

DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLITICAS DE SALUD:

Entre el olvido y la manipulación

Extractos del Reporte Sombra elaborado por **CLADEM, CRLP y DEMUS** (*)

Las mujeres adolescentes son, sin duda, las más perjudicadas en lo que se refiere a la postergación de los derechos reproductivos. Cifras descarnadas muestran la alta mortalidad entre ellas así como la amplitud del daño físico y psicológico. En muchos casos se suma a esto la discriminación que deriva del no tan solapado racismo.

Si algún indicador revela el grado de compromiso del Estado con los derechos humanos de las mujeres y con la eliminación de todas las formas de discriminación contra ellas, es el de la mortalidad materna. El Perú es el segundo país en cuanto a tasa de mortalidad materna en Sudamérica y tiene una de las tasas más altas del mundo.

La Muerte tiene Rostro Adolescente

La tasa de mortalidad materna, en 1996, fue estimada en 265 por cada 100 000 nacidos vivos. Los factores determinantes de esta alta tasa son la marginación de la población rural y el embarazo adolescente. El embarazo adolescente contribuye con el 15 por ciento de la mortalidad materna. El 20 por ciento de las muertes por aborto corresponden a adolescentes.

En el Perú, los adolescentes representan 22,5 por ciento de la población, y los menores de quince años constituyen 38 por ciento del total de habitantes; sin embargo, las políticas de educación sexual no han atendido eficientemente sus necesidades de salud reproductiva y sexual. En los hospitales del Ministerio de Salud, 20 por ciento de los partos corresponde a madres adolescentes. En las áreas urbanas, los embarazos de madres adolescentes son generalmente no deseados y se dan en parejas que no hacen vida en común.

La ilegalidad del aborto se ha convertido en uno de los factores más importantes de muertes maternas en el Perú. El aborto clandestino constituye la segunda causa de mortalidad materna. En 1989, se efectuaron 271,150 abortos, es decir, de cada 10 embarazos, cuatro terminaban en aborto provocado. Estas cifras colocan al Perú entre los países con mayor incidencia de abortos provocados en América Latina. En 1994, se estimaba que 30 por ciento de camas disponibles en los servicios de obstetricia y ginecología eran empleadas para la atención de mujeres con complicaciones de aborto inducido.

Las mujeres del área rural tienen una probabilidad dos veces mayor de morir por causas vinculadas a la maternidad en comparación con las mujeres del área urbana. El cuidado prenatal profesional en las localidades rurales alcanzó 47 por ciento, en comparación con 88 por ciento en el área urbana. Mientras que en un nivel urbano 73 por ciento de los nacimientos fueron atendidos en un establecimiento de salud, en el área rural solo alcanzó 15 por ciento. Mientras en Lima Metropolitana el nivel de atención profesional del parto fue de 93 por ciento, en el área rural solo representó 22 por ciento, vale decir, cuatro veces menos que en el caso de Lima Metropolitana. En el área rural, menos de 51 por ciento de las mujeres usa algún método anticonceptivo. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en el área rural (20%) que en el área urbana (9%).

Los establecimientos de salud en dichas zonas cuentan con escasa capacidad para atender complicaciones y emergencias obstétricas. En 1994, sólo 32,6 por ciento de la población tenía algún seguro médico. De 73,8 por ciento restante, 25 por ciento no accedía a ningún tipo de servicio de salud y enfrentaba sus problemas con medicinas alternativas (yerbas medicinales y otros). La calidad de los servicios es deficiente; siendo las más afectadas las mujeres de las zonas rurales y urbano marginales. El etnocentrismo es un factor muy importante que influye en el maltrato a las mujeres andinas y populares por parte del personal de salud.

Menos Gasto, Mayores Tarifas: La Gratuidad en Cuestión

El presupuesto del sector público en salud para 1998 es de 1,587 millones de soles (aproximadamente 527 millones de dólares), cifra por debajo de la destinada tres

años atrás, la cual resulta aún menor en relación a las mayores magnitudes de población y PBI estimados para 1998. Por lo tanto, no se llega a alcanzar los niveles de los años 1985-1987 en cuanto a gasto público ejecutado en salud.

Al analizar la asignación geográfica del gasto en salud en la presente década, se observa que aproximadamente 60 por ciento del gasto total del país se concentra en Lima y 40 por ciento se distribuye en el resto de los departamentos del Perú. Ello implica que, en donde se encuentra 32 por ciento de la población se asigna 60 por ciento del gasto, mientras que en donde se encuentra 68 por ciento de la población se asigna 40 por ciento del gasto. La asignación de dicho 40 por ciento restante exhibe una distribución desigual; en mayor desventaja se encuentran los departamentos de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali, que en su mayoría presentan los indicadores más negativos en salud, y en especial en salud reproductiva.

