



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Távora, Luis; Cárdenas, Balbina; Becerra, César; Calderón, Guillermo; Panta, Doris Carmen; Esteban, Isabel; Luyo Vallejos, Néstor; Neves, Mercedes; Pérez, Marco; Pinto, Nélida; Saldarriaga, Guadalupe;

Sánchez, Amadeo; Santiváñez, Raúl; Silva, Carlos; Vargas, José Luis

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR REQUIERE ATENCIÓN ESPECIAL COMO ESTRATEGIA PARA
REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 57, núm. 3, 2011, pp. 181-191

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428201007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ARTÍCULO ESPECIAL SPECIAL ARTICLE

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR REQUIERE ATENCIÓN ESPECIAL COMO ESTRATEGIA PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA

Resumen

Objetivos: Socializar y discutir las investigaciones recientes sobre el estado actual de los servicios de planificación familiar y su relación con las cifras de mortalidad materna a fin de consensuar una propuesta guía para su uso en el sector público. **Metodología:** Se convocó tres Foros Regionales con la participación de un grupo de expertos a nivel nacional y un grupo de expertos a nivel de cada una de las tres regiones involucradas en la intervención (Arequipa, Piura y Ucayali). Se consensuó el contenido temático y la metodología a seguir en el desarrollo del evento. Los contenidos se centraron en: una revisión de los Derechos Sexuales y Reproductivos, los resultados de la Encuesta ENDES 2010, las cifras de mortalidad materna recientemente procesadas por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, la evaluación de la mortalidad materna, la planificación familiar y de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza a nivel regional. Cada uno de estos contenidos fue expuesto por los expertos y después se abrió un espacio para preguntas, respuestas, opiniones, comentarios y críticas, luego de las cuales se sucedieron aportes y propuestas. **Resultados:** Hubo una amplia participación de los representantes de muchas instituciones luego de lo cual se pudo obtener que existen evidentes avances en lo referente a salud sexual y reproductiva, particularmente en la atención prenatal, atención institucional del parto y otras intervenciones obstétricas que han permitido reducir la Razón de Muerte Materna en los últimos 10 años; sin embargo existen brechas a superar en la atención obstétrica entre los grupos vulnerables y en las actividades de planificación familiar, dado que la fecundidad no ha bajado según el deseo de las mujeres, las adolescentes se siguen embarazando en cifras altas, hay un número importante de embarazos no deseados y como consecuencia las cifras de aborto inseguro son alarmantes. **Conclusión:** Si se produce un fortalecimiento de las actividades de planificación familiar podemos cumplir con las metas del milenio en relación al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sin discriminación y reducir aún más la razón de mortalidad materna.

Palabras clave: Planificación familiar, anticoncepción, mortalidad materna, razón de muerte materna.

Family planning requires special attention as strategy to reduce maternal mortality

ABSTRACT

Objectives: To socialize and discuss recent investigations on the current status of family planning services and their relationship with maternal mortality figures in order to reach consensus on a guide proposed for use in the public sector. **Methods:** Three Regional Forums were organized with participation of a group of experts at national

level and a group of experts at each of the three regions involved in the intervention (Arequipa, Piura y Ucayali). Consensus on thematic content and event development methodology was obtained. Contents centered on: Sexual and Reproductive Rights review, ENDES 2010 Survey results, maternal mortality figures recently processed by the Epidemiology General Direction of the Ministry of Health, evaluation of ma-

DR. LUIS TÁVARA ¹, OBST. BALBINA CÁRDENAS ², DR. CÉSAR BECERRA ³, DR. GUILLERMO CALDERÓN ⁴, MAG. DORIS CARMEN PANTA ⁵, SRA. ISABEL ESTEBAN ⁶, OBST. NÉSTOR LUYO VALLEJOS ⁷, DRA. MERCEDES NEVES ⁸, DR. MARCO PÉREZ ⁹, DRA. NÉLIDA PINTO ¹⁰, SRA. GUALUPE SALDARRIAGA ¹¹, DR. AMADEO SÁNCHEZ ¹², DR. RAÚL SANTIVÁÑEZ ¹³, DR. CARLOS SILVA ¹⁴, MAG. JOSÉ LUIS VARGAS ¹⁵

¹ Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

² Promsex

³ Hospital Regional de Ucayali

⁴ Subdirector Regional de Salud, Arequipa

⁵ Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, DIRESA Piura

⁶ Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, Ucayali

⁷ Dirección Regional de Salud, Ucayali

⁸ Foro Regional por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Arequipa

⁹ Hospital Regional Honorio Delgado, INPPARES, Arequipa

¹⁰ Instituto Materno Perinatal

¹¹ Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, MIMDES, Piura

¹² Instituto Materno Perinatal

¹³ Hospital Militar Regional del Norte, Piura

¹⁴ Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

¹⁵ Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, Arequipa.



ternal mortality, family planning and Compromise Round Table for Fighting Poverty at regional level. Contents were exposed by experts followed by a space for questions, answers, opinions, comments and criticism, contributions and proposals.

Results: There was ample participation of representatives of various institutions that led to acknowledging evident advances in sexual and reproductive health, particularly in prenatal care, institutional delivery care and other obstetrical interventions that have permitted Maternal Death Rate reduction in the last 10 years. Nevertheless there are gaps to get over in obstetrical care in vulnerable groups and in family planning activities as fecundity has not decreased according to women's wish, adolescent girls continue getting pregnant at high figures, there is an important number of unwanted pregnancies and as a result unsafe abortion figures are alarming. **Conclusions:** By strengthening family planning activities we should fulfill millennium goals referred to sexual and reproductive health services access without discrimination thus reducing even more maternal mortality rates.

