



LOS DETERMINANTES SOCIOCULTURALES Y COMUNITARIOS DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS Y LOS ABORTOS INSEGUROS

VILLA EL SALVADOR
PERÚ



LOS DETERMINANTES SOCIOCULTURALES Y COMUNITARIOS DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS Y LOS ABORTOS INSEGUROS, ESPECIALMENTE EN EL TRAMO DE EDAD ENTRE 15 Y 24 AÑOS, EN EL DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR - PERÚ

- INFORME FINAL -

NOVIEMBRE 2015

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Alila Brossard Antonielli, coordinadora de la investigación en Perú y autora del informe; socióloga, École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris), investigadora asociada al LASDEL (Bénin)
Irene Del Mastro, socióloga investigadora, University of Wisconsin-Madison (EE.UU)
María Lucía Machuca Rose, socióloga investigadora, Pontificia Universidad Católica del Perú
Mayra Zea Guzmán, socióloga investigadora, Pontificia Universidad Católica del Perú
Emmanuel Sambieni, coordinador de la investigación en los 4 países, PhD, Université de Parakou, Lasdel Parakou (Bénin)

COMITÉ DE PILOTAJE MÉDECINS DU MONDE :

Catherine Giboin, Referente asociativa en SSR, Francia
Delphine Clochard, Referente determinantes socioculturales, Francia
Rosa Maria Estrada, Coordinadora general, Peru
Tanit Iglesias, Referente medical MO/ALC, Francia
Sandrine Simon, Referente en SSR, Francia (coordinadora de la investigación)



Este estudio fue realizado con el apoyo financiero de la Agencia Francesa de Desarrollo.
Las ideas y opiniones presentadas en este informe no representan necesariamente las de la AFD.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento muy sincero a todas las personas que hemos encontrado en el terreno en Villa El Salvador : los profesionales de salud, las asistentes sociales, las promotoras voluntarias de salud, las señoras de los comedores autogestionados, las orientadoras legales y todos aquellos que nos han brindado su tiempo y sus conocimientos, su aporte nos ha sido muy valioso para esta investigación.

Agradecemos también al equipo local de Médicos del Mundo Francia en Perú por su colaboración y apoyo en la investigación, en especial Rosa María Estrada, coordinadora general, a Eleana Rodríguez y a Arcadia Maguiña, por establecer los lazos con los contactos en el terreno. Igualmente, agradecemos al equipo de Médicos del Mundo en la sede en Paris por el apoyo constante durante toda la misión, las revisiones y observaciones del presente informe. También agradecemos el apoyo del investigador principal Emmanuel Sambieni.

La coordinadora agradece al sociólogo Robin Cavagnoud, investigador, profesor de la Pontificia Universidad Católica del Perú, por la indicación de las investigadoras de campo y a ellas por sus esfuerzos, motivación y dedicación en la recolección de datos para esta investigación.

ÍNDICE

SIGLAS Y ABREVIACIONES _____	7	3.3. Discursos y prácticas sobre los abortos _____	37
RESUMEN EJECUTIVO _____	8	3.3.1. Los profesionales de salud frente a los abortos _____	38
EXECUTIVE SUMMARY _____	9	3.3.2. Prácticas y opiniones de mujeres con respecto a los abortos _____	41
INTRODUCCIÓN _____	11	3.3.3. El caso específico de los abortos en situaciones de violación _____	43
1.1. Contexto de la investigación _____	12	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____	45
1.2. Objetivos del estudio _____	13	4.1. Conclusiones _____	45
METODOLOGÍA _____	14	4.1.1. Barreras en la prevención a los embarazos no deseados _____	45
2.1. Selección del sitio de la investigación y características generales _____	14	4.1.2. Mecanismos de gestión comunitaria y manejo familiar de los END y abortos _____	46
2.2. Recogida de datos _____	15	4.1.3. Percepciones y actitudes de los profesionales de salud frente a los END y los abortos _____	47
2.3. Tratamiento de los datos _____	16	4.2. Recomendaciones _____	58
2.4. Límites de la investigación _____	16	BIBLIOGRAFÍA _____	50
PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN _____	18	ANEXOS _____	54
3.1. Sobre los anticonceptivos _____	18		
3.1.1. Diversidad de los MAC ofrecidos _____	18		
3.1.2. La situación particular de la AOE en el Perú _____	19		
3.1.3. Acceso a la anticoncepción _____	19		
3.1.4. Barreras a la anticoncepción _____	21		
3.1.5. Representaciones sobre la anticoncepción _____	27		
3.2. Discursos y prácticas sobre los embarazos no deseados _____	30		
3.2.1. Situación de los END _____	30		
3.2.2. Principales causas de los END _____	31		
3.2.3. Modo familiar y comunitario de manejo de los END _____	34		
3.2.4. Atención sanitaria a los END _____	36		

SIGLAS Y ABREVIACIONES

AMEU

Aspiración manual endo-uterina

AOE

Anticoncepción oral de emergencia

AQV

Anticoncepción quirúrgica voluntaria

CMI

Centro Materno Infantil

DIU

Dispositivo Intra Uterino

END

Embarazos no deseados

ENDES

Encuesta Demográfica
y de Salud Familiar

INEI

Instituto Nacional de Estadística e Informática

ITS

Infecciones de transmisión sexual

MAC

Métodos anticonceptivos

MELA

Método amenorrea por Lactancia

MIMP

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

MINSA

Ministerio de Salud

MdM

Médicos del Mundo

MdM-F

Médicos del Mundo Francia

OMS

Organización mundial de salud

PF

Planificación familiar

SIS

Seguro Integral de Salud

SSR

Salud sexual y reproductiva

VES

Villa El Salvador

VIH

Virus de la inmunodeficiencia humana

RESUMEN EJECUTIVO

En el distrito de Villa El Salvador los embarazos no deseados (END) y abortos inseguros atañen mayormente a adolescentes y mujeres adultas unidas en situación de vulnerabilidad social y económica. El presente estudio cualitativo entrevistó a 21 profesionales de salud, 6 asistentes sociales y educadores, 8 actores de la sociedad civil que trabajan por los derechos y la salud de las mujeres y 3 mujeres que han tenido experiencias de END y/o abortos. Se hicieron 4 grupos focales con 8 promotoras de salud, 6 actrices de la sociedad civil y 10 promotores adolescentes hombres y mujeres entre 13 y 18 años. El objetivo fue de documentar y analizar los determinantes socioculturales de los END y de los abortos inseguros.

La estrategia actual de planificación familiar en la zona cuenta con una variedad de métodos modernos que son ofrecidos gratuitamente en los centros de salud pública del distrito (hormonales, DIU, de barrera y quirúrgicos). Asimismo, la prevención de los END y de los abortos inseguros se encuentra todavía limitada por obstáculos de orden sanitario y socio culturales. En primer lugar están los recurrentes problemas de abastecimiento en métodos anticonceptivos en los centros de salud y las recomendaciones restrictivas acerca del acceso a planificación familiar para el público adolescente. Aunque las Normas de planificación familiar no mencionan a las restricciones, se encontró que las Normas no están muy bien difundidas entre el personal de salud. Los limitados horarios de funcionamiento y la falta de consultorios diferenciados también dificultan el acceso de los/as adolescentes a estos servicios, ya que estos últimos temen ser reconocidos y juzgados al atenderse con el público general. Las barreras de acceso favorecen el uso incorrecto de los anticonceptivos, una menor adhesión y la automedicación (a través de la compra del método en farmacias por parte de quienes disponen de recursos). Estos factores propician la emergencia entre las mujeres de mitos y representaciones negativas acerca de los métodos anticonceptivos, que constituyen a su vez una barrera importante al uso de los mismos.