El Estado viene aplicando un sistema de cobro de tarifas para la atención del parto, con lo cual incumple normas nacionales sobre la gratuidad de tales servicios. Tras evaluar las repercusiones de la aplicación de las tarifas hospitalarias, en 1995, el Ministerio de Salud informó que el financiamiento de las instituciones de salud con el cobro de tarifas, iniciado en 1990, no ha conducido a cambios cualitativos en la gestión de los hospitales y que es probable que haya impactado negativamente sobre la población usuaria de los establecimientos públicos, dificultando el acceso de pobres e indigentes. La presencia de pobres extremos en la demanda hospitalaria disminuyó, entre 1991 y 1994, de 30,1 a 28 por ciento, mientras que las capas medias empobrecidas aumentaron su presencia del 34,8 a 45 por ciento. El Ministerio de Salud informó que los recursos propios llegaban incluso a 65 por ciento del total de los ingresos de algunos hospitales. Tales ingresos provienen, entre otros, de las tarifas aplicadas a las mujeres por atención de embarazo y parto.

No una Sino Muchas Discriminaciones

A lo anteriormente descrito se suma que, en la prestación de los servicios públicos de salud a las mujeres, los episodios de violencia física y psicológica, trato coercitivo, humillante y discriminatorio, continúan sucediendo con una frecuencia alarmante.

CLADEM y el CRLP realizaron entre 1996 y 1997 una investigación sobre la incidencia de la violencia contra las mujeres en los servicios públicos de la salud en el Perú, a través de la documentación de casos y testimonios y examinando la respuesta estatal en relación con éstos. Las modalidades de violencia identificadas fueron: violencia sexual, violencia contra mujeres gestantes y parturientas y violencia contra mujeres que arriban a los establecimientos de salud con sospecha de aborto incompleto. En más de sesenta testimonios, recogidos en cinco ciudades peruanas, las mujeres aluden a diversas formas de maltratos, ofensas, humillaciones, indiferencia y negligencia en los establecimientos públicos, por parte de los proveedores de salud. Los casos dan cuenta de agresiones físicas y verbales, violencia sexual, intervenciones sobre el cuerpo de las usuarias sin que medie información ni consentimiento, abandono y exposición a daños y sufrimientos innecesarios. En los casos de sospecha de aborto inducido se incluyen interrogatorios intimidatorios, trato inhumano y otras formas calificables como tortura, prácticas vinculadas a la idea de castigo que debe recibir una mujer que toma este tipo de decisión.

En los relatos de parturientas, hay una mención constante de respuestas agresivas por parte del personal de salud frente a los pedidos de las usuarias o por no "facilitar" el trabajo médico, humillación por el número de hijos, abandono, rechazo o demora en la admisión por razones económicas.

En el Perú, para un gran sector de mujeres en áreas rurales la discriminación y violencia por género adquiere expresiones específicas o más severas por causa de condiciones económicas desfavorables, prejuicios raciales o condición étnica, entre

otros. Además de encontrarse expuestas a carencias y abusos inaceptables, sus posibilidades de obtención de justicia son extremadamente limitadas.

Las mujeres del campo en el Perú, en particular quienes habitan las localidades más distantes, son mayoritariamente indígenas, muchas de ellas monoligües (quechuablantes), analfabetas o con niveles muy bajos de escolaridad. En ellas coinciden los mayores riesgos de morir y enfermar por causas relacionadas con la reproducción.

Las experiencias negativas vividas por tales mujeres en los servicios públicos de salud incrementan la desconfianza hacia éstos, con lo que se exponen a prácticas inseguras para resolver sus necesidades de salud o se privan de la posibilidad de realizar sus decisiones ante la falta de garantías de respeto a sus Derechos Humanos. Si un Estado propicia o tolera prácticas de violencia y discriminación por parte de sus agentes hacia mujeres de estos sectores, viola obligaciones sustanciales en lo que se refiere a la discriminación en las esferas del derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos.

La Planificación Familiar: El Método de la Imposición

La última encuesta demográfica (1996) arroja que 12 por ciento de las mujeres en unión tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar: 9 por ciento para limitar el tamaño de su familia, y 3 por ciento, para espaciar el nacimiento de sus hijos. En cuanto a la incidencia de los embarazos no deseados, se encontró que una tercera parte (35%) de los nacimientos ocurridos en estos últimos cinco años no eran deseados, vale decir, más de un millón de niños.

El Estado privilegia algunos métodos anticonceptivos sobre otros y no garantiza el acceso a todos los existentes para la planificación familiar. La esterilización femenina se privilegia sobre la masculina y constituye el segundo método anticonceptivo más usado en el Perú en 1996. Actualmente el porcentaje de esterilizaciones entre las mujeres que viven en unión de hecho es de 11,3 por ciento en las zonas urbanas, y de 5,4 por ciento en las áreas rurales. En 1990, el Ministerio de Salud -MINSA-, a través de sus establecimientos de salud, registró 32,883 ligaduras de trompas y 1,424 vasectomías. Es decir, por cada hombre que se sometió a una vasectomía, 23 mujeres se hicieron ligadura de trompas.