Key words: Family planning, contraception, maternal mortality, maternal death rate.

INTRODUCCIÓN

Los Comités de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG, de la SPOG y PROMSEX, durante los últimos años han tenido afortunadas coincidencias en su compromiso con la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) de las mujeres de América Latina y en particular del Perú. Dentro de ese marco han venido realizando actividades conjuntas a nivel nacional, regional y local, con el propósito de contribuir al cumplimiento de los Objetivos del Milenio.

En ese sentido se han desarrollado actividades conjuntas de promoción de la salud sexual y reproductiva (SSyR) y de apoyo (*advocacy*), a nivel de los tomadores de decisiones. Las tres insti-

tuciones se han comprometido en la defensa del derecho de las mujeres a:

- Una maternidad sin riesgo
- Una vida sexual libre de violencia
- Acceso a los métodos anticonceptivos, en especial la AOE
- Acceso a la interrupción del embarazo dentro de lo que estipula la ley
- Información sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos
- Acceso a servicios de SSyR.

Existen en el país un conjunto de establecimientos de salud con quienes se ha venido desarrollando actividades de promoción de los DSyR, así como empoderamientos de las mujeres en la defensa de su Salud Sexual y Reproductiva. Durante el año 2010 se han tenido encuentros regionales en Pucallpa, Piura y Arequipa sobre el estado de la Anticoncepción en el Perú, de los cuales se desprendieron interesantes documentos regionales y nacionales ⁽¹⁾.

Con base en estas experiencias, se programó en esta intervención convocar a los/las integrantes de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), integrantes de las filiales de la SPOG a nivel de las regiones, de la Dirección Regional de Salud, del Colegio Médico, otros colegios profesionales, de los hospitales y facultades de medicina locales a reflexionar en foros de discusión y tomar posición sobre el estado de la anticoncepción en el Perú y sus repercusiones sobre la mortalidad materna y perinatal.

MÉTODOS

El propósito de estos Foros fue generar consensos que conlleven un posicionamiento sobre una propuesta de las instituciones participantes en materia de planificación familiar, que contribuya a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Los objetivos fueron:

- Socializar las investigaciones recientes sobre el estado actual de los servicios de planificación familiar y las perspectivas de renovación de la oferta anticonceptiva.
- Discutir el reporte del programa estratégico Materno Neonatal de la Mesa de Concertación de la Lucha contra la pobreza a nivel de las regiones.
- Socializar los avances y limitaciones en el trabajo de anticoncepción, mortalidad materna y perinatal, realizado en el país y en las regiones, y consensuar una propuesta guía para su uso en el sector público.

Para poder cumplir con estos objetivos se convocó tres Foros Regionales, con la participación de un grupo de expertos a nivel nacional y un grupo de expertos a nivel de cada una de las tres regiones involucradas en la intervención (Arequipa, Piura y Ucayali). Se consensuó el contenido temático y la metodología a seguir en el desarrollo del evento.

Los contenidos se centraron en: una revisión de los Derechos Sexuales y Reproductivos, los resultados de la Encuesta ENDES 2010 ⁽²⁾, las cifras de mortalidad materna recientemente procesadas por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, la eva-



luación de la mortalidad materna, la planificación familiar y de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza a nivel regional. Cada uno de estos contenidos fue expuesto por los expertos y después de cada dos presentaciones se abrió un espacio para preguntas, respuestas, opiniones, comentarios y por qué no decir críticas, luego de las cuales se sucedieron aportes y propuestas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los tres Foros Regionales hubo una amplia participación de diferentes instituciones: Representantes de los Gobiernos Regionales, Direcciones Regionales de Salud, Municipios, Establecimientos de Salud, Colegios Profesionales, Mesa de Concertación para la Lucha Contra La Pobreza, Universidades, Filiales de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y representantes de las organizaciones de la sociedad civil. Todos los participantes aportaron con su experiencia y con importantes preguntas, comentarios y propuestas. Examinaremos brevemente la forma en que se realizaron los Foros a nivel general y luego las discusiones específicas a nivel regional.

En primer lugar los participantes reconocieron que los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte de los Derechos Humanos, de conformidad con la Conferencia de Población y Desarrollo, El Cairo 1994 ⁽³⁾ y de la Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing 1995 ⁽⁴⁾, y como tal son derechos inalienables e irrenunciables. En concordancia con estos acontecimientos internacionales se definió la salud sexual como el derecho a disfrutar de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; esto es, libre

de enfermedad, lesiones, violencia, discapacidad, dolor innecesario o riesgo de muerte y se definió salud reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Los participantes afirmaron que, no obstante los avances logrados en salud sexual y reproductiva y las diferentes reformas llevadas a cabo, aún no se ha terminado de entender qué hombres y mujeres presentan diferencias en salud, puesto que se mantiene la desigualdad, exclusión o discriminación en perjuicio de las mujeres; ellas tienen más necesidad de servicios, por su biología y la carga que representa su función reproductiva, que las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables (particularmente en lo referente a mortalidad materna) y que la pobreza afecta la salud. Es por eso que se admite, en relación a los derechos sexuales y reproductivos, que quedan aún brechas importantes por resolver en las mujeres más pobres, menos educadas, adolescentes, de áreas rurales y pertenecientes a determinadas etnias que las mantienen en exclusión.