Con respecto a las barreras socio-culturales se evidenció que la persistencia del tabú acerca de la sexualidad de los/as jóvenes limita su empoderamiento y su acceso a información y métodos de planificación familiar. Si bien se organizan charlas en los colegios, los/as docentes no manejan información de calidad según

los entrevistados y comparten los prejuicios negativos de los padres y madres sobre la sexualidad de los/as adolescentes. El arraigo en la matriz social del machismo y las creencias religiosas, no solamente dificultan que se reconozca y que se admita la protección de la sexualidad de los jóvenes, pero también impactan el ejercicio del derecho a decidir de las mujeres jóvenes y adultas sobre sus cuerpos. Por otro lado, cuando las mujeres deciden abortar, los hombres no suelen participar de la decisión, dejando la responsabilidad, los costos y las consecuencias únicamente a las mujeres. El machismo también influye en la incidencia de violencia hacia las mujeres que impactan negativamente su autoestima y su capacidad de responsabilizarse de su salud. La vulnerabilidad de las mujeres en esa configuración social del machismo también explica el elevado índice de agresiones sexuales. Estas ocurren en su mayoría en el interior de las familias, dificultando su denuncia y su atención médica para prevención de los END. En ese aspecto, hay una demanda fundamental por parte de los profesionales de salud y de los actores de la sociedad civil para que se permita la distribución gratuita de los anticonceptivos orales de emergencia en los establecimientos de salud del MINSA y la aprobación de la ley de despenalización del aborto cuando el embarazo es resultado de una violación.

Los profesionales de salud entrevistados son favorables a un mayor acceso de los/as adolescentes a los métodos anticonceptivos. Sin embargo, algunos tienen representaciones incorrectas sobre el uso de algunos métodos por parte de este público. Los profesionales de salud tienen posiciones ambiguas frente al aborto, pero hay consenso sobre los riesgos de los abortos inseguros y la necesidad de despenalizar en caso de violaciones. Una parte de los profesionales adopta una posición pragmática frente a los riesgos incurridos por las mujeres e indica métodos y profesionales para procedimientos seguros. Otra parte no se pronuncia o intenta activamente disuadir a mujeres que manifiestan el deseo de abortar. No se encontraron resistencias al aborto terapéutico o a los cuidados postaborto entre los médicos entrevistados; al contrario, algunos médicos rechazaron la obligación legal de denunciar a mujeres que han inducido el aborto.

Se espera que los hallazgos presentados aquí permitan fomentar transformaciones en las prácticas y los discursos, contribuyendo así a disminuir las barreras de toda índole, a alcanzar una cobertura más

amplia y directa con las poblaciones clave y a fortalecer la capacidad de mujeres y hombres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Para alcanzar estos retos, se recomienda enfáticamente reforzar las capacitaciones de los profesionales de salud y de los docentes enfocando en los derechos sexuales y reproductivos y en la igualdad de género; involucrar los/ las adolescentes en la creación de materiales para campañas de prevención de los END; e involucrar la comunidad en general, y en especial los padres y madres, en actividades que promuevan los derechos sexuales, la igualdad de género y la prevención de la violencia familiar.

EXECUTIVE SUMMARY

In Villa El Salvador, a district located in the southern outskirts of Peru's capital Lima, unwanted pregnancies and unsafe abortions concerns mostly teenager girls and adult women in union living in situations of socio-economic vulnerability. This qualitative study surveyed 21 health workers, 6 social assistants and educators, 8 actors from civil society working on women's rights and health, and 3 women who had experienced an unwanted pregnancy and/or abortion. Four focus groups were carried out with 8 female community health workers, 6 women from local civil society and 10 teenagers acting as peer community health workers, boys and girls between 13-18 years old. The aim of this study was to document and analyse the sociocultural determinants to unwanted pregnancies and unsafe abortions.

The local family planning (FP) strategy offers a variety of modern contraceptives methods (hormonal, IUD, barrier and surgical) free of charge after counselling with a midwife. However, the prevention of unwanted pregnancies and unsafe abortions finds itself limited due to sanitary structures and sociocultural factors. Firstly, the primary healthcare facilities endure supply problems regarding contraceptives' methods. The recommendations for FP also restrict teenagers' access to contraceptives. Although the national PF Norms do not mention specific restrictions for teenagers, we found that health care providers do not always know those Norms. The healthcare facilities limited opening hours and the lack of special consultation hours for teenagers also hinders their access to FP, as they fear being recognized and judged when attending those services with the general public. Access barriers may

contribute to contraceptive misuse, less adherence and self-medication for those who can buy contraceptives in pharmacies. These factors foster myths and negative representations on contraceptives' methods among women of all ages, thus creating another barrier for their use.

Secondly, we found among the sociocultural barriers that the persistent taboo and denying of teenagers' sexuality hinders their empowerment and their access to information and FP methods. Although there are sexuality and health talks carried out in secondary schools, teachers do not handle good quality information and share parents' prejudices on teenagers' sexuality, according to the informants. The rooted machismo - unequal gender relations - and religious beliefs not only makes it very hard to accept adolescents' rights to a protected sexual life, but also hinders women's right to deciding on their bodies. However, when women decide to have an abortion, men seldom participate in the decision, leaving the responsibility, costs and consequences on the women. Machismo also favours violence against women which has a negative impact on their self-esteem and on their autonomy and capacity to care for their health. Hence this social configuration of machismo and women's vulnerability explains the high levels of sexual violence. Those occur mostly within families making it more difficult for the women to denounce and search for medical care to prevent unwanted pregnancies. In this context there is a strong demand from health care workers and civil society organizations for the emergency oral contraceptive to be allowed for distribution free of charge in public health facilities. Moreover, they advocate for the decriminalization of abortion when the pregnancy resulted from rape.

Thirdly, health care workers surveyed expressed they were favourable to increasing teenagers' access to contraceptive methods. However, some have misrepresentations on prescribing some methods to this public. Health care workers have ambiguous opinions regarding abortion in general, but most agreed on the risks of unsafe abortion and on the need to legalize abortion in cases of rape. Among the health care workers surveyed, some adopt a pragmatic approach regarding the risks of unsafe abortion and take action, indicating safe methods or colleagues for safe procedures to women who ask them. Others do not give any information while some health care workers actively try to dissuade women who declared they wanted to have

an abortion. We did not find resistance from health care workers regarding therapeutic abortion or positions against providing post abortion care to women who had had an abortion; on the contrary, some physicians were against the legal obligation to denounce them.

We hope that the findings presented here allow to encourage transformations in the practices and discourses, helping to reduce all kinds of barriers, to better attain key populations and to strengthen the capacity of women and men to enjoy their sexual and reproductive rights. In order to achieve this, we strongly recommend the strengthening of health workers and teachers' training focused on sexual and reproductive rights and gender equality; to involve teenagers into creating materials for campaigns to prevent unwanted pregnancies; to involve the broader community, especially fathers and mothers, in activities that promote sexual rights, gender equality and prevention of domestic violence.

INTRODUCCIÓN

Pese a que América Latina ha conocido una reducción acelerada de las tasas de fecundidad desde la década de 1960, gracias a la introducción de métodos de planificación familiar y los cambios sociales como la urbanización y el aumento de la escolarización; la región se destaca aun por una elevada tasa de fecundidad de adolescentes entre 15-19 años (Cosío-Zavala, 2007). El 19,5% de mujeres entre 15-19 años ya habían estado embarazadas entre 2001-2005, mientras en la subregión andina la tasa de fecundidad adolescente se redujo sólo en un 6 % entre 1975 y 2005, comparada con un descenso de un tercio para la tasa de fecundidad general en el mismo período (UNFPA, 2010). Los embarazos no deseados afectan a adolescentes como a mujeres adultas que se encuentran en el final de su edad fértil y, como consecuencia del marco legal restrictivo, suelen terminar en abortos inseguros (Guillaume, Lerner, 2009a).

América Latina tiene la más alta tasa de aborto de todas las regiones del mundo desde la década del 2000 y la tendencia se mantiene estable. En América Latina y el Caribe se estima que el número de abortos anuales en 2008 fue de 4,4 millones, representando una tasa de 32 abortos por cada 1000 mujeres de edad comprendida entre 15-44 años. El 95% de los abortos realizados en la región son inseguros, es decir, realizados en malas condiciones de seguridad por personas no calificadas o en un entorno que no cumple con las normas médicas mínimas, o ambos (Sedgh *et al.*, 2012; Lesieur, 2013). Según la Organización Panamericana de Salud, la mitad de los abortos realizados en América Latina corresponde a mujeres de 20-29 años y el 14% a mujeres de hasta 19 años. Estos datos muestran que todavía no se ha logrado en la región latinoamericana superar los retos de la prevención de los embarazos no deseados y de sus consecuencias tal como se establecieron en la Conferencia Internacional de Población de El Cairo en 1994.

Según los datos de la ENDES 2014¹, en el Perú el 19,8% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados. Si se añade a este porcentaje los que han tenido lugar entre padres y madres que hubieran preferido diferir la llegada de un hijo, puede establecerse que más de la mitad de los nacimientos en Perú en los últimos cinco años no han sido deseados (53,3%)². Asimismo, la tasa de fecundidad

deseada en Perú es de 1,8 hijos de promedio por mujer, mientras que la tasa global de fecundidad es de 2,5 hijos de promedio por mujer en el 2014. El 74,6% del total de mujeres en edad fértil actualmente unidas³ usa algún método anticonceptivo, el 51,3% usa un método moderno y el 22,7% un método tradicional. El 8,6% del total de mujeres tienen necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, o sea, quieren evitar o retrasar un embarazo pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Frente a estos datos generales, se puede afirmar que todavía hay un margen de progreso que espera realizarse para lograr una maternidad deseada y un pleno ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres en Perú.

Entre los obstáculos para lograr ese reto en Perú está el marco legal nacional que penaliza el aborto en todos los supuestos a excepción del aborto terapéutico, cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer. Se estima que anualmente se realizan más de 376.000 abortos clandestinos, la mayoría en condiciones inseguras (Ferrando, 2006). Cabe señalar que los embarazos que terminan en aborto provocaron 10,9 muertes maternas por cada 100 000 nacidos entre el 2002 y el 2011, constituyéndose en la tercera causa de muerte materna directa en dicho periodo (MINSA, 2013). Además de ser un problema de salud pública, los abortos inseguros también constituyen problemas de desigualdad social, económica y de género; en este contexto, la penalización del aborto acentúa las condiciones de vulnerabilidad social y atenta a los derechos reproductivos y al derecho a la salud de las mujeres (Guillaume, Lerner, 2009a).

Las adolescentes son particularmente vulnerables ante esta situación y los riesgos de embarazos no deseados aumentan conforme bajan los ingresos, el acceso a la educación y a los servicios de salud. Según la ENDES 2014, 14,6% del total de las adolescentes de 15 a 19 años en el Perú ya estuvo alguna vez embarazada o está gestando. Ese porcentaje se ha incrementado ligeramente de 0,9 punto porcentual en los últimos 5 años, aunque la proporción de embarazos en adolescentes oscila entre 11 y 14 % desde la década de los 1990. La frecuencia de embarazos en la adolescencia es mayor entre las adolescentes que accedieron solamente al nivel de educación primaria (34,1%) y que se encuentran en el quintil inferior de ingresos (24,0%). Se evidencia que cuando cumplen ambos criterios suelen tener la primera relación sexual

1 - INEI, 2015, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014, nacional y departamental*.
2 - *Ibid*

3 - Las mujeres unidas según el INEI son aquellas que se encuentran casadas o en unión consensual en el momento de la encuesta ENDES (p.35).

de forma temprana, a los 17 años, cuando el promedio general de las mujeres peruanas es a los 18,6 años. Se constata que las jóvenes inician sus relaciones sexuales con poca protección ante los END : solo el 28% de las adolescentes peruanas entre 15-19 años utilizó alguna vez un método anticonceptivo (moderno y/o tradicional). Ese porcentaje se incrementa de manera importante en las mujeres entre 20-24 años, donde el 75% ya utilizó alguna vez un método anticonceptivo. De todo ello concluimos que la cuarta parte de las mujeres peruanas llega a los 25 años sin haber utilizado ningún método de planificación familiar, sea porque desean un embarazo o por falta de conocimiento y/o acceso a métodos anticonceptivos.

Entre las jóvenes y adolescentes, la maternidad es un factor importante de deserción escolar, que se acentúa dentro las clases sociales con menores ingresos. Las jóvenes madres se encuentran en la obligación de trabajar para mantener una fuente fija de ingresos y garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de su hijo/a, ya que muchas veces no pueden contar con el apoyo de sus familias o del padre del niño/a; pero suelen acceder solamente a trabajos de baja productividad con bajos salarios y sin cobertura social (UNFPA, 2010; Cavagnoud, 2011). Al afectar el rendimiento educativo y laboral de las madres, los END influyen negativamente en el acceso de éstas al mercado laboral calificado, perjudicando el desarrollo económico y social de sus familias y, con ello, su capacidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (Banco Mundial, 2012; Gutiérrez, 2013 ; Mendoza, Subiría, 2013).

“La falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos” [párrafo 97, plataforma de acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995]

1.1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La ONG Médicos del Mundo Francia (MdM) está comprometida con la problemática de los embarazos no deseados en países de África, de América Latina, Oriente Medio y en Europa. MdM lanzó un estudio dirigido a *contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna asociada a los embarazos no*

deseados en cuatro países (Burkina, Faso, República Democrática de Congo, Palestina y Perú). En el ámbito de este estudio, MdM estableció la prevención y la atención de los embarazos no deseados como una temática prioritaria, con la finalidad de documentar de manera profundizada los determinantes socioculturales y comunitarios de los embarazos no deseados y de los abortos que resultan de los END. El programa desarrollado por MdM en estos 4 países busca alcanzar principalmente los siguientes resultados :

- **El análisis y la consideración de las barreras que hay en la prevención y a la atención de los embarazos no deseados.**
- **El fortalecimiento de los servicios de prevención y de atención de los embarazos no deseados en las estructuras y servicios de salud.**
- **El fortalecimiento de las capacidades de los titulares de derechos para garantizar su acceso a los servicios y su capacidad de influencia sobre estos servicios.**
- **La promoción de la adopción de políticas públicas favorables para una mejor consideración de los retos de la prevención y atención de los embarazos no deseados.**

En el Perú, MdM Francia desarrolló entre el 2006 y el 2010 un primer proyecto en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la zona sur de Lima, en 3 distritos, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores. Desde el 2013, MdM focaliza sus esfuerzos en la mejoría del acceso a una atención integral en salud sexual y reproductiva para todas las mujeres en situación de embarazo no deseado en el distrito de Villa El Salvador.

En este ámbito, MdM trabaja con los establecimientos de salud de Villa el Salvador para sensibilizar y capacitar a los profesionales de salud en la prevención y atención a los embarazos no deseados. MdM también apoya y sensibiliza a la sociedad civil local sobre la planificación familiar y el aborto seguro (vía las promotoras de salud y otros grupos). A nivel macro, MdM participa con asociaciones locales y nacionales en la promoción del acceso a los abortos seguros, como por ejemplo la actual campaña “Déjala decidir” para la despenalización del aborto en casos de violación⁴.

4 - La campaña “Déjala decidir” articula esfuerzos de diversos movimientos, ONGs feministas y ONGs involucradas con los derechos sexuales y reproductivos, organizando eventos locales y nacionales como debates y marchas.

Para más informaciones : <https://www.facebook.com/dejaladecidir> y <https://twitter.com/dejaladecidir>

1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general de esta investigación es proporcionar un análisis profundo de los determinantes socioculturales y comunitarios de los embarazos no deseados (END) y de los abortos inseguros, especialmente en el tramo de edad entre 15 y 25 años. Específicamente buscamos :

- 1. Comprender mejor, por un lado, las necesidades no satisfechas en materia de END, incluso el perfil de las mujeres en cuestión y, por otro lado, las barreras (tanto ambientales como individuales) que hay para la prevención y la atención de los END y de los abortos.**
- 2. Comprender los distintos mecanismos de gestión familiar y comunitaria de los END y de los abortos.**
- 3. Recoger las percepciones y actitudes de los profesionales de salud con respecto a los END y los abortos.**

Este estudio deberá permitir mejorar las estrategias de intervención de MdM. También se espera sacar lecciones transversales que se podrán difundir al público y a los responsables políticos para generar cambios positivos y durables en las prácticas y en el marco legal. Se espera que estos cambios contribuyan al logro del objetivo general del programa de MdM, que es "contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna asociada a los END".

METODOLOGÍA

Esta investigación tiene un enfoque socio antropológico de orden cualitativo y comprensivo, sin alcance representativo. La metodología fue sometida al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, siendo aprobada el 23 de julio del 2015 [Constancia 364 - 09 - 15, código de inscripción 15003].

2.1. SELECCIÓN DEL SITIO DE LA INVESTIGACIÓN Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

El sitio de la investigación fue el distrito de Villa El Salvador, ubicado en el sur de la región metropolitana de Lima, que es la zona de intervención de Médicos del Mundo Francia en el Perú.

La población de Villa El Salvador está estimada en 463 846 habitantes, de los cuales 37%, tiene menos de 20 años y 111 666 son mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años⁵. Consecuentemente, se puede calificar a Villa El Salvador como una ciudad joven por la estructura de su población, además de serlo por su creación reciente en el año de 1982, y densamente poblada. El crecimiento poblacional y urbano del distrito fue rápido y se caracterizó por las intensas migraciones desde todas las regiones de provincia hacia la capital que han tenido lugar en los últimos 30 años, motivadas por el deseo de la población de escapar a la violencia interna o la búsqueda de mejores condiciones de vida.

Además de las migraciones, Villa El Salvador tiene una singular historia de acción social y una organización civil pujante, con grupos y asociaciones que siguen activos, aunque existan dificultades para renovar los voluntarios. El 40% de la población de Villa El Salvador ha terminado secundaria, 27,8% llegó a empezar o concluir una enseñanza superior universitaria o técnica, el 22,3% tiene primaria completa y 7,1% no tiene ninguna enseñanza. El parque industrial ubicado en el distrito ofrece empleos estables, aunque el trabajo informal es todavía muy común. El distrito está conectado a Lima por carretera y transporte público [ómnibus metropolitano, buses privados y tren eléctrico] lo que permite el acceso de la población a

los mercados laborales de la capital. La población es mayoritariamente católica [81%] y 12 % se identifica como cristiana o evangélica⁶.

Sin embargo, todavía se encuentra una parte importante de asentamientos precarios. Cerca de 16.000 personas no tienen acceso a ningún tipo de servicio higiénico y 5 952 viviendas no disponen de alumbrado eléctrico de la red pública⁷. Los asentamientos más pobres están ubicados más lejos del centro del distrito y en los cerros, donde hay menor acceso a los servicios de transporte y de salud. Además, en los últimos años se ha hecho más patente la problemática del pandillaje, de la inseguridad y de la violencia, todo esto reportado por los actores encontrados de la sociedad civil local.

Con respecto a la oferta en servicios de salud, Villa El Salvador pertenece a la Red de Salud Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac y Pucusana, al interior de la Dirección de Salud II Lima SUR del Ministerio de Salud [MINSA]. El hospital de referencia para esta región es el Hospital María Auxiliadora ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores.

En el distrito mismo de Villa El Salvador hay 18 establecimientos del MINSA, entre los cuales están los 3 centros maternos infantiles [CMI] y el centro de salud general y 14 puestos de salud. Los CMI tienen la estructura suficiente para atender partos sin complicaciones. Uno de los CMI posee la estructura quirúrgica para realizar AMEU, legrados⁸ y otros cuidados del postaborto, sean estos inducidos o no. En este CMI la misma estructura quirúrgica está planeada para hacer ligaduras de trompas, vasectomías y, en un futuro, cesáreas. En caso de complicaciones en los partos o en el puerperio, los profesionales de los CMI derivan las pacientes al hospital María Auxiliadora. Las derivaciones suelen ser frecuentes según los profesionales de salud entrevistados, en especial por el retraso de los controles de prenatal, embarazos de riesgo que ocurren más frecuentemente en adolescentes, cesáreas y por embarazos en mujeres viviendo con el VIH. En el censo 2007, el 8,8% de las adolescentes entre 15-19 años y el 0,5% de las adolescentes entre 12-14 años viviendo en Villa El Salvador ya eran madres⁹.

Se estima que hay 800 consultorios médicos y clínicas privadas en Villa El Salvador, algunos dotados de laboratorios para exámenes de sangre y ecografías. En

5 - INEI 2015, estimaciones al 30 de junio del 2015; datos obtenidos en <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/> consultados por última vez el 17 de agosto del 2015.

6 - Ibid

7 - Ibidem

8 - El método del legrado o curetaje es menos seguro que la AMEU por presentar riesgos tres veces más altos de complicaciones, además de ser

considerablemente más doloroso para la mujer. Por estas razones la OMS recomienda que el legrado sea reemplazado por la AMEU [OMS, 2012].

9 - INEI, sin fecha, *Perfil sociodemográfico de la provincia de Lima*, "Capítulo 1: Características de la población, 1.4.6. Madres adolescentes según distrito", datos del Censo 2007. Disponible en <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/LibO838/libro15/cap01.pdf>

algunos de estos centros se realizan abortos en condiciones seguras (misoprostol, AMEU con protocolos bien reglamentados) y legrados, pero no todos disponen de buenas condiciones materiales ni higiénicas ni tampoco cuentan con profesionales calificados¹⁰. Llama la atención, en un país en el cual el aborto está penalizado, la omnipresencia de carteles en lugares públicos de VES (estación del tren eléctrico, postes de alumbrado público, paredes de edificios...) anunciando servicios de “retraso menstrual – solución inmediata”, que son anuncios de clínicas inseguras según los entrevistados¹¹. Estos señalan que hay poco control de las clínicas inseguras por parte de las autoridades médicas, sanitarias y/o policiales. A parte de esas clínicas, Villa El Salvador cuenta con un gran número de farmacias y boticas privadas donde se puede adquirir métodos anticonceptivos, el anticonceptivo oral de emergencia y el misoprostol (Díaz, Chumpitaz, 2013). Aunque es legalmente obligatorio tener recetas para adquirir estos medicamentos, todos son vendidos frecuentemente sin ella.

Dos tercios de la población de Villa El Salvador no dispone de ningún seguro de salud en el 2015 según el INEI, el 19% contaba con el seguro de EsSalud y el 9% con el Seguro Integral de Salud (SIS). Sin embargo, en los CMI y en el centro de salud las asistentes sociales exoneran los costos de las consultas a los pacientes que no tienen SIS luego de una evaluación socioeconómica.

2.2. RECOGIDA DE DATOS

Los datos fueron recogidos a través de entrevistas cualitativas y discusiones dirigidas en grupos entre los meses de julio y agosto del 2015. Se hicieron 36 entrevistas individuales y 4 grupos focales, con un total de 62 personas. Las entrevistas duraron entre 15 minutos y 1 hora, todas fueron registradas en audio con consentimiento previo y el idioma utilizado fue el español. Además de estas entrevistas, se realizó una revisión de literatura¹² sobre el tema de los END y de los abortos.

El trabajo de campo estuvo a cargo de la coordinadora y de tres investigadoras, siendo todas sociólogas con experiencia en temas de salud y género. Los instrumentos de recogida de datos utilizados fueron las guías de entrevistas que fueron construidas para este estudio y aplicadas en los 4 países, mencionados anteriormente. Las guías fueron ligeramente adaptadas al perfil de los actores locales entrevistados y al contexto según sugie-

rencias del equipo de MdM en el Perú y a medida que se iban utilizando los instrumentos.

1. Las entrevistas individuales

Se entrevistaron profesionales de salud que trabajan en los 3 Centros Maternos Infantiles (CMI) y en el centro de salud general de Villa El Salvador, con especialidades como obstetras (9), médicos/as generalistas, cirujanos/as, ginecólogos/as y obstetras (8), psicólogos/as (4), asistentes sociales y educadores/as (6). Cabe señalar que la casi totalidad de los profesionales de salud entrevistados llevan más de 10 años trabajando en la red pública de salud de Villa El Salvador. La mitad de estos profesionales ya ha trabajado o ha sido capacitado por MdM, en el proyecto actual o en el anterior.

En un principio, las entrevistas fueron obtenidas gracias al contacto del equipo local de MdM con los actores con los cuales se viene trabajando, luego se pidió a cada entrevistado que recomendará a un colega para otra entrevista, utilizando de esta manera el método “bola de nieve”. Entrevistamos a 2 orientadoras legales comunitarias y a 6 actores de la sociedad civil que trabajan en Villa El Salvador y en los distritos vecinos con la prevención de los embarazos no deseados y que defienden el aborto seguro, muchos de los cuales trabajan en coordinación con MdM. Finalmente, entrevistamos a 3 mujeres que tuvieron experiencias de embarazos no deseados, dos de ellas han tenido experiencia de abortos inducidos, la primera en una clínica en condiciones inseguras y la última con uso del misoprostol.

2. Los grupos focales

Se realizaron cuatro discusiones dirigidas de grupo, la primera fue organizada con 8 promotoras voluntarias de salud que han sido capacitadas por MdM en uno de los CMI. Un segundo grupo focal reunió a 6 mujeres dirigentes de los comedores autogestionados de Villa El Salvador. El tercer grupo focal se organizó en un grupo de 6 promotores adolescentes de uno de los CMI, con 3 adolescentes mujeres y 3 varones entre 13 y 18 años. El último grupo focal reunía 4 promotoras adolescentes mujeres entre 13 y 16 años luego de un taller sobre prevención de embarazos no deseados organizado por una ONG en uno de los CMI.

3. La revisión de la literatura y de documentos

Se efectuó una revisión de la literatura antes y durante la investigación de campo, para contextualizar la problemática y complementar los datos recogidos por los métodos cualitativos. Se consultaron los documentos

¹⁰ - Datos extraídos de los documentos de referencias internos de MdM (2012), confirmados por el equipo local y las entrevistas.

¹¹ - Ver fotografía en anexo

¹² - Ver bibliografía

clave de MdM, como el documento de referencia de la misión en el Perú, así como documentos producidos por otras ONGs y asociaciones peruanas involucradas en la problemática de los END y de los abortos¹³. También se consultaron a los tratados técnicos con respecto a la planificación familiar y el Plan Multisectorial de prevención de los embarazos en adolescentes del MINSA.

2.3. TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Todas las entrevistas fueron transcritas integralmente por las investigadoras de manera anónima e identificadas por códigos con la finalidad de impedir que se reconozcan a las personas entrevistadas. Recordamos que las transcripciones son fieles al discurso oral de los entrevistados, como dicta el método cualitativo socio-antropológico¹⁴. Consecuentemente las citas en este informe son discursos hablados, sin ninguna edición o reformulación, respetando la palabra de los actores.

Las entrevistas transcritas fueron codificadas por el software NVivo para identificar a los temas principales con los cuales se hizo un análisis de contenido transversal respondiendo a los objetivos de la investigación.

2.4. LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN

El principal obstáculo encontrado fue contactar y entrevistar a mujeres que han tenido embarazos no deseados y/o abortos inducidos seguros e inseguros. En primer lugar, los contactos con profesionales de salud y personas de la sociedad civil en VES no pudieron brindarnos muchos contactos de mujeres en especial por motivos éticos de secreto médico en el caso de los primeros. En segundo lugar, debido a la necesidad de autorizaciones de la red de salud local, no hemos podido reclutar a participantes en las salas de espera de los centros de salud. Sin embargo, intentamos abordar a mujeres de modo informal en las cercanías de los establecimientos, sin éxito. Las mujeres con quienes logramos dialogar dijeron no tener el tiempo para la entrevista o esperaban alguna compensación por su participación.

La falta de un primer contacto establecido anticipadamente para facilitarnos el acceso a personas entre 15 y 25 años fue determinante, pues nos impidió replicar la dinámica establecida con los profesionales de salud de "bola de nieve" con este público. Además, por la natu-

raleza de la investigación, era necesario llegar a las mujeres a través de contactos de confianza para que ellas se sintieran seguras al momento de discutir sobre sus experiencias personales e íntimas. Hipotéticamente podemos pensar que las mujeres en esa edad, en especial las que han tenido hijos como consecuencia de END, trabajan para mantener a su familia, algunas fuera del distrito, lo que explicaría la dificultad para encontrarlas. Sin embargo, los relatos de profesionales de salud, de las promotoras y de las mujeres de las asociaciones civiles han permitido abordar las percepciones con respecto a los aspectos socioculturales y comunitarios de los END, las representaciones respecto a los métodos anticonceptivos y los abortos.

Otro límite encontrado fue la falta de autorización por parte de la red local de salud. De común acuerdo con la coordinadora de MdM en Perú, decidimos no pedir estas autorizaciones porque tramitarlas hubiese resultado costoso en tiempo. Algunos profesionales contactados para las entrevistas manifestaron preferencia por tener una autorización de la jefatura para participar en la investigación, aunque hayamos insistido que las entrevistas tenían un carácter personal, voluntario y confidencial. La falta de autorizaciones también impidió la realización sistemática de observaciones directas de la atención en los centros de salud¹⁵.

Aunque hemos utilizado el método "bola de nieve" para contactar a los participantes, los primeros contactos se dieron por el equipo de MdM en Perú. Estos primeros participantes tenían confianza y proximidad con el equipo, lo que facilitó que aceptaran brindarnos su tiempo para la entrevista. En su mayoría, estos primeros contactos, fueron con profesionales de salud y asistentes sociales que ya vienen participando en capacitaciones de MdM y otras ONGs. Nos percatamos así del riesgo de sesgo en su participación considerando que ya fueron sensibilizados a las nociones de derechos en SSR, son favorables a nociones de autonomía de las mujeres y que por ende no son representativos de la mayoría de los profesionales de salud, según los propios profesionales entrevistados. Esta posición se confirmó a la luz de las opiniones expresadas en las entrevistas y explican el hecho que se haya entrevistado a un menor número de profesionales con opiniones más conservadoras con respecto a la SSR, los END y los abortos.

El número de entrevistas con las promotoras voluntarias de salud fue limitado ya que estas estaban

13 - Ver bibliografía

14 - "Los extractos de las entrevistas deben ser citados lo más cerca de su forma original. No se debe apagar los balbuceos si estos dicen algo [...] No es la ortodoxia gramatical que vale pero la verdad del material : las comas y los puntos deben ser colocados donde las personas los

pusieron." Kauffman, J.-C. [2007]. *L'entretien compréhensif. L'enquête et ses méthodes*. Paris, A. Colin, p.112, traducción libre.

15 Sobre los métodos cualitativos referirse a Bouchon, Magali [2009] *Recogida de datos : Métodos cualitativos*. Médecins du Monde, Paris, 2ª edición, 2012, en especial p.12-25 sobre el método de observación.

involucradas en actividades de campo para la campaña de vacunación del sarampión, el barrido de prevención del dengue y en otras actividades, incluso en la réplica de los talleres de SSR con MdM.

Finalmente, el tiempo de trabajo de campo no permitió comprender de forma profunda la complejidad de la problemática de los END y las percepciones sobre la salud sexual y reproductiva desde el prisma de las relaciones de género y las trayectorias de las mujeres. El retraso en el inicio del trabajo de campo, en especial por la espera de la aprobación del Comité de Ética, perjudicó la planificación adecuada de la investigación.

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. SOBRE LOS ANTICONCEPTIVOS

3.1.1. DIVERSIDAD DE LOS MÉTODOS OFRECIDOS

Las entrevistas confirmaron que hay amplia diversidad de métodos anticonceptivos ofrecidos en los establecimientos públicos de salud de Villa El Salvador. Los métodos hormonales incluyen las píldoras, las inyecciones mensuales y trimestrales y los implantes (*Norplant, Implanon*). A su vez encontramos los dispositivos intra uterinos (DIU), también conocidos como la T de cobre. Entre los métodos de barrera se encuentran casi únicamente los condones masculinos, que frecuentemente son mencionados de forma positiva por tener un doble rol como anticonceptivo y protección contra las ITS/VIH. Aunque las usuarias adultas y adolescentes conocen la existencia de los condones femeninos, no hubo referencias a su utilización, más bien son considerados como caros para comprar en las farmacias y no cuentan con un buen abastecimiento en la red pública.

Una minoría de las obstetras entrevistadas mencionó brindar informaciones sobre métodos dichos tradicionales, como el método del ritmo (abstinencia periódica), el coito interrumpido y el MELA¹⁶. El motivo evocado para no recomendar los métodos tradicionales es la mayor probabilidad de fracaso de estos comparados con los “modernos”. Como vemos en la próxima citación, una obstetra admite analizar subjetivamente si una pareja tiene condiciones para entender y aplicar regularmente un método de abstinencia antes de recomendar ese método. La recomendación queda en manos del criterio de la obstetra así como la apreciación que le permite determinar si la mujer o la pareja pueden tener una disciplina para que el método sea eficaz :

“Tenemos todos los métodos, ofrecemos los métodos naturales, pero empezamos, por ahí, para aquellas personas que nosotros vemos que ellas pueden entender y pueden seguir y respetar, sobretudo la pareja, los días de abstinencia. Pero se trabaja más en un 90%

hasta 95% con métodos hormonales, tenemos las píldoras anticonceptivas, las ampollas mensuales, las ampollas trimestrales y ahora tenemos los implantes sub-dérmicos, que para nosotros ha sido un gran logro. Asimismo también tenemos los que son los dispositivos intra uterinos, los preservativos.”

Obstetra - 21

Los profesionales de salud aludieron a la dificultad para lograr que las parejas masculinas respeten la abstinencia en los periodos fértiles en el caso de utilizar el método del ritmo, en especial en contextos de violencia en el hogar o de episodios de consumo de alcohol. Una de las mujeres entrevistadas mencionó que en charlas organizadas por grupos católicos se enseñaba el método del ritmo. Una obstetra mencionó que algunas mujeres oriundas de provincias pueden utilizar yerbas, té o lavados como métodos anticonceptivos, pero que estas representan una franja limitada de las mujeres de Villa El Salvador.

Los/as jóvenes entrevistados citaron también la abstinencia como una forma de prevención de los END. De hecho, los/as educadore/as y los/as promotore/as de salud están haciendo la promoción de la abstinencia con el objetivo de postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, según dicta el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (MINSa, 2011).

Además de estos métodos, también se brinda información y se hace la referencia a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), la ligadura de trompas y las vasectomías, que se hacen en el hospital de referencia María Auxiliadora. Actualmente el CMI de Juan Pablo II en Villa El Salvador dispone un centro quirúrgico operativo para hacer ligaduras de trompas y vasectomías en este establecimiento, pero no ha empezado esta actividad a la fecha. Cabe señalar que la AQV, en especial la esterilización femenina fue ampliamente promocionada por el gobierno peruano en la mitad de la década del 1990 como principal método anticonceptivo y estrategia para reducir la pobreza. Este periodo fue marcado por presiones y abusos hacia mujeres en situación de pobreza y con un menor nivel educativo para que aceptaran la esterilización, muchas veces sin ninguna consejería previa, violando los derechos de las mujeres (Coe, 2004). Nuestros entrevistados no mencionaron esta triste historia reciente, pero los profesionales de salud han enfatizado la elección por las mujeres de su método

16 - Método amenorrea por Lactancia

anticonceptivo, demostrando en este aspecto un cambio favorable en las prácticas.

3.1.2. LA SITUACIÓN PARTICULAR DE LA AOE EN EL PERÚ

La anticoncepción de emergencia [AOE], también conocida como píldora del día siguiente, está en la lista de medicamentos esenciales de la OMS desde el 1999 y fue integrada por el MINSA por resolución ministerial en el 2001, basada en las recomendaciones internacionales, consideraciones técnicas y científicas. Sin embargo, la implementación de esta resolución está bloqueada desde el 2003 por decisión del Tribunal Constitucional, tras denuncias sin fundamentos científicos en las que se argumenta que la AOE tendría un efecto abortivo y estaría en contra del derecho a la vida establecido por la constitución [Pretell-Zárate, 2013; OMS, 2010; Ramírez, 2006]. El debate llevó al gobierno a establecer una comisión de Alto Nivel cuyo dictamen fue favorable a la AOE. A su vez, la Defensoría del Pueblo, recomendó la distribución de la AOE basándose en el respeto a los derechos fundamentales de las personas y de la comunidad. Pese a eso, la distribución gratuita de la AOE en los centros de salud sigue bloqueada hasta la fecha debido a que el Tribunal Constitucional no ha cambiado su resolución. Los profesionales de salud entrevistados y la literatura [Coe, 2004] enfatizan que este bloqueo tiene como origen la voluntad de grupos políticos y religiosos que circulan en las esferas de poder de promover una agenda conservadora :

“La anticoncepción oral de emergencia, que le dicen la “píldora del día siguiente”, hubo un tiempo que sí nos llegó ese método, eran las dos píldoras que se tomaban pero los quitaron por todo el tema de la religión, los problemas a nivel de más arriba, más que todo políticos. Entonces hay pacientes que no pueden comprarse un método en una farmacia de emergencia por el tema del costo, [...] no es muy accesible a la población. Entonces nosotros en ese caso ofrecemos el método de “yuzpe” que está dentro de nuestros protocolos de planificación familiar.”

Obstetra – 27

La falta de la AOE en la red pública es compensada por el uso del método Yuzpe, que consiste en suministrar un número establecido de píldoras anticonceptivas de uso mensual en el mismo intervalo de tiempo de la AOE, hasta 5 días después de la relación sexual¹⁷.

La casi totalidad de los entrevistados lamentó que la AOE no sea distribuida gratuitamente en los servicios de salud. Pese a que la mayoría de las obstetras entrevistadas conocen y han administrado el método Yuzpe, su uso no es conocido por la totalidad de los profesionales de salud entrevistados. Llama la atención que son precisamente aquellos profesionales que suelen manejar casos de agresiones sexuales (médicos generalistas en emergencia, psicólogos, asistentes sociales) los que no están informados de dicho método, por considerar que eso es del ámbito de las obstetras.

Paradójicamente a la situación de bloqueo de la distribución gratuita en el ámbito del MINSA, la venta de la AOE está permitida en las farmacias de todo el país mediante receta¹⁸, pero el coste elevado de esta limita el acceso a las mujeres con menores ingresos, como es el caso de una parte de las mujeres de VES. Sin embargo, los profesionales de salud observan un uso indiscriminado en especial por las adolescentes y las jóvenes al ser posible la compra sin receta ni control alguno. Como veremos más adelante en las representaciones sobre los anticonceptivos, la percepción de los profesionales de salud sobre el uso incorrecto de la AOE carece de base científica. Los profesionales no han sido informados o capacitados sobre las recomendaciones de la OMS según las cuales el uso repetido de la píldora es inocuo y eficaz, incluso cuando es utilizada repetidas veces en un mismo mes [OMS, 2010].

3.1.3. ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN

Los métodos anticonceptivos son distribuidos gratuitamente en la red pública de salud tras la consulta de planificación familiar (PF). Para las personas inscritas al SIS la consulta de PF es sin costo, mientras que para las personas sin seguro la consulta cuesta 5 soles, pero las usuarias pueden ser exoneradas por las asistentes sociales luego de una evaluación socioeconómica; aunque la consulta sea pagada los insumos son gratuitos. En la primera consulta de PF se abre una historia clínica a la paciente y se le brinda información sobre todos los métodos, incluso los efectos secundarios de cada método, para que ella pueda elegir de acuerdo con sus preferencias.

“Lo que es planificación familiar en los hospitales es gratuito, ahí te enseñan, o sea, te muestran todos los planes que tú puedes elegir, cierto. Te dicen los riesgos

17 - La OMS comprobó y recomienda la AOE como método eficaz hasta 5 días después de la relación sexual, contra 72 horas (3 días) en la recomendación anterior. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/> 18 - “El AOE puede adquirirse en cualquier farmacia o botica autorizada. El esfuerzo del Ministerio de Salud estudiará el acceso gratuito a

través de cualquier establecimiento de salud, para las ciudadanas de bajos recursos. Su obtención es únicamente bajo receta o prescripción médica”. Fuente : MINSA, enlace consultado el 23/08/2015 http://www.minsa.gob.pe/portada/ciu_dss_consultas.asp

de cada uno, qué debes usar o no de acuerdo al organismo de uno más que todo. Entonces para uno saber qué es lo que te va bien que probarlo, porque si no lo pruebas, no vas a saber si te va bien o no con tu organismo, porque hay mucha, resulta diferente a cada persona, no es igual. Yo he usado la T de cobre, he usado también las píldoras y también me he cuidado con ampollas. Yo he usado los 3."

Mujer de 30-40 años, grupo focal O3

La casi totalidad de los profesionales de salud entrevistados enfatizó que son las mujeres quienes eligen su método anticonceptivo luego de haber recibido la consejería :

"Creo que el mejor método es el método que elija la joven. Porque me he dado cuenta que a veces ellas vienen ellas mismo indecisas y yo les digo mira, de acuerdo con tus características, mira tú misma me estás diciendo que no estás muy segura de la relación pues, puedes usar condones por ejemplo, pero si ella no se siente segura no lo va a usar."

Obstetra - 21

Para aquellas mujeres que utilizan las píldoras e inyecciones mensuales, es necesario regresar una vez al mes para reposición o reaplicación, o cada tres meses para las inyecciones trimestrales. En ese momento las usuarias pasan por una consulta de seguimiento. Este sistema, pese a que implique un traslado al centro de salud para las mujeres todos los meses o cada tres meses, permite el monitoreo por parte de los profesionales de salud, que también puede aclarar dudas de las usuarias en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos, los efectos secundarios, etc.

"El detalle de la ampolla mensual es que, la disponibilidad de tiempo de venir mensualmente, eso también es un factor... si es que encuentran cupo también para su fecha. [...] Algunas son usuarias continuadoras y tienen ya una tarjeta de citas, saben que le toca ya este mes "X" método, puede ser método vía oral o método de ampollas o método de barrera que es el preservativo. Entonces ellas tienen ya una cita, traen sus citas y ya en ese caso la atención es más corta porque ya se entrega el método. En los casos que esta atención podría demorar es cuando es por primera vez, hay que ofrecerle todos los métodos o cuando la paciente desea cambiar a otro método."

Obstetra - 27

Con respecto a la atención y el acceso de los/las jóvenes, no existe un consultorio de planificación familiar diferenciado para los/as adolescentes, aunque sea una demanda de los profesionales de salud. En uno de los centros de salud un psicólogo atiende a los/as adolescentes en horarios diferenciados y en dos de los centros hay talleres en salud integral, incluyendo SSR, para pares adolescentes. Pese a que los CMI organizan y participan en charlas en los colegios, los profesionales de salud manifestaron todavía una gran preocupación sobre la falta de conocimiento y el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos :

"Y él [un adolescente de 16 años] me dice, "yo por si acaso me había cogido un condón de mi primo. Pero no sabía cómo usarlo". Entonces, por eso te decía [...] tienen de repente conocimiento de que se puede utilizar condón, pero ¿cómo? ¿Cómo se hace? Entonces yo me pregunto, que hubiera pasado si este chico hubiera tenido relaciones sexuales ¿no es una probabilidad de embarazo? Él 16 y ella 17."

Psicóloga - 20

"Es que el programa de adolescente da bastante información en los colegios, pero hay mucha estigmatización todavía de los adolescentes con respecto al uso de métodos anticonceptivos [...] hay una barrera todavía que no conocen muy bien cómo es el uso del preservativo, el uso de la píldora, el uso del método del ritmo, esas cosas siempre es bueno que las conozcan. Aunque dentro de la estrategia nacional del estado se les enseñe a utilizar los métodos, los chicos no usan los métodos, tienen relaciones sexuales de temprana edad, si tenemos problemas con el VIH. El objetivo sería que posterguen, que traten de postergar las relaciones, sensibilizarles para que ellos posterguen el inicio de las relaciones sexuales."

Médico - O5

Además de los profesionales de los centros de salud, otros actores que brindan informaciones sobre métodos anticonceptivos en Villa El Salvador o en los distritos vecinos fueron mencionados en nuestras entrevistas. La Casa del Bienestar del Movimiento Manuela Ramos en Pamplona Alta en San Juan de Miraflores ofrece consultas e insumos de planificación familiar. La ONG Cepesju realiza talleres y charlas con adolescentes sobre prevención de embarazos no deseados y de ITS/VIH, ayudando a formar pares adolescentes pero sin distribuir insumos. Se mencionó también a otras organizaciones activas en el pasado en proyectos

de SSR y de prevención de VIH como Mdm con su proyecto anterior con enfoque en adolescentes y Médicos Sin Fronteras. El policlínico de la ONG Vermell no fue mencionado por los entrevistados, pero también interviene en el distrito, brindando consejería, orientación y distribución de métodos anticonceptivos.

3.1.4. BARRERAS A LA ANTICONCEPCIÓN

LOS PROBLEMAS DE ABASTECIMIENTO

A pesar de la diversidad de métodos anticonceptivos ofrecidos, fueron reportados problemas de abastecimiento en todos los CMI de Villa El Salvador. El desabastecimiento de anticonceptivos en los centros de salud públicos es un problema persistente según los profesionales entrevistados y está documentado en la literatura sobre la planificación familiar en el cono sur de Lima y nacionalmente [Yon, 2015; Díaz, Chumpita, 2013; Ferrando, 2006].

“Ahora, lo que sucede con los métodos anticonceptivos, no los tenemos de manera permanente. ¿Qué significa? Que hay temporadas en las cuales se acabó las píldoras, no nos abastecen. Entonces la usuaria tiene que cambiar a lo que en ese momento tenemos el método disponible. [...] Entonces viene la usuaria y dice yo quiero continuar... yo quiero me han avisado. Reúne los requisitos pero ya no le podemos ofrecer. Entonces los métodos no están de manera permanente, entonces la usuaria en el caso de los inyectables tiene que estar variando entre la de trimestral, la de mes”

Obstetra - O3

“Ahorita actualmente no hay Implanon, no hay la inyección mensual, no hay preservativos; sólo estamos dando píldoras e inyecciones trimestrales. [...] Cuando volverán a llegar, no sabemos. [...] Sí, hay temporadas que sí, nos quedamos desabastecidos.”

Obstetra - 12

El desabastecimiento limita la posibilidad que las mujeres elijan libremente su anticonceptivo. Asimismo, aquellas que ya eran usuarias de un método se ven obligadas a cambiarlo cuando éste se encuentre indisponible. Estos cambios por falta de opción perjudican la adhesión de las usuarias a los métodos anticonceptivos y son señalados por los profesionales de salud como nocivos por los diferentes efectos secundarios que pueden provocar [ya que no todos

los métodos son adaptados a todas las mujeres]. Para seguir con el método que prefieren, algunas mujeres van a comprarlos en las farmacias, asumiendo solas el costo de protegerse. Esta alternativa no existe para aquellas mujeres con menores ingresos dependientes de la distribución gratuita.

“[Las promotoras y jóvenes] que señalan que hay mucha deficiencia, en la distribución desde el estado a los centros de salud a los anticonceptivos. Hay una carencia, entonces ellas se ven obligadas a comprar en la farmacia ¿no? Que eso es un costo para ellas que muchas veces, ya sea como te decía por el tema de la disciplina, sumado a eso el gasto que se genera, muchas veces la consecuencia es que salga gestando sin haberlo querido. Entonces eso es lo que debería del estado también preocuparse en ver y dotar a los centros de salud de anticonceptivos para que no siga sucediendo a esa situación.”

Orientadora legal - O2

Según los profesionales de salud entrevistados, el MINSA atribuye los problemas de abastecimiento a problemas logísticos como retrasos en las aduanas para la entrada de los insumos, al cual se añade problemas de gestión de la compra de los mismos [Ferrando, 2006].

LAS BARRERAS ESPECÍFICAS A LOS/AS ADOLESCENTES

1. La norma de acceso a la anticoncepción para menores y sus excepciones

Los/as adolescentes pueden ser atendidos en consultorios de planificación familiar de los CMI para consejería e información sobre los métodos anticonceptivos. Los colegios públicos y privados de Villa El Salvador acogen charlas sobre salud integral, incluyendo SSR y PF, organizadas y ejecutadas por los profesionales de los CMI, con enfoque multidisciplinario incluyendo a obstetras y psicólogo/as. No se brindan anticonceptivos durante estas charlas. Aunque las charlas sean vistas como positivas por los/as jóvenes, como veremos enseguida, hay una resistencia por parte de padres y profesores a estas actividades, por el tabú acerca de la sexualidad de los/as adolescentes.

Los profesionales de salud entrevistados opinan que las charlas son positivas pero insuficientes. Según ellos estas intervenciones en los colegios deberían ser más sistemáticas durante el año escolar, además de ser completadas por una atención diferenciada en los centros de salud. Los mismos profesionales recordaron

que los/as niño/as en situación de deserción escolar tienen menor acceso a la información, en especial aquellos/as que salieron del sistema educativo al término de la primaria, cuando las charlas empiezan en secundaria. La mayoría de los profesionales de salud mencionó que las charlas deben empezar en primaria a temprana edad para una mayor cobertura.

Si por un lado los/as adolescentes pