

Atención humanizada del aborto inseguro

Los consensos de El Cairo
Monitoreo como práctica
ciudadana de las mujeres

© Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
Parque Hernán Velarde N° 42
Lima 01 – Perú
T: (51 1) 433 1457 – 433 9060
F: (51 1) 433 9500
E-mail: postmast@flora.org.pe
<http://www.flora.org.pe>

© Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC
Simón Bolívar 3798 Ñuñoa
Santiago - Chile
T: (56-2) 2237077
F: (56 -2) 2231066
E-mail: secretaria@reddesalud.org
<http://www.reddesalud.org>

Elaboración de contenidos: Susana Chávez Alvarado
Corrección de estilo y cuidado de edición: Amelia Villanueva Ramirez
Diseño y diagramación: Julissa Soriano Nunja
Fotografía: Archivo Movimiento Manuela Ramos
Impresión: R&R Artes Gráficas Asociados S.A.C.

Primera edición, noviembre 2003
Depósito Legal N° 1501162003 - 6527
ISBN N° 9972 - 610 - 56 - X

Esta publicación cuenta con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas - Nueva York, a través de su proyecto Seguimiento de la Implementación del Programa de Acción de la CIPD en siete países de la región: Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Surinam, como iniciativa promovida por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC (<http://www.koalaweb.cl/reddesalud/sitio/pagina.asp?p=10>).

| | |
|----|--|
| 5 | Introducción |
| 7 | Atención humanizada del aborto inseguro. Susana Chávez Alvarado Tratamiento normativo nacional. Impacto del aborto inseguro en la vida de las mujeres. Impacto del aborto inseguro en los establecimientos de salud. Modernización de la atención posaborto. Avances en el tratamiento del posaborto en los servicios públicos del Perú. Logros. Lo pendiente en el tratamiento del aborto incompleto. |
| 20 | Bibliografía |

Introducción

El aborto sigue siendo un tema insuficientemente tratado y debatido, las condiciones de clandestinidad en las cuales se realiza, dada su ilegalidad, y la falta de servicios de salud que puedan atender exitosamente sus posibles complicaciones, lo constituye en un problema social y de salud pública en el Perú, el cual tiene enormes implicancias y consecuencias negativas para la salud, la vida y el desarrollo de miles de mujeres.

El monitoreo realizado a los acuerdos de El Cairo desde el movimiento de mujeres se planteó conocer los esfuerzos que se venían realizando por mejorar la atención en los sistemas de salud a las complicaciones del aborto inseguro; por ello incluye, como eje de interés, la atención humanizada del aborto incompleto, sobre todo porque en diferentes partes del mundo estas complicaciones eran manejadas con gran éxito mediante la introducción de técnicas modernas de mucha efectividad.

La atención humanizada del aborto incompleto se constituye en una estrategia frontal para salvar la vida de miles de mujeres, especialmente de escasos recursos económicos, y a su vez lograr impacto en la reducción de las altas tasas de muerte materna. Por otro lado, su implementación real sirve como indicador respecto del compromiso de los Estados con la salud y vida de las mujeres; en este sentido, se constituye en una forma para garantizar el derecho de las mujeres de acceder a tecnologías que puedan salvar sus vidas.


A continuación se presenta un análisis de los principales hallazgos en el monitoreo a los acuerdos de El Cairo; dentro de ello los marcos legales, el impacto del aborto inseguro en la vida de las mujeres y en los servicios de salud, así como los esfuerzos desplegados en estos últimos diez años por atender este grave problema en los ámbitos hospitalarios, para finalmente establecer retos a futuro, que estamos seguras permitirán avanzar en la discusión de lo pendiente respecto a las garantías necesarias para el respeto de los derechos humanos de las mujeres.

Atención

humanizada

del aborto

inseguro



Atención humanizada del aborto inseguro

Por: Susana Chávez Alvarado

En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inadecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso del aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. ...Se debe asignar siempre máxima prioridad a los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto... En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad¹.