En relación a la violencia física y sexual, cerca de 40% de las mujeres peruanas sufre agresiones de parte de sus parejas a lo largo de su vida y otro 18% la padecen de personas diferentes a sus parejas, lo cual nos posiciona como una sociedad terriblemente violenta y agresora de los derechos humanos. Las mujeres de Ucayali son agredidas en un 33% por sus parejas, las de Piura en un 40% y las de Arequipa en un 41,6%, que representan una proporción cercana a la media nacional ⁽²⁾.

La violencia contra las mujeres afecta severamente su salud y su vida. Esta agresión es capaz de desencadenar homicidio, suicidio, muerte materna y muerte derivada del HIV/sida. De otro lado, la violencia puede comprometer la salud física en general, la salud mental, producir lesiones y discapacidades crónicas y problemas en la salud sexual y reproductiva, como disfunciones sexuales, dolor pélvico crónico, aborto espontáneo, parto prematuro, peso bajo al nacer y otras afecciones ⁽⁵⁾.

Se han producido algunas publicaciones acerca de la violencia contra la mujer y desde el año 2004 se ha normado por parte del Ministerio de Salud la pesquisa de mujeres víctimas de violencia, así como el manejo de las mismas ⁽⁶⁾. Se avanzó en la selección de algunos hospitales de Lima para que reciban las referencias de víctimas; sin embargo, no se ha progresado significativamente en la identificación de casos ni menos en el manejo integral de las víctimas en los servicios de salud.

Hoy tenemos más claro que la razón de muerte materna en los últimos 10 años se ha reducido en el Perú casi a la mitad, la que ha variado desde 185 por 100 000 nacidos vivos, en el año 2000, hasta 81, 93 o 98, dependiente de la fuente consultada, en el año 2010 ^(2,7,8). Sin embargo la cifra media a nivel nacional oculta las grandes diferencias existentes entre los grupos poblacionales, en donde se advierte que las muertes son bastante más frecuentes en las poblaciones excluidas, como son las más pobres, iletradas, las que viven en regiones apartadas y adolescentes; mejor dicho, mujeres sin ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, a quienes se les restringe el acceso a la información y a los servicios de salud.



La reducción de la razón de muerte materna a nivel nacional se debe a la extensión de los servicios de atención materna, la reducción del analfabetismo y la pobreza, el mayor acceso a los servicios de atención prenatal y de parto institucional (extensión del SIS, casas de espera, parto institucional con respeto a los patrones culturales), mejor atención de las emergencias obstétricas; pero, faltan aún medidas por desarrollar.

La planificación familiar (PF) es una medida de prevención primaria eficaz para reducir los embarazos no deseados. Según datos disponibles, $\frac{1}{4}$ a $\frac{2}{5}$ de las muertes maternas pueden ser eliminadas si se evita estos embarazos ⁽⁹⁻¹¹⁾.

La PF tiene el potencial de evitar 32% de las muertes maternas (MM) y 10% de las muertes infantiles. En Latino América existe evidencia de una reducción de los abortos ilegales realizados en condiciones de riesgo, como resultado del mayor uso de anticonceptivos. En el año 2000, 90% de la mortalidad y morbilidad global por aborto y 20% de las vinculadas con causas obstétricas se pudieron haber evitado si las mujeres que deseaban posponer o evitar la maternidad hubieran usado anticonceptivos de manera efectiva. Un total de 150 000 MM en el mundo, que representan el 32% de todas las MM podrían haberse evitado con una relación costo-efectividad alta; este beneficio habría sido más evidente en África y Asia. La PF contribuye también a la equidad de género. De otro lado, los intervalos más largos entre gestaciones disminuyen la mortalidad infantil de menores de 5 años, desnutrición, peso bajo al nacer y prematuridad. Además, contribuye a la sostenibilidad ambiental, debido a que se sabe que el aumento de la población

reduce la disponibilidad de tierras cultivables y la producción de alimentos; reduce así mismo los hábitats naturales y la biodiversidad. La creciente demanda de agua es otro efecto del crecimiento poblacional ⁽¹²⁻¹⁵⁾.

La recuperación de la democracia en el Perú, a inicios del presente siglo, trajo paradójicamente la desactivación del Programa de PF. Desde entonces, existe escaso entendimiento respecto de la importancia de políticas que aborden de una manera integral la SSyR, que la PF incluye beneficios al contribuir a la disminución de los embarazos no deseados, los abortos inseguros y consecuentemente la MM. Existen evidencias de que las barreras de acceso a los métodos anticonceptivos afectan negativamente las cifras de MM, además de atentar contra los derechos reproductivos para regular la fecundidad.

De acuerdo con ENDES 2010, 25,8% de los nacimientos en los últimos 5 años fue no deseado, 57% de los embarazos fue no planeado o no deseado, los que aumentaron a 62,1% en mujeres con 4 hijos o más y 68,2% en adolescentes; 64% de las mujeres en edad fértil no desean más hijos, 68,4% de quienes tienen 2 a 4 hijos y 74,1% de mujeres que ya tienen más de 4 también lo desean ⁽²⁾.

ENDES 2010 reporta también que, entre las mujeres en edad fértil unidas, las necesidades insatisfechas de PF representan el 6,9% ⁽²⁾; sin embargo, aquí no se incluye a las mujeres en edad fértil que no están unidas pero tienen vida sexual activa y el 24% de las mujeres en edad fértil unidas que usa métodos tradicionales de PF, los cuales son reconocidamente ineficaces. Si ENDES llegara a considerar estos grupos, las cifras

de necesidades insatisfechas de PF deberían ser necesariamente mayores. El estudio de las necesidades insatisfechas de PF es importante, porque estas llevan a una mayor tasa de embarazos no deseados, mayor tasa de abortos inseguros y, como consecuencia, mayor tasa de muerte materna.

