menciona la última publicación del INEI¹², uno de los principales indicadores sobre salud reproductiva es la mortalidad materna. Aunque las cifras de mortalidad materna en el Perú han disminuido (para el período 2004-2010), el indicador se ubicaba en 93 muertes por cada 100 000 nacidos vivos¹³, por encima del compromiso de bajar la razón de muerte materna a 66/100,000 asumido por el país (ver figura siguiente). El estimado modelado del Banco Mundial para el 2015, sin embargo, sí era de 68/100,000¹⁴.

Gráfico N° II.6
PERÚ: TASA DE MORTALIDAD MATERNA, 1990 - 2010
(Por cada 100 000 nacidos vivos)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según un estudio del Ministerio de Salud¹⁵, entre las mujeres en edad fértil, las condiciones relativas al embarazo, parto y puerperio constituían la 11ª causa de muerte en 2011, con una tasa de 2.5/100,000 (siendo las infecciones respiratorias agudas bajas la causa más común, con una tasa de 6/100,000). La razón de muerte materna en 2011 estaba por encima del promedio nacional en sierra y selva; así como en adolescentes (15-19 años) y entre los 30 y 39 años; y en los tres quintiles inferiores de pobreza. Los departamentos con mayores cifras eran los de Amazonas, Cajamarca, Huancavelica, La Libertad, Loreto, Pasco, Puno, San Martín y Ucayali. Según el mismo estudio, las principales causas de muerte materna en 2007-2011 fueron: Hemorragias obstétricas (43%); trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio (23%); complicaciones no obstétricas (14%); y embarazos que terminan en aborto (10%). Como causa de muerte materna, las hemorragias obstétricas son más frecuentes que el promedio nacional en la sierra, mientras que la enfermedad hipertensiva gestacional y el aborto lo son en la costa.

Según un estudio de UNFPA-Peru¹⁶, una de las principales causas de muerte de las mujeres en edad fértil son las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sostiene además que las muertes maternas podrían reducirse mucho más, hasta en un tercio, si es que las mujeres accedieran a un anticonceptivo eficaz sin ningún tipo de restricción. En uso de su derecho a decidir sobre su salud reproductiva, las mujeres deberían tener acceso a una amplia gama de servicios de salud reproductiva que incluyan atención del aborto y atención post-aborto.

Aborto Voluntario

El abordaje del aborto voluntario a través de políticas justas y realistas en un marco de derechos humanos y salud pública es un reto. Pese a que está penalizado en el Perú (excepto el llamado aborto terapéutico¹⁷), su prevalencia es elevada. El estudio de Delicia Ferrando¹⁸, realizado hace 15 años, señalaba que se producían más de 300 mil abortos al año en el país; ya fuese mediante métodos seguros (como el AMEU o el uso de Misoprostol), o mediante métodos 'caseros' como la administración oral de sustancias no recomendadas, v.g. yerbas como la ruda o la pepa de palta; infusiones; y compuestos estrogénicos; hasta la introducción vaginal de sustancias u objetos (v.g. sondas o catéteres, palos de tejer, alambres, vías de venoclisis, lejía, agua jabonosa, agua con sal, detergentes, bencina, raíces de yuca, etc.). Asimismo, según el estudio de IESSDEH, 48% de las personas encuestadas declara conocer a alguien que se ha realizado un aborto¹⁹.

En otras palabras, las mujeres abortan, pero solo una fracción de ellas (debido a su edad, condición social o nivel educativo) lo hace con atención profesional en servicios privados. Las demás, tratarán de utilizar servicios clandestinos o actuar solas, buscando información en sus redes o, últimamente, mediante el internet. Utilizando la herramienta *Google Trends*, y haciendo una búsqueda sobre aborto sólo para el año 2015, se observa que un alto número

de personas buscó información sobre "aborto casero". Se observa un aumento del 40% de búsquedas, con respecto al año previo. Con una búsqueda así no acceden a manuales validados con información actualizada. Es simplemente la información disponible, gratuita y neutra, a la que acceden actualmente muchas mujeres peruanas cuando quieren abortar, poniendo en riesgo su vida y su salud.

Utilizando la bioética laica es posible asumir una postura balanceada desde la cual se puede proponer la despenalización y regulación del aborto voluntario. Así, en un análisis de este caso en la realidad chilena, Dides²⁰ muestra que la postura religiosa está en un extremo de una gama de perspectivas éticas que pueden sostenerse frente al aborto con base en el marco legislativo internacional. Como acotara el estudio del IESSDEH¹¹:

"[Las] reflexiones desde la ética... buscan ser compatibles con políticas públicas para un acceso regulado al aborto en el marco más amplio de derechos humanos. Asimismo, la perspectiva de salud pública permite también un abordaje ético complementario desde la perspectiva de reducción de daños. Lamentablemente, (se) adopta una postura maximalista, pues (se) transforma al embrión en 'niño por nacer' y (...) al aborto en asesinato (...). De esta manera, doctrinas de fe se presentan como verdades únicas, incuestionables y necesarias como sustento de la política pública, deslegitimando el aborto en cualquier tipo de circunstancia (incluido el aborto terapéutico). En esta estrategia discursiva se borra sistemáticamente a la mujer embarazada en su calidad de sujeto de derechos inalienables como el derecho a la vida, a la salud, autonomía y capacidad de decisión sobre su cuerpo y su destino".

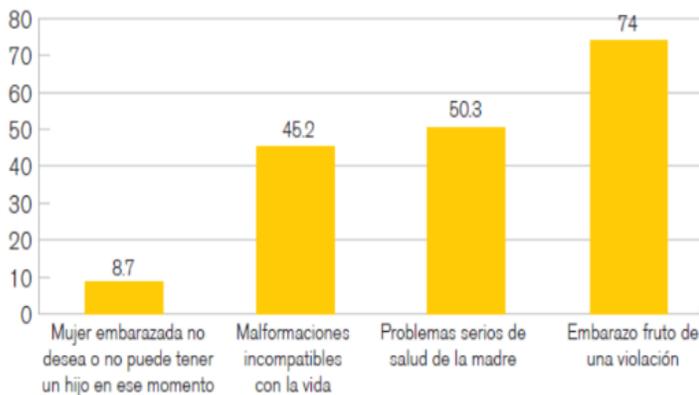
Desde el punto de vista de la salud pública, si bien la prevención del embarazo no deseado es clave y tanto la Educación Sexual Integral como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para todos y todas (incluyendo adolescentes) son cruciales para reducir el número de embarazos no deseados, siempre se producirán algunos casos en que las mujeres deciden no continuar. Frente a ellos, la actual ilegalidad del aborto en el Perú (excepto para abortos terapéuticos), como política disuasiva, no solo no logra prevenirlos sino que termina generando morbilidad y mortalidad, por cuanto el acceso al aborto, para muchas mujeres pobres, implica el uso de servicios clandestinos. Y como la finalidad de la penalización del aborto es justamente disuasiva, la actual política no sólo es inefectiva en su objetivo principal, sino que genera un riesgo permanente para la salud pública; por todo ello, esta política debería ser revisada.

En 2012 la OMS publicó recomendaciones sobre los métodos más efectivos y de menores efectos secundarios para la realización de abortos quirúrgicos (i.e. la aspiración de vacío) o médicos (basados en general en el uso de prostaglandinas como el misoprostol)²¹.

Idealmente, estos servicios deberían estar disponibles en establecimientos públicos de salud, considerándose intervenciones esenciales, reguladas por la autoridad sanitaria. En el camino hacia ello, se debería mejorar la disponibilidad de información, y permitirse el desarrollo de servicios comunitarios seguros. Es de interés que, pese a la ausencia de tales canales, según el estudio del IESSDEH¹¹ la población peruana conoce bastante bien los métodos abortivos: el 51% conoce la aspiración manual endouterina (AMEU), y el 45% conoce el aborto con medicamentos.

Existe una tendencia generacional a una creciente aceptación del aborto. Según un estudio realizado en 2010²², se está incrementando el apoyo al aborto por violación, pues habría pasado del 38% en 2002, al 57% en 2010, dato confirmado por otra investigación²³. En el estudio realizado por el IESSDEH¹¹, al preguntar por la motivación que podría haber para interrumpir un embarazo, un 56.3% señaló como primera opción el que fuese producto de una violación. El 74% de la población encuestada manifestó estar de acuerdo en que una causal para despenalizar el aborto sea la violación sexual. Este último dato es de suma importancia considerando que, como lo muestra la ENDES 2014, somos un país donde la violencia sexual es frecuente: el 2.9% de mujeres unidas manifestaron haber tenido relaciones sexuales contra su voluntad. Asimismo, "el 30,7% de madres con niñas/os de 1 a 5 años de edad declararon alguna forma de violencia física y/o sexual; de este total, el 38,6% manifestó que sus menores hijas/os de 1 a 5 años de edad fueron testigos de la violencia física y/o sexual ejercida por su esposo o compañero"⁷.

Figura 1:
Aceptación de ciertas causales de aborto voluntario por parte del público¹¹



En América Latina se ha iniciado una tendencia hacia la despenalización progresiva del aborto voluntario según varias causales en la región. Este es genéricamente legal en Uruguay, Cuba, Guyana, Puerto Rico y la Ciudad de México. En el Perú el aborto terapéutico se legalizó en 1924, pero sólo se reglamentó en 2014. Nuestro país es uno de varios en los que solo el aborto terapéutico está permitido (como ocurre en Paraguay, Venezuela, el resto de México, Costa Rica, Guatemala y República Dominicana). En Argentina, Brasil, Bolivia y Ecuador el aborto es permitido si es producto de una violación, y en Panamá y Colombia el aborto se permite en caso de feto no viable.

Figura 2:
Países de América Latina según causales de Aborto Legal

PAÍS	Causal			
	Tera-péutico	Emb. por Violación	Feto no viable	Demás causas
Cuba	Verde	Verde	Verde	Verde
Guyana	Verde	Verde	Verde	Verde
México, DF	Verde	Verde	Verde	Verde
Puerto Rico	Verde	Verde	Verde	Verde
Uruguay	Verde	Verde	Verde	Verde
Colombia	Verde	Verde	Verde	Rojo
Panamá	Verde	Verde	Verde	Rojo
Argentina	Verde	Verde	Rojo	Rojo
Brasil	Verde	Verde	Rojo	Rojo
Bolivia	Verde	Verde	Rojo	Rojo
Ecuador	Verde	Verde	Rojo	Rojo
Costa Rica	Verde	Rojo	Rojo	Rojo
Guatemala	Verde	Rojo	Rojo	Rojo
México (resto)	Verde	Rojo	Rojo	Rojo
Paraguay	Verde	Rojo	Rojo	Rojo
Perú	Verde	Rojo	Rojo	Rojo
R. Dominicana	Verde	Rojo	Rojo	Rojo
Venezuela	Verde	Rojo	Rojo	Rojo
Chile	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo
El Salvador	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo
Haití	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo
Honduras	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo
Nicaragua	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo
Surinam	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo

(Fuente: Elaboración Propia).

Recomendaciones para Políticas Públicas

- Garantizar la implementación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral en las escuelas.
- Garantizar un acceso libre (y sin acompañamiento de tutores, en el caso de menores de edad) a servicios de salud sexual y reproductiva, por lo menos cubriéndose la demanda insatisfecha.
- Fortalecer, en los servicios de salud sexual y reproductiva, el componente de salud sexual, mejorando la coordinación con los servicios de ITS y VIH y la consejería en sexualidad.
- Restablecer el acceso libre y gratuito a la Anticoncepción Oral de Emergencia en servicios públicos, a adultos y adolescentes.
- Priorizar el logro de reducciones mayores en la mortalidad materna en el Perú, a partir de la prevención y manejo efectivo de sus principales causas, con atención especial a los sectores más afectados (adolescentes, población más pobre, población de departamentos con elevada Razón de Mortalidad Materna).
- Implementar una Política Nacional sobre el Aborto seria y realista, basada en evidencias, desde una perspectiva de salud pública y de bioética laica, que elimine riesgos innecesarios para la vida y la salud de las mujeres que recurren al aborto.

Referencias bibliográficas

- ¹ Fondo de las Naciones Unidas para Población - UNFPA (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York: UNFPA https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
- ² Jyoti Shankar, Singh (2001). *Un Nuevo Consenso sobre Población. Balance y Propuestas en el Umbral del Siglo XXI*. Icaria Editorial.
- ³ Cunningham, Gary; Kenneth Leveno, et. al. (2013). *Williams Obstetricia*. México D. F.: Mac Graw Hill.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud - OMS (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro de la OMS*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf?ua=1&ua=1
- ⁵ Fondo de las Naciones Unidas para Población- UNFPA (2013). *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
- ⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Primeros Resultados*. Lima: INEI. http://censos.inei.gob.pe/censos2007/documentos/Resultados_CPV2007.pdf
- ⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES*. Lima: INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
- ⁸ Ley General de Salud N° 26842 ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. Cartilla sobre Anticoncepción oral de emergencia <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
- ¹⁰ Acá se puede revisar la sentencia del Tribunal Constitucional <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-AA.html>
- ¹¹ Cáceres, Carlos; et. al. (2015). *Sexualidad y opinión pública en Lima: Percepciones y opiniones acerca de la sexualidad, la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Lima: IESSDEH, UPCH.
- ¹² Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2015). *Perú: Brechas de género. Avances hacia la igualdad entre hombres y mujeres*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1309/Libro.pdf
- ¹³ Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2015). *Perú: Brechas de género. Avances hacia la igualdad entre hombres y mujeres*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1309/Libro.pdf
- ¹⁴ World Bank. Maternal Mortality Ratio, Modelled Estimates. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>
- ¹⁵ Ministerio de Salud (2013). *La Mortalidad Materna en el Perú. 2002-2011*. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
- ¹⁶ Fondo de las Naciones Unidas para Población - UNFPA (2013). *Cartilla sobre salud sexual y reproductiva en el Perú*. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-SSR-Peru.pdf>
- ¹⁷ Artículo 119 del Código Penal
- ¹⁸ Ferrando, Delicia (2006). *El aborto clandestino en el Perú. Revisión*. Lima: CMP Flora Tristán, Pathfinder International, Ford Foundation. <http://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf>
- ¹⁹ IESSDEH, 2015.
- ²⁰ Dides, Claudia (2006). *Aportes al debate sobre aborto en Chile: Derechos, Género y Política*. Acta Bioethica 2006, 12(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200011
- ²¹ Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- ²² Universidad de Lima (2010). *Barómetro social: encuesta anual sobre la situación de la mujer. Provincia de Lima y Callao*. Lima: Universidad de Lima. [http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/\\$file/barometro_social_MAR_2010.pdf](http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/$file/barometro_social_MAR_2010.pdf)
- ²³ Católicas por el Derecho a Decidir (2013). *Religión, sexualidad y política: explorando saberes y actitudes. Ayacucho, Lima, Pucallpa*. Lima: Católicas por el Derecho a Decidir. <http://www.cddperu.org/publicaciones/cdd-per%C3%BA/religi%C3%B3n-sexualidad-y-pol%C3%ADtica>

Elaborado por el equipo del Centro de Investigación Interdisciplinaria en Sexualidad, SIDA y Sociedad (CISSS) de la UPCH. Lima, marzo de 2016.