TRATAMIENTO NORMATIVO NACIONAL

La legislación penal nacional prohíbe todo tipo de aborto. La única excepción no punible es el aborto que se realiza con fines terapéuticos, cuando está en peligro la vida de la madre, pero que también es sumamente restrictivo porque exige de la opinión de una junta médica para llevarse a cabo.

Son consideradas figuras atenuadas del aborto cuando el embarazo es producto de una violación o de una inseminación artificial no consentida, ocurrida fuera del matrimonio. Incluso el aborto eugenésico o por malformaciones congénitas físicas o psíquicas no está exento de punibilidad.

¹ Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994, El Cairo. Párrafo 8.25.

Pese a ser un ilícito penal, el número de denuncias registradas en la Policía Nacional por delito de aborto no guarda relación con el número de abortos estimados por año.

| Año | Número de denuncias por delito de aborto | Número de abortos estimados |
|------|--|-----------------------------|
| 1994 | 750 | 271,115 ² |
| 1997 | 615 | 324,000 |
| 1999 | 586 | |
| 2000 | 640 | |
| 2001 | 454 | |

Fuente. Base de Datos Atenea. Elaboración propia.

En el caso de la atención humanizada del aborto inseguro, no existe normatividad jurídica que obligue a los establecimientos de salud a brindar atención de calidad en casos de aborto permitido. Existen algunas normas con enunciados generales que no han sido desarrolladas ni reglamentadas. Tenemos así que el artículo 29º de la Ley de Política Nacional de Población establece que el Estado debe adoptar medidas apropiadas, coordinadas por el Ministerio de Salud, para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, dando tratamiento médico y apoyo psicosocial a quienes lo hayan sufrido. Asimismo, de los datos se puede observar que el Estado peruano sí viene brindando atención posaborto como parte del paquete de atención.

La Base de Datos Atenea provee información valiosa del estado en que se encuentra la atención del posaborto en los servicios públicos del país. Una referencia muy importante corresponde a las condiciones de la legalidad en que esta práctica desarrolla y la otra a la capacidad de respuesta que tienen los establecimientos para resolver las complicaciones que se derivan de las prácticas clandestinas e inseguras.

La base no sólo reporta leyes restrictivas del aborto, que penalizan a las mujeres³, sino también las obligaciones de los proveedores para denunciar, lo que atenta contra el principio de confidencialidad que todo proveedor debe salvaguardar, obligándolos a que éstos asuman una responsabilidad totalmente ajena a sus funciones, que es la de curar y de prevenir los problemas de salud pública. Antes del año 1997, el personal de Salud no tenía la obligación jurídica de denunciar los casos de aborto. A partir de la promulgación de la Ley General de Salud, publicada en el diario oficial El Peruano el 20 de julio de 1997, se

² Estimado del INEI sobre la investigación de Allan Guttmacher.

³ Si bien es cierto las mujeres son penalizadas, en la mayoría de los casos esta pena no es efectiva, debido a que en el Perú se requiere una pena mayor de cuatro años para que la prisión sea efectiva. Tal como se puede ver, el costo de la penalización no es en sí la cárcel, sino la estigmatización y la marginación en la que viven las mujeres.

establece la responsabilidad penal del personal de Salud que, conociendo del hecho, no lo denuncie ante las autoridades respectivas.

Obligación del personal de los servicios de salud de denunciar los casos de aborto incompleto atendidos

| | |
|------------------|--|
| Brasil | No hay obligación. El Código de Ética Médica protege al profesional que omite la denuncia, basado en el secreto profesional. |
| Chile | Sí existe la obligación. El código de procedimiento Penal, artículos 84° inciso 5 y 201° inciso 2, establecen que el personal de salud está obligado a denunciar los casos de aborto. La norma sobre secreto profesional únicamente exime de la obligación de declarar en juicio sobre aquello que les ha sido confiado. |
| Colombia | No hay una obligación expresamente señalada. Sin embargo, al tratarse de una práctica ilegal, el personal de salud no está exento de la obligación jurídica que tiene todo ciudadano de denunciar los hechos delictivos de los que tenga conocimiento. |
| México | Baja California Sur: no hay obligación expresa. Oaxaca: de acuerdo al artículo 8° del Código Penal, toda persona que tenga conocimiento de la comisión de un delito está obligado a denunciarlo y el aborto es delito. Yucatán: no existe la obligación. Distrito Federal: no existe la obligación. |
| Nicaragua | Cualquier persona tiene el deber de denunciar la comisión de un delito sobre el cual tenga conocimiento. No hay obligación expresa para el personal de salud. |
| Perú | El médico que brinda atención a una persona por causa de aborto criminal está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente. |
| Surinam | No hay obligación. |

Fuente Base de Datos Atenea. Elaboración propia.

Otro de los mecanismos que se ha pretendido imponer a través de los proveedores, es la aplicación de la objeción de conciencia irrestricta; es decir, sin ningún compromiso por parte del Estado para garantizar la atención de las personas en asuntos que pueden ser debatidos moralmente, tal es el caso del tratamiento de las complicaciones de un aborto inducido. Afortunadamente, esta propuesta de ley no fue aprobada, garantizando hasta la fecha la atención sin restricciones de carácter moral.

Finalmente, tal como señalan los indicadores, aunque la despenalización siga estando aún lejana para las mujeres, hay avances sustantivos en la atención humanizada del posaborto, que deben ser fortalecidos y extendidos a nivel nacional.

IMPACTO DEL ABORTO INSEGURO EN LA VIDA DE LAS MUJERES

Se estima que en el Perú ocurre aproximadamente 350,000 abortos clandestinos al año, de los cuales como promedio pueden complicarse alrededor del 30%; y si bien es cierto el riesgo de complicación ha

disminuido significativamente con respecto a 1994 (47.4%)⁴, las consecuencias del aborto inseguro siguen impactando de manera alarmante en la salud de las mujeres, incrementando hasta en un 30% la mortalidad materna⁵.

Diversas investigaciones señalan que el aborto inducido, dependiendo del acceso a los servicios de salud, al equipamiento con que éstos cuentan y al entrenamiento de los y las proveedoras, puede constituirse en una práctica segura, cuyo riesgo de complicación severa sólo asciende al 0.4%⁶. Sin embargo, en países en donde casi la totalidad de abortos inducidos ocurren en condiciones de clandestinidad, existe un alto riesgo, debido a que las mujeres se ven obligadas a recurrir a servicios inseguros, ocasionándoles altas probabilidades de enfermedad y muerte.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 95% de los abortos inseguros ocurren en países en desarrollo. A nivel mundial se calcula que hay un aborto inseguro por cada 7 nacimientos; sin embargo, en América Latina habría un aborto inseguro por cada tres nacimientos⁷. Las diferencias también son evidentes en cada país, pues es bastante conocido que el aborto afecta principalmente a las más pobres. En el Perú se calcula que el 44% de mujeres extremadamente pobres sufrirán de complicaciones a causa del aborto inseguro, y sólo en el 5% de mujeres con mayores recursos⁸; por lo que se considera que la ilegalidad termina constituyéndose en un asunto de injusticia social.

En 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) recoge también esta problemática y propone las mismas estrategias: a) La prevención del embarazo no deseado; b) el mejoramiento del tratamiento de las complicaciones del aborto; y c) la garantía de acceso a servicios de aborto seguro y legal; renovando con ello el compromiso de los Estados en la disminución del aborto inseguro. Un aporte específico de esta Conferencia fue el desarrollo del concepto de atención posaborto, que se propone ser abordado desde una perspectiva integral, al vincular el tratamiento de urgencia de las complicaciones del aborto incompleto con otros servicios de salud reproductiva, particularmente con la planificación familiar.

⁴ Se sostiene que la disminución se debe al uso de mejores técnicas de inducción del aborto. El uso de prostaglandínicos y antibióticos y de una mayor calificación profesional. Ferrando D. Flora Tristán y Pathfinder Internacional 2002.

⁵ Sólo se han estudiado una cuantas causas de muerte materna y las cifras que se conocen sólo corresponden a estimaciones debido al subregistro del 50% de defunciones (Languer A. INSP- México). Es altamente probable que la ilegalidad incremente dicho subregistro.

⁶ IPAS, Adelantos en el Tratamiento del Aborto. Vol. 3, Número 2. 1994.

⁷ WHO. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2003.

⁸ Ferrando D. Aborto Clandestino en el Perú, Hechos y Cifras. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. 2002.

IMPACTO DEL ABORTO INSEGURO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La atención del aborto incompleto, sea éste complicado o no, tiene un gran peso para los servicios de salud. En el Perú, entre los años 1999 y 2002, se han registrado alrededor de 128,000 atenciones (32,000 por año) por aborto incompleto, cifra que responde al 11% de hospitalizaciones por razones obstétricas.

El alto número de mujeres que presentan abortos incompletos exige que cualquier establecimiento destine una buena parte de sus recursos humanos y materiales. En un estudio nacional realizado por Li y Ramos⁹ se determinó que para ese entonces (1993) el costo de cada atención por aborto incompleto en el Hospital de la Maternidad de Lima ascendía a 138 dólares, lo que para el año le significó un monto cercano a 646,000 dólares; es decir, 13% de su presupuesto total.

Otros estudios señalan que el tratamiento de las complicaciones del aborto en servicios que no se han modernizado –los que continúan con atención focalizada en los grandes hospitales, incluyen dentro de su atención la hospitalización y utilizan instrumental quirúrgico–, sus costos pueden consumir hasta el 60% de los recursos de los servicios de obstetricia –Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de Bolivia, 1976; Liskin, 1980–¹⁰.

MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN POSABORTO

Tal como ha sido la práctica establecida durante muchos años, la atención del aborto incompleto ha estado circunscrita a establecimientos de mediana y alta complejidad –hospitales materno infantiles, hospitales generales, y los hospitales especializados–, al internamiento de las mujeres entre uno y tres días como rutina, a intervenciones en salas quirúrgicas, al uso de la anestesia total o parcial y al uso indiscriminado de antibióticos, que no sólo encarece los servicios sino también los hace menos accesibles a las mujeres.

El desarrollo de un nuevo abordaje en el tratamiento del aborto incompleto, empieza en el Perú en los años 90 y hay dos hechos que marcaron su inicio: a) La atención ambulatoria del aborto incompleto; y b) la introducción de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), que luego se han ido integrando como componentes de la atención.

⁹ Li D. y Ramos V. Costo Social y Económico en Mujeres de Contextos Diferentes. En: Aproximaciones al Aborto. Sumbi & Population Council. 1993. Perú.

¹⁰ Tomado de http://www.who.int/reproductive-health/publications/Spanish_RHT_97_20/RHT_97_20_6.sp.html.

1. Atención ambulatoria del aborto incompleto

Empieza como experiencia pionera en el Hospital María Auxiliadora, al sur de Lima. Esta experiencia fue conducida por el Dr. Luis Távara, como Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de dicho hospital. La experiencia se inició con el análisis del costo de este tipo de atención para el establecimiento, debido al número de camas ocupadas y los recursos que ello implicaba (gastos de enfermería, alimentación, visita médica, etc.), a lo que se agregaba la consideración del costo para las propias mujeres que tenían que dejar su hogar y su actividad laboral. Según testimonio del Dr. Távara, el alto costo también hacía que las mujeres posterguen su atención, lo que muchas veces acarrearán complicaciones que pudieron ser controladas con una oportuna atención.

Estudios e investigaciones realizados en los últimos 20 años señalan que el tratamiento del aborto en régimen ambulatorio resulta más eficaz que la atención hospitalaria, y sus ventajas están referidas principalmente a la reducción de los tiempos de espera de las mujeres y al uso de procedimientos más simplificados que no requieren de anestesia y/o sedación profunda¹¹. Al establecer el tratamiento ambulatorio también se permite la posibilidad de que el aborto incompleto sea atendido en establecimientos de menor complejidad, como en los centros de salud, por ejemplo, lo cual sería un gran aporte no sólo en la descentralización de los servicios sino en el acceso para las mujeres.

La consideración de que el aborto puede atenderse de manera ambulatoria tardó mucho tiempo. No sólo se necesitó demostrar evidencias científicas sino que se mantuvo por varios años como experiencia demostrativa del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital María Auxiliadora. Estudios posteriores como los de Dina Li y Virgilio Ramos (1993) y la desarrollada en la Maternidad de Lima¹² y en el Hospital Alcides Carrión del Callao¹³, contribuyeron que a finales de la década del 90 recién se inicie la extensión de la atención ambulatoria como una forma de atender el aborto incompleto no complicado.

En la actualidad, la atención ambulatoria del aborto se viene aplicando en 50 hospitales, en 18 de las 24 regiones que existen a nivel nacional¹⁴.

¹¹ Brooke J. y col. Reduciendo el uso de recursos y mejorando la calidad del tratamiento del aborto incompleto con la AMEU. IPAS, Adelantos del tratamiento del aborto incompleto. Volumen 2, Número 2/1992.

¹² Experiencia desarrollada con el apoyo técnico y financiero de Pathfinder.

¹³ Experiencia desarrollada con el apoyo técnico y financiero de IPAS.

¹⁴ Información proporcionada por Pathfinder Internacional, quienes vienen apoyando las acciones de atención de emergencias obstétricas. Esta experiencia se inició con el Proyecto Atención Integral del Aborto Incompleto, desarrollado en convenio con la Dirección Materno Perinatal del Ministerio de Salud.

2. Introducción de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Las normas utilizadas por el Ministerio de Salud consideran que para la evacuación quirúrgica del contenido endouterino hay tres técnicas:

a) Legrado Uterino: (donde se tenga la disponibilidad de la técnica de aspiración manual endouterina) se reservará el legrado para abortos infectados, para luego de la expulsión de un aborto frustrado y casos de abortos en cesareadas previas. Si no se dispone de otros métodos, el legrado será el método de elección para la evacuación uterina en abortos no complicados. Su uso no indicado o la ausencia de cuidados puede tener complicaciones como la perforación del útero y las adherencias endouterinas.

b) Aspiración Manual Endouterina: (donde esté disponible) indicado en todos aquellos abortos no complicados con tamaño uterino menor a 12 cm.

c) Aspiración Eléctrica Endouterina: (donde esté disponible) para aquellos abortos no complicados con tamaño del útero mayor a 12 cm. Por ejemplo, en el Hospital Daniel Alcides Carrión se utiliza un 90 por ciento la técnica de Aspiración Manual Endouterina y en un 10 por ciento el Legrado Uterino.

Las primeras referencias de la atención posaborto corresponden al siglo XIX. Desde aquella época ya se usaban algunas variaciones de aspiración endouterina para procedimientos ginecológicos. Desde hace 30 años, en países desarrollados, la AMEU viene siendo la principal técnica que se utiliza para el vaciado del útero y hay evidencias totalmente comprobadas de su alta eficacia y seguridad, a diferencia de lo que el Legrado Uterino Instrumental (LUI) puede ofrecer¹⁵. Estudios comparativos señalan que las tasas de complicaciones severas más comúnmente asociadas con la evacuación uterina corresponden a pérdida excesiva de sangre, infección pélvica, lesión cervical y perforación uterina. Este tipo de complicaciones se reduce a la mitad cuando se hace uso de la AMEU.

Comparación de tasas de complicaciones de la aspiración con las del legrado instrumental en el aborto inducido

| Complicaciones por 100 procedimientos | | |
|---------------------------------------|-------|--------|
| Procedimiento | Total | Severa |
| Aspiración | 5.0 | 0.4 |
| Legrado instrumental | 10.6 | 0.9 |

Grimes y col (1977). Definieron la "tasa total de complicaciones" como el % de mujeres que presentaron una o más complicaciones de cualquier tipo o gravedad. Grimes definió la "tasa de complicación severa" de cualquier tipo como el % de mujeres que presentan una o más de entre 15 complicaciones graves.

Fuente: IPAS, Volumen 3, N° 2/1994

¹⁵ IPAS. Resumen de la Experiencia clínica y programática con la aspiración manual endouterina. Adelantos en el Tratamiento del Aborto. Volumen 3, Número 2/1994.

La AMEU es una técnica rápida, sencilla y segura usada tanto para el tratamiento del aborto incompleto como la realización de biopsias endouterinas. Las ventajas de la AMEU incluyen su utilización fuera de las salas de cirugías; requiere sólo anestesia local, es de corta duración y demanda menos recursos hospitalarios.

3. Articulación con otros servicios de atención

Las mujeres que recurren a los establecimientos de salud a causa de un aborto incompleto, presentan por lo general un conjunto de necesidades de atención que no han sido previamente satisfechas, entre las que se encuentran desde la falta de anticoncepción, hasta atención de la violencia doméstica. Sin embargo, los avances que se han dado en la articulación de los servicios todavía son muy recientes y lo más desarrollado corresponde principalmente al campo de la planificación familiar.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, 1994, dentro del Plan de Acción para enfrentar las graves consecuencias de los abortos inseguros, estableció la necesidad no sólo de tratar las complicaciones del aborto sino de facilitar a las mujeres asesoramiento y servicios de planificación familiar posaborto. Esta recomendación se refrendó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

Las mujeres que pasan por un aborto, al cabo de dos semanas pueden recuperar nuevamente su fertilidad, por lo que hay un alto riesgo de que la mujer enfrente nuevamente un embarazo no deseado y con ello un aborto inseguro. Según el informe de expertos reunidos en Bellagio, Italia, la planificación familiar es uno de los elementos claves de la atención del posparto y su vinculación es de enorme beneficio para la salud de la mujer¹⁶. En esta reunión de trabajo se concluyó que los servicios están éticamente obligados a poner fin a la separación del tratamiento del aborto incompleto y de la planificación familiar y que incluso en contextos de leyes restrictivas de aborto, las mujeres que han enfrentado el aborto deben tener acceso a una variedad de métodos anticonceptivos, la cual tiene que estar respaldada por información y consejería¹⁷.

¹⁶ Wolf M, Benson J. Meeting women's needs for postabortion family planning. Report of a Bellagio Technical Working Group. *Int J Gynecol Obstet* 1994;45 (Suppl):S3-33.

¹⁷ <http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6issues/6network/v17-4/v17-4.htm#6>

Sin embargo, a pesar de estas conclusiones y mandatos, a nivel mundial, las mujeres que reciben atención posaborto tienen pocas oportunidades de recibir consejería y atención en planificación familiar. En Vietnam, de un total de 500 mujeres que fueron atendidas por posaborto, más de la mitad afirmaron que no habían recibido ninguna información acerca de la planificación familiar. En Ghana, en una encuesta de 29 mujeres internadas en hospitales del distrito, reveló que a 25 de ellas no se les dijo en ningún momento que podían quedar embarazadas tan pronto volvieran a tener relaciones sexuales, y sólo a una se le indicó dónde podía obtener anticonceptivos. En Oaxaca, México, en una encuesta de 132 mujeres que recibieron atención posaborto, el 58% no fueron informadas sobre planificación familiar y del 42% que recibió información, el 70% eligió un método, pero menos de la mitad recibieron el método que deseaban.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL POSABORTO EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DEL PERÚ¹⁸

En 1996, la Dirección de Programas Sociales y de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, junto con Pathfinder Internacional, quienes brindan asistencia técnica, desarrollaron el “Proyecto de Atención Integral Posaborto en Hospitales del País”, con lo que se busca brindar atención oportuna y de calidad a las mujeres que acuden a los hospitales por complicaciones derivadas de un aborto.

La Atención Integral Posaborto se fundamenta en una atención humanizada del aborto incompleto en los establecimientos de salud del sector público y ello implica: la atención ambulatoria de los casos de aborto incompleto no complicado, la introducción de la AMEU y la integración del servicio posaborto con el servicio de planificación familiar.

El desarrollo del Proyecto incluyó como parte de su enfoque un fuerte componente de capacitación a los proveedores, con el fin de lograr un cambio de actitud respecto a la problemática del aborto y mejorar las condiciones en la atención oportuna y de calidad a las mujeres que enfrentan un aborto.

¹⁸ Información obtenida de reportes, informes y presentaciones de Pathfinder Internacional.

LOGROS

Extensión del Proyecto Tratamiento del Aborto Incompleto a nivel nacional: a la fecha, el Proyecto se desarrolla en 50 hospitales del Perú, en 18 de las 23 regiones, de los cuales 26 están ubicados en la costa, 13 en la sierra y 11 en la selva.

Hasta el año 2002 este Proyecto ha logrado capacitar a un total de 1,074 profesionales, de los cuales hay 366 médicos, 389 obstetrices y 319 enfermeras.

Reducción del tiempo de estancia hospitalaria por complicaciones del aborto: en un estudio realizado en octubre de 1995 se encontró que el tiempo promedio de estancia hospitalaria de las pacientes posaborto tratadas con Legrado Uterino Instrumental (LUI), fue de 44 horas, pero con la intervención esta estancia se redujo a 4.8 horas. Esta reducción de tiempo ha permitido un ahorro del 80% de los costos que inicialmente tenía; es decir, de 84.11 dólares, bajó a 16.30 dólares con la AMEU, y a 16.70 dólares con el Legrado Uterino Instrumental (LUI).

Introducción de la técnica de AMEU: la AMEU, como técnica a utilizar para el tratamiento del aborto incompleto, año a año se viene incrementando, mientras que el uso del LUI va disminuyendo progresivamente. En los cinco años de ejecución del proyecto se ha logrado a la fecha (2002) que el 50% de los abortos incompletos sean atendidos con la técnica de AMEU, lo que implica una reducción del 50% de posibles complicaciones a causa del tratamiento recibido.

Cobertura de métodos anticonceptivos en mujeres atendidas por aborto incompleto: el incremento del uso de anticonceptivos en las mujeres atendidas por aborto incompleto también ha sido evidente. En 1997, previo a la intervención, la cobertura de planificación familiar en egresadas por el tratamiento de aborto, apenas alcanzaba al 29%. Al año 2001 esta cobertura alcanza el 57%, con un incremento del 100%.

Desarrollo de Protocolos de atención: el 60% de establecimientos en donde el Proyecto ha intervenido, ha incorporado en sus Manuales de Normas y Procedimientos Gineco-Obstétricos la atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado y la técnica de AMEU. Antes que el Proyecto intervenga, se encontró que ningún establecimiento

¹⁹ A. Guzmán, D. Ferrando, L. Tuesta. Tratamiento del Aborto Incompleto: Aspiración Manual Endouterina versus Legrado Uterino en el Instituto Materno Perinatal de Lima, Perú. Octubre, 1995.

intervenido había considerado la atención ambulatoria del aborto incompleto y el 48% de los establecimientos no contaban con Normas ni Protocolos de Atención para la atención de las complicaciones del aborto.

LO PENDIENTE EN EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO

1. A la fecha, la técnica de AMEU no ha sido institucionalizada por el Ministerio de Salud como componente del programa de atención en salud reproductiva, lo que la hace vulnerable de intervención, a pesar del tiempo y de los resultados demostrados, debido a que se hace totalmente dependiente de la voluntad política del ministro de turno y dependiente de la cooperación internacional, pudiendo poner en riesgo todo lo avanzado.
2. La ampliación de la atención del aborto incompleto a establecimientos hospitalarios de menor nivel de atención. El tratamiento del aborto incompleto en el Perú no sólo ha demostrado que puede hacerse de manera ambulatoria y con una técnica sencilla, capaz de ser manejada por profesionales no especializados, pero sí entrenados (médicos generales, obstetrices, enfermeras). Esto permitiría que el aborto incompleto pueda ser atendido en los establecimientos tipo centros de salud. La descentralización sería posible si se cuenta con personal capacitado, suministros y equipos. Ello no sólo haría más eficiente la red de servicios sino que permitiría a las mujeres un mayor acceso en el momento más oportuno y habrían mejores condiciones para ligar la atención posaborto, con otras intervenciones, como la planificación familiar, por ejemplo, y habría mayores posibilidades de hacer un mejor acompañamiento a la mujer en el cuidado de su salud reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

A. Guzmán, D. Ferrando, L. Tuesta. Tratamiento del Aborto Incompleto: Aspiración Manual Endouterina versus Legrado Uterino en el Instituto Materno Perinatal de Lima, Perú. Octubre 1995.

Brooke J. y col. Reduciendo el uso de recursos y mejorando la calidad del tratamiento del aborto incompleto con la AMEU. IPAS Adelantos del tratamiento del aborto incompleto. Volumen 2, Número 2/1992.

Ferrando D. Aborto Clandestino en el Perú, Hechos y Cifras. CMP Flora Tristán y Pathfinder Internacional 2002.

Forrest C. y colaboradores, Resumen de la Experiencia clínica y programática con la aspiración manual endouterina.

http://www.safemotherhood.org/init_contents.htm

http://www.who.int/reproductive-health/publications/Spanish_RHT_

http://www.who.int/reproductive-health/publications/Spanish_RHT_97_

<http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6issues/6network/v17-4/v17-4.htm#6>

Li D. y Ramos V. Costo Social y Económico en Mujeres de Contextos Diferentes. En: Aproximaciones al Aborto. Sumbi & Population Council. 1993. Perú.

Margolis A. y col. Manejo del Dolor para el Tratamiento del Aborto Incompleto con Aspiración Manual Endouterina (AMEU). IPAS, Volumen 3, N° 1, 1997.

Rivero M. y col. Epidemiología. Clínica y costo hospitalario del aborto. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2000. Argentina.

Reportes, informes y presentaciones de Pathfinder Internacional no publicados.

WHO. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2003.

Wolf M., Benson J. Meeting women's needs for postabortion family planning. Report of a Bellagio Technical Working Group. Int J. Gynecol Obstet 1994;45 (Supl):S3-33.

La Vigilancia Social incluye el derecho a la participación ciudadana y la obligación a rendir cuentas por parte del Estado.



Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
Parque Hernán Velarde Nº 42 / Lima 01 – Perú
T: (51 1) 433 1457 – 433 9060 / F: (51 1) 433 9500
E-mail: postmast@flora.org.pe
<http://www.flora.org.pe>



Red de Salud
de las Mujeres
Latinoamericanas
y del Caribe
RSMLAC

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC
Simón Bolívar 3798 Ñuñoa / Santiago - Chile
T: (56-2) 2237077 / F: (56 -2) 2231066
E-mail: secretaria@reddesalud.org
<http://www.reddesalud.org>