La tasa global de fecundidad observada por ENDES 2010 es 2,5, mientras que la tasa de fecundidad deseada por las mujeres peruanas es 1,8, lo que significa que las mujeres están teniendo cerca de 1 hijo más de los que realmente quieren tener ⁽²⁾.

La mezcla anticonceptiva en los servicios públicos de salud sigue siendo muy pobre, desde que se oferta tan solo 7 métodos anticonceptivos modernos y, entre ellos, hay algunos que están casi en vías de extinción, lo que resulta preocupante en términos de buscar, por parte de las usuarias, la adherencia a los métodos de anticoncepción ^(1,2).

Cuando se analiza la tasa específica de fecundidad por grupos etáreos, se encuentra que ha descendido significativamente en todas las edades, a excepción de las adolescentes, grupo que se mantiene en una tasa casi constante y con tendencia a aumentar (13% del total de embarazos ocurre en adolescentes, como media nacional). Este fenómeno tiende a agudizarse, debido a las serias restricciones de orden legal y administrativo que padecen las adolescentes para asistir a los servicios de salud sexual y reproductiva.

A la fecha se tiene claras evidencias que las mayores cifras de uso de anticonceptivos modernos por parte de las mujeres reducen significativamente



las tasas de aborto inducido y como consecuencia las complicaciones y muertes ⁽¹²⁻¹⁷⁾.

Según la OMS, para el año 2008 ocurrieron en el mundo 42 millones de abortos inducidos, de los cuales 21 600 000 son inseguros, pasibles de complicarse y producir muertes maternas (13% del total de MM es consecuencia del aborto). La tasa de abortos inseguros a nivel global es 14 por cada 1 000 mujeres en edad fértil, mientras que en América Latina y El Caribe es 31 (4 230 000 abortos inseguros), en tanto que en América del Sur es 32 (2 900 000 abortos inseguros); esta representa la tasa más alta del mundo ^(18,19). En lo referente a Perú, la tasa de abortos inseguros supera largamente el promedio de América Latina, dado que en nuestro país ocurren más de 350 000 por año ⁽²⁰⁾, que dan lugar a 14% de las muertes maternas de causa directa.

No obstante que se han realizado algunos avances en la prevención del aborto inseguro en diferentes países ^(21,22), sin embargo, este tema sigue causando muertes y sufrimientos innecesarios entre las mujeres, niños y familias en muchos países, incluyendo el nuestro ⁽²³⁾.

El aborto provocado en condiciones inseguras es un tema en donde se refleja de manera dramática la importancia, la vulnerabilidad y la violencia ejercida sobre la mujer desde su entorno y desde toda la sociedad. Es el último eslabón de una cadena de carencias y fallas, desde lo educativo, de acceso a los servicios sanitarios de calidad y de presiones culturales en cuanto al rol de la mujer en la sociedad ⁽²⁴⁾, y por esa razón es que resulta urgente su abordaje dentro del marco que otorga la ley.

INTERVENCIONES EN EL FORO DE CADA UNA DE LAS REGIONES

Ucayali

Desde la primera intervención a nivel del Foro, se planteó que existe la necesidad de aumentar los esfuerzos por reducir las cifras de MM en Ucayali dentro del máximo respeto por los derechos sexuales y reproductivos y en este sentido le cabe una gran responsabilidad al gremio médico y a todos los colegios profesionales. La MM es consecuencia de una cadena de situaciones que vulneran los derechos de las mujeres. Reconocer entonces los riesgos que pudieran sufrir o tener las embarazadas, especialmente aquellas mujeres en pobreza extrema, analfabetas, rurales y de comunidades indígenas, podría evitarnos el riesgo social de estas innecesarias defunciones.

La MM ocurre a nivel de los establecimientos de salud, mayormente por la deficiente calidad de atención, por falta de personal calificado, deficiencias de la infraestructura y frecuente carencia de insumos, como por ejemplo la disponibilidad de sangre, que obliga a precipitar intervenciones mutilantes, como es una histerectomía. A esto debe agregarse las graves deficiencias de acceso por la accidentada geografía de la región.

En los últimos 5 años las cifras de MM no se han modificado mayormente en Ucayali, y se advierte una clara tendencia de un aumento de las causas indirectas, atribuidas a diagnósticos tardíos de patologías que complican los embarazos y escasez en la existencia de especialistas, que no solo puedan hacer un diagnóstico temprano, sino que contribuyan con la referencia oportuna para evitar en estas mujeres los embarazos,

mediante la administración de anticonceptivos eficaces. Así mismo, es necesario remarcar que las adolescentes ocupan un lugar destacado dentro de las cifras de mortalidad, especialmente como consecuencia del aborto. Esta situación se entiende por las restricciones que tienen estas mujeres para asistir a los servicios de salud reproductiva y para recibir atención en planificación familiar.

La actividad sexual empieza muy tempranamente en la población de la selva. Se calcula que más de 60% de las mujeres en esta región empieza su vida sexual entre los 10 y los 14 años; de allí la necesidad perentoria de implementar los programas de educación sexual desde temprana edad en la escuela, para evitar los embarazos no planeados/no deseados y las infecciones de transmisión sexual. A nivel regional, se aprecia un aumento de las cifras de VIH/sida en población de adolescentes y jóvenes, debido a que inician sus relaciones sexuales sin la protección correspondiente.

A nivel de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Mortalidad Materna se ha examinado el presupuesto por resultados para la región y se advierte que no se ha cumplido con las metas señaladas con anticipación. Se advierte además que en la elaboración del presupuesto es escasa o nula la participación de los servicios operativos, lo que impide considerar los aspectos y necesidades a nivel técnico.

A medida que se van reduciendo las cifras de MM, una nueva reducción es más difícil y van apareciendo con mayor frecuencia las causas indirectas de muerte, que obligan a actuar con sentido preventivo, mediante el uso de anticon-



ceptivos. Si la complicación que pone en riesgo la vida o la salud de la mujer se descubre durante el embarazo, existe la oportunidad de interrumpirlo, si esa es su decisión, para evitar una consecuencia funesta. En este punto, la constante actividad de los Comités de MM y sus recomendaciones tienen un rol preponderante. Sin embargo, vale la pena comentar que los comités de MM estudian cada caso en forma retrospectiva para así poder obtener conclusiones y recomendaciones. Hoy en día tenemos la posibilidad de hacer el estudio y revisión de los casos graves de morbilidad materna, la llamada morbilidad materna extremadamente grave, que nos permite en forma prospectiva hacer el seguimiento de cada caso para determinar problemas o fallas de manejo y de este modo superarlas y evitarlas en casos similares futuros.

La capacidad resolutoria de los establecimientos de atención obstétrica es una situación crítica en el interior de la región en términos de mortalidad materna, por lo que se hace urgente una potenciación de los existentes o la puesta en marcha de establecimientos nuevos que afronten exitosamente las complicaciones obstétricas.

La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en Ucayali ha disminuido, lo que ha traído consigo un aumento en la frecuencia de embarazos no deseados y de abortos clandestinos e inseguros que, aunque no concurren en su totalidad a los hospitales, eso no niega su existencia. No solo se tiene inconvenientes con la disponibilidad de insumos anticonceptivos, sino además con la información que deben tener las mujeres, muy en especial las adolescentes. En este aspecto,

las universidades tienen también una responsabilidad, por cuanto han descuidado la enseñanza de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la PF a los futuros profesionales de las ciencias de la salud.

Piura

La mortalidad materna en la región de Piura mantiene aún cifras importantes, particularmente en algunos bolsones de la sierra piurana. Las causas más importantes continúan siendo las hemorragias posparto y muchas de las mujeres que murieron habían tenido atención prenatal. Esto último traduce una deficiencia de esta actividad, que debe servir precisamente para detectar y tratar tempranamente las complicaciones del embarazo, hacer educación, enfatizar sobre signos de alarma durante el embarazo y parto y preparar a las mujeres para el parto institucional. Entre las mujeres que murieron en Piura, si bien es cierto tuvieron atención prenatal, esta empezó comúnmente tarde, lo que dificulta las actividades educativas durante la gestación.

Cuando discutimos sobre MM es necesario incorporar la muerte perinatal (MP), la que tiene su origen en forma importante en las infecciones que ocurren a nivel materno. Cuando advertimos una rotura prematura de membranas, debemos aceptar que antes ocurrió una infección de las membranas corioamnióticas y antes que ello debe haber ocurrido una infección a nivel del endometrio materno. Por eso es que resulta tan importante detectar y tratar precozmente las infecciones del tracto genital durante la atención prenatal, para reducir las complicaciones y muertes fetales y neonatales.

Además, se debe considerar que muchas veces la referencia de las gestantes y parturientas desde los niveles de atención primaria hacia los hospitales resulta muy tardía y las mujeres llegan en condiciones muy graves, lo que dificulta el manejo exitoso. Asunto importante a destacar es la atención obstétrica proporcionada por parteras empíricas que, al no tener competencias, retrasan el envío a los establecimientos de salud de mujeres que presentan complicaciones obstétricas y las exponen al riesgo de muerte materna.

Los embarazos no deseados en las adolescentes piuranas son muy frecuentes y llevan a la frustración de los proyectos de vida y aún a muertes tempranas, que en lo que va del año suman cinco. Esto es consecuencia, en gran medida, de las deficiencias de los programas de planificación familiar y de educación sexual integral. En suma, la gestación y la muerte materna en adolescentes se las puede relacionar con la poca asignación de recursos a la promoción de la salud, desarticulación sectorial y las serias dificultades de acceso a los servicios derivadas de la ley de indemnidad sexual.

Otro aspecto importante, que afecta la atención obstétrica, es la desmotivación del personal de salud por una mala política de recursos humanos que deriva en pobres remuneraciones, malas condiciones laborales y pocas oportunidades para la capacitación y el desarrollo profesional en las zonas vulnerables o de pobreza.

Desde la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP) en Piura se ha podido constatar que en la última campaña electoral se comprometió a 12 de los 13 candidatos para que suscriban compromisos en



el marco del presupuesto de los programas estratégicos hasta el año 2014. En la reunión nacional con la MCLCP se mencionó que existe poco avance en los métodos de PF y cobertura de cesáreas en embarazadas a nivel de las zonas rurales. Uno de los principales factores para la reducción de la mortalidad es el presupuesto participativo, en el cual debe darse una firme voluntad política desde los alcaldes y presidente regional, y acción conjunta en los 3 niveles nacional, regional y local. Desde el MIMDES se siente la necesidad de promover la SSyR, especialmente entre adolescentes, hacer más y mejor consejería en PF, asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos y hacer seguimiento a los productos de los programas estratégicos puestos en marcha. Igualmente se debe asegurar la presencia y participación del sector salud y del sector educación en las mesas de trabajo para elaborar planes y presupuestos.

La infraestructura hospitalaria dependiente del MINSA existente en Piura para responder a la demanda de la población es muy escasa y deficiente en recursos humanos y materiales, mientras que los servicios de EsSalud resultan caros. Es clamorosa la inexistencia de un banco de sangre, lo que atenta contra la seguridad de las mujeres que presentan complicaciones hemorrágicas.

Las actividades de PF en la región de Piura mantienen notorias diferencias, observándose por ejemplo en una de las dos DISAS existentes un mayor uso de los métodos anticonceptivos modernos, que incluyen anticoncepción quirúrgica. Esta diferencia puede ser motivada por la actitud proactiva del personal. El embarazo y la MM en adolescentes es pro-

ducto de las deficiencias del programa de PF. Un problema adicional lo constituye el registro deficiente de las actividades de PF y las carencias de insumos anticonceptivos.

Arequipa

Las actividades de PF, cada vez con más frecuencia, se han ido dejando en manos de personal no médico. La PF se ha debilitado, básicamente, por el poco interés de los médicos a partir de las críticas que se hicieron, desde diversos sectores, a la anticoncepción quirúrgica en la década de los 90. Ninguna autoridad a nivel alguno dispuso su desactivación.

Desde la MCLCP se considera que para mejorar la salud de la población y reducir las muertes maternas se debe mejorar sustancialmente la educación y la institucionalización de la sociedad, organizada por redes, para que se conviertan en instituciones y aprendan a respetar la ciudadanía en el país contra la corrupción. Sabemos que la pobreza está focalizada en determinadas áreas y allí es donde se deben conducir las diferentes intervenciones, una de las cuales es necesariamente el mejoramiento de la educación.

La PF debe enfocarse como un recurso para disfrutar una vida con calidad. Lamentablemente, los insumos no han estado disponibles con oportunidad y los recursos humanos han reducido su productividad porque van dejando las actividades en manos del nuevo personal contratado. La mezcla de métodos anticonceptivos es muy reducida, siendo extremadamente baja la prestación de servicios de anticoncepción quirúrgica. Las adolescentes carecen de servicios diferenciados, lo cual las mantiene alejadas de los establecimientos de salud.

A pesar que ha habido un aumento en el presupuesto por resultados en Arequipa, sin embargo los indicadores no muestran un avance significativo. Se da el caso de que, en lo que va del presente año, no se ha gastado en insumos anticonceptivos y eso explica que en la región no se disponga de DIU a nivel de los servicios. Seguramente si la sociedad civil se involucra en la vigilancia de la ejecución del presupuesto esta situación debiera mejorar.

En los hospitales de Arequipa se observa que un porcentaje importante de la población pobre es financiada en su atención por el SIS. Sin embargo, existe otra proporción de mujeres que no es financiada por nadie, y como tal tienen serias dificultades para acceder a los servicios. Cuando se habla de presupuesto por resultados se debe elegir muy claramente los indicadores, los mismos que deben ser de conocimiento de los trabajadores de salud.

Cuando las estadísticas hablan de la atención institucional del parto no necesariamente están considerando la atención calificada del mismo. Para esto se debe considerar que el establecimiento en donde se atiende y el personal que atiende están calificados de acuerdo a indicadores estandarizados. Además, en la prevención de las MM se debe incorporar la participación activa de las organizaciones comunitarias y los gobiernos locales, puesto que ellos están más cerca de la población que se encuentra en mayor riesgo de complicarse y morir.

De otro lado, se debe aprovechar de cada atención de un evento obstétrico (parto o aborto) para entregar consejería y métodos de PF; de lo contrario, estaremos frente a oportunidades perdidas. En



el caso del postaborto, es una intervención crítica, porque con la anticoncepción se está evitando la reincidencia de un embarazo no deseado y como consecuencia de un aborto inducido.

La educación sexual es una necesidad en Arequipa y a nivel nacional, empezando en las escuelas desde temprana edad. Las instituciones educativas de administración religiosa se oponen a su implementación; pero, tratándose de un país laico, las actividades deben igualmente desarrollarse allí. La educación sexual contribuye al empoderamiento de las personas desde niños y al respeto que se deben hombres y mujeres, y como tal se previene el embarazo temprano. La educación sexual y la PF son medidas preventivas para evitar el embarazo no deseado, el aborto y las muertes maternas. Prevenir el embarazo en las adolescentes contribuye además a romper el círculo de la pobreza, porque las niñas pueden ser mejor orientadas hacia un proyecto de vida.

A pesar de que en Arequipa se ha reducido la mortalidad materna, debemos considerar que cada defunción es un evento que no debe ocurrir. De allí la necesidad de crear un permanente contacto con el Colegio Médico, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Arequipa, conociendo en primer lugar la realidad como soporte para la salud y hacer recomendaciones al Consejo Regional de Salud sobre la necesidad de proteger la salud reproductiva y ganar el espacio perdido en el nivel operativo. Reconocemos que existen deficiencias por no tener constantes reuniones para compartir experiencias.

Las muertes maternas se relacionan también con la llegada a los establecimientos de salud

de mujeres con severas complicaciones obstétricas, por lo que urge mejorar o implementar buenos sistemas de referencia.

CONCLUSIONES

- Los gobiernos regionales y municipales deben fomentar la realización de estos foros de discusión con una importante participación del sector salud y del sector educación. Así mismo, comprometerse a garantizar la articulación intersectorial (salud y educación) para la reducción de la mortalidad materna y el embarazo en adolescentes.
- La PF es una responsabilidad del gobierno nacional, regional y local.
- Existen deficiencias en las actividades de promoción de la PF.
- Existen deficiencias en los registros de las actividades de PF.
- Se mantiene la carencia de insumos anticonceptivos.
- La mezcla de métodos anticonceptivos es muy reducida.
- La atención prenatal no está bien orientada, puesto que es débil el componente educativo y la preparación individual para el parto institucional. Se continúa insistiendo en el nivel de riesgo del embarazo y aún no se afianza el componente de interculturalidad.
- Con frecuencia, la referencia de casos con complicaciones obstétricas es tardía por las dificultades observadas a nivel local, que incluyen deficiencias en los profesionales de salud.

- No siempre la atención institucional del parto significa atención calificada del mismo.

- Con frecuencia no se hace consejería y entrega de métodos anticonceptivos después de un evento obstétrico (parto o aborto).

RECOMENDACIONES

- Habilitar brigadas móviles que puedan resolver con oportunidad las emergencias obstétricas.
- Comprometer a los diferentes especialistas médicos a referir a las mujeres que presentan complicaciones que afectan su salud o su vida para que reciban anticoncepción eficaz, a fin de evitar potenciales embarazos.
- Potenciar el SIS para asegurar la atención prenatal y la atención calificada del parto en centros asistenciales.
- Descentralizar el Instituto Materno Perinatal para dar marcha a centros macroregionales de atención de alto nivel en Obstetricia y Perinatología,
- Fortalecer la atención prenatal con un nuevo enfoque.
- Mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Poner en marcha el estudio de la morbilidad materna extremadamente grave.
- Realizar vigilancia de la calidad de la atención obstétrica con participación de la sociedad civil.
- Realizar vigilancia de la aplicación del presupuesto



por medio del seguimiento de los resultados obtenidos con participación de la sociedad civil.

- Reinsertar o potenciar las actividades de monitoreo y supervisión de actividades y profesionales de la salud, aprovechando esos momentos para realizar capacitación en servicio.
- Facilitar la participación de los niveles operativos en la elaboración de los presupuestos por resultados.
- Impulsar desde los gobiernos locales los programas de educación sexual integral a temprana edad en las escuelas y colegios.
- Dar información sobre anticoncepción oral de emergencia (AOE) a la población de adolescentes.
- Fomentar el uso del condón masculino y femenino como un insumo que proporciona doble protección.
- Facilitar el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que significa un cambio en los dispositivos legales y administrativos a nivel regional.
- Potenciar el uso de métodos anticonceptivos modernos; hacer el esfuerzo de rescatar el DIU y la anticoncepción quirúrgica voluntaria en mujeres y hombres.
- Despenalizar el aborto en casos de violación, particularmente en adolescentes.
- Incorporar contenidos de salud sexual y reproductiva en los currículos de estudios de los profesionales de la salud.
- Incorporar la consejería preconcepcional como una práctica rutinaria a nivel de los servicios de salud.
- Utilizar los compromisos suscritos a nivel de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza.
- Mejorar la capacitación de los profesionales de la salud, poniendo énfasis en el componente actitudinal.
- Fomentar la participación de los hombres en el tema de salud sexual y reproductiva y no dejarlo únicamente como responsabilidad de las mujeres.
- Asegurar la disponibilidad de insumos anticonceptivos, que incluye anticoncepción de emergencia (AE) con el método de Yuzpe.
- Potenciar la consejería y entrega de anticoncepción post evento obstétrico.
- Privilegiar la lucha contra la pobreza en áreas críticas, como las zonas rurales; y una de las actividades más fuertes debe ser la educación, para poder hacer frente a la pobreza democrática de no saber elegir a nuestros gobernantes o representantes.

AGRADECIMIENTO

A Promsex y Anesvad por su apoyo técnico y financiero en la realización de los Foros Regionales.

RECONOCIMIENTO

A los profesionales que participaron activamente en los Foros Regionales y con sus aportes enriquecieron esta publicación.

Ucayali

Sr. Boris Aching. Gobierno Regional de Ucayali

Obst. Joice Aching. Asociación Igualdad y Desarrollo

Obst. Charito Barreto. Hospital Regional de Pucallpa

Dr. Miguel Castillo. Hospital Amazónico

Obst. Natali Condezo. INMED

Obst. Helen Del Aguila. Hospital Amazónico

Obst. Karin Huayta. Decana Facultad de Obstetricia. Universidad Alas Peruanas

Obst. Eva Julca. CS Nueva Requena

Obst. Leila La Torre. CS San Fernando

Obst. Maria Cristina Ledesma. Hospital Amazónico

Dra. Erica Linares. CS Tupac Amaru

Obst. Soledad Lopez. 5ª Ronda Fondo Global

Obst. Magaly Llaca. Sanidad de la PNP

Dr. Reynaldo Mitma. Hospital Amazónico

Dr. Abner Ortiz. Hospital Amazónico

Dr. Fredy Poma. Hospital Regional de Pucallpa

Obst. Yesmi Primo. CS Nueva Requena

Psic. Nadia Quijano. Movimiento Manuela Ramos

Obst. Luisa Reyes. PS Las Mercedes



Obst. Candy Ricopa. CS Masisea

Obst. Jesica Salazar. Hospital Regional de Pucallpa

Obst. Silvia Sandoval. Asociación Igualdad y Desarrollo

Obst. Liz Claire Serruche. CS Tupac Amaru

Obst. Golda Sinchi. Hospital Regional de Pucallpa

Dr. César Solís. Sub Director. Dirección Regional de Salud, Ucayali

Obst. Yesica Suarez. CS San José

Dr. Miguel Angel Tello. PS Dos de Mayo

Obst. Ketty Trigos. 5ª Ronda Fondo Global

Obst. Rocío Villavicencio. 5ª Ronda Fondo Global

Obst. Vianca Villavicencio. INMED

Obst. Miguel Zeballos. Hospital Amazónico

Piura

Dr. Wilder Alayo. Hospital de Talara

Sra. Berenice Adriano. Secretaria de la Mesa de Lucha Contra la Pobreza. Piura

Obst. Cecilia Bustamante. Centro Ideas, Piura

Dra. Rosario Chaucan. Jefa del Seguro Integral de Salud. Hospital Santa Rosa

Dra. Mary Chumacero. Directora Ejecutiva. Sub Región Luciano Castillo, Sullana

Obst. Maribel Díaz. Universidad César Vallejo

Obst. Graciela Farfán. Sanidad PNP

Obst. Erika Flores. Decana del Colegio de Obstetras. Piura

Dr. Genaro Juarez. Sanidad PNP

Dr. Ronald La Chira. Hospital Santa Rosa

Dr. Vicente Luna. Sanidad FAP, Piura

Dra. Pilar Machare. Hospital Santa Rosa

Sra. Claribel Mauricio Abad, Centro Ideas, Piura

Dr. Ricardo Mendoza. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Filial Piura

Dra. Roxana Mendoza. Hospital Cayetano Heredia. ESSALUD, Piura

Sr. Pedro Ojeda. Estudiante Universidad César Vallejo

Sra. Maria Del Carmen Parra. Responsable Municipios Saludables. DIRESA Piura

Dr. Julio Pereda. Director Promoción de la Salud. DIRESA Piura

Dr. Manuel Purizaca. Universidad Nacional de Piura

Obs. María Aurelia Querevalú Yenque, Red Bajo Piura

Sr. Christian Rondoy. Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Sra. Milagros Sanchez. Regidora de la Municipalidad Provincial de Piura

Dra. Magda Torres. Sub Coordinadora. Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Obst. Flor de María Vásquez. Coordinadora. Escuela Profesional de Obstetricia. Piura

Obst. Ruth Velázquez. Hospital Santa Rosa

Obst. Maria Vera. Coordinadora. Escuela Profesional de Obstetricia. Sullana

Arequipa

Dr. Luis Cáceres. Jefe del Departamento de GO. Hospital Regional Honorio Delgado

Sra. Georgina Cáceres. INPPARES

Dra. Pierina Cateriano. Essalud/Edmundo Escomel

Dr. Jesús Cornejo. Hospital Central Carlos Alberto Seguin. Essalud

Dr. Gustavo Chávez. Hospital Regional Honorio Delgado

Sra. Mercedes Cruz. Humanidad Libre

Dr. Angel Del Carpio. Essalud

Obst. Patricia Justo. Hospital PNP

Dr. Néstor Linares. Director Hospital Regional Honorio Delgado

Sr. Diego Marin. INPPARES

Sra. Nancy Ochoa. Coordinadora. PRENATAL

Dr. José Orosco. CS Ampliación Paucarpata

Psic. Nicolás Palomino. Foro Regional por los Derechos Sexuales y Reproductivos

Sr. Edgardo Segil. INPPARES

Dr. Enrique Taco. Presidente Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Filial Arequipa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Távara L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;54(4):120-36.



2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDES continua). Lima: INEI 2011.
3. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo 5-13 September 1994. New York: UN 1995.
4. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing 4-15 September 1995. New York: UN 1996.
5. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Ginecol Obstet (Perú)*. 2003;49(1):31-8.
6. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú: Ministerio de Salud 2004.
7. Hogan MC, Foreman, Naghavi M, Ahn SY, et al. Maternal mortality for 181 countries 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal-5. *The Lancet* 12 April 2010; doi 10.1016/S0140-6736 (10) 60518-1. Consulted April 24, 2010.
8. WHO, UNFPA, UNICEF, WB. Trends of maternal mortality. Geneva: WHO 2010.
9. Winikoff B, Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Stud Fam Plann*. 1987;18: 128-43.
10. Trussell J, Pebley AR. The potential impact of changes in fertility on infant, child and maternal mortality. *Stud Fam Plann*. 1984;15:267-80.
11. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibilities: women, society and abortion worldwide. New York: AGI 1999.
12. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family Planning: The inconclusive agenda. *Lancet*. 2006;368:1810-27.
13. Armijo R, Monreal T. El problema del aborto provocado en Chile. *Bol Of Sanit Pan Am*. 1966;60:39-45.
14. Shepard B, Casas L. Abortion policies and practices in Chile: Ambiguities and dilemmas. *Reprod Health Matters*. 2007;15(30):202-10.
15. Collumbien M, Gerresu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. En: Ezoti M, Lopez AD, Rodgerss A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risk: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO 2004; 1255-1320.
16. Westoff C. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries, DHS Analytical Studies, Princeton, NJ, USA: Office of Population Research, Princeton University; and Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2005, No. 8.
17. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007;370:1338-45.
18. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters*. 2010;18:90-101.
19. WHO. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO 2010.
20. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Lima-Perú: Pathfinder-Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán 2006.
21. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Abortion worldwide: A decade of uneven progress. New York: The Alan Guttmacher Institute. 2009; pp 67.
22. Guttmacher Institute. Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y El Caribe. En resumen. New York: AGI. 2009; pp 4.
23. Editorial The Lancet. Unsafe abortion: eight maternal deaths every hour. *Lancet*. 2009;374:1301.
24. Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis. Estrategias para su reducción. *Rev Med Uruguay*. 2003;19:188-208.