Sólo en el período enero-agosto de 1996, el Ministerio de Salud efectuó 35,558 operaciones de esterilización quirúrgica, de las cuales 3,376 fueron vasectomías. En el año 1997, se han producido 110,000 ligaduras de trompas y 10,000 vasectomías. El promedio de edad de las mujeres esterilizadas es de 32 años, según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar -ENDES- de 1996. En zonas rurales se han detectado esterilizaciones quirúrgicas a mujeres de edades menores de 25 años.

Más aún, en la aplicación del actual "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000" se han producido prácticas contrarias al consentimiento informado, lo que ha afectado en particular y desproporcionadamente a las más pobres y, entre éstas, a las mujeres de áreas rurales. El Estado ha privilegiado la anticoncepción quirúrgica femenina: ha llevado a cabo acciones exclusivas de captación de usuarias de anticoncepción quirúrgica, llamadas «ferias» o «festivales», sin garantizar el consentimiento informado ni la calidad de los servicios. Así como tampoco ha difundido información completa y veraz sobre toda la gama de métodos anticonceptivos, tampoco ha establecido cuotas de cumplimiento obligatorio sobre los establecimientos de salud y los proveedores. Todo ello ha propiciado esterilizaciones forzadas y otras prácticas contrarias a la vida y la salud de las mujeres. Para ello, se han utilizado incentivos y amenazas de rescisión de contratos u otras sanciones laborales a los prestatarios de salud.

Pese a que un considerable número de mujeres de estos sectores presentaban ciertos síntomas en su salud no indicados para una intervención quirúrgica, tales como la oclusión tubaria, tuberculosis, anemia, desnutrición, obesidad, infecciones pélvicas crónicas, etc., no fueron advertidas de los riesgos ni posibles complicaciones añadidas. Tampoco se consideraron las condiciones de vida,

actividad, ni la frágil posición de las mujeres en la estructura familiar, dando lugar a conductas de riesgo con consecuencias graves sobre la salud de las mujeres. Hay que agregar también que en las localidades rurales intervino con frecuencia personal no calificado y las intervenciones quirúrgicas se realizaron en lugares no adecuados.

CLADEM recogió en los testimonios de mujeres esterilizadas (forzadas o que dieron su consentimiento) la necesidad de ocultar la intervención quirúrgica a sus esposos, a fin de no suscitar actos de violencia o abandono por parte de éstos. Por un lado, se encontraron conductas de riesgo (no descanso post-operatorio, desempeño de tareas pesadas, etc.) y también violencia y abandonos efectivos, particularmente en aquellos casos en que las mujeres disminuyeron su capacidad para el trabajo por cause de complicaciones o secuelas derivadas de la ligadura de trompas. La falta de soporte familiar para su recuperación, post-operatoria, ha sido uno de los problemas detectados.

Las organizaciones de mujeres contribuyeron decisivamente en la identificación, documentación y denuncia de estos abusos. Por su parte, la Defensoría del Pueblo elaboró un informe en enero de 1998 en el que se pronunciaba al respecto y planteando un conjunto de recomendaciones al Sector Salud. En el mes de marzo se anunciaron enmiendas al "Manual de Normas y Procedimientos en AQV". Se han anunciado algunas modificaciones al "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar". Hasta el cierre de este reporte no se habían dispuesto las medidas correctivas respaldadas por norma legal de jerarquía superior. Tampoco se habían verificado las sanciones a los responsables ni se habían reparado los daños.

SUMILLAS:

* ... una de cada cinco madres adolescentes ha tenido de dos a cuatro embarazos antes de cumplir los veinte años de edad.

* En 1989 se efectuaron 271,150 abortos, es decir, de cada 10 embarazos, 4 terminaban en aborto provocado.

* El embarazo adolescente termina con frecuencia en abortos ilegales y contribuye en un 15 por ciento a la cifra global de mortalidad materna.

* En 1994, se estimaba que 30 por ciento de camas disponibles en los servicios de obstetricia y ginecología eran empleadas para la atención de mujeres con complicaciones de aborto inducido.

- * En los relatos de parturientas, hay una mención constante de respuestas agresivas por parte del personal de salud frente a los pedidos de las usuarias o por no «facilitar» el trabajo médico, humillación por el número de hijos, violencia verbal con connotaciones orientadas a sancionar en las usuarias el ejercicio de la sexualidad, abandono, rechazo o demora en la admisión por razones económicas.
- Las modalidades de violencia identificadas fueron: violencia sexual, violencia contra mujeres gestantes y parturientas y violencia contra mujeres que arriban a los establecimientos de salud con sospecha de aborto incompleto.

* El **CLADEM** (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer), el **CRLP** (The Center for Reproductive Law and Policy) y **DEMUS** (Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer), elaboraron este reporte para la **Décimo Novena Sesión del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, en junio de 1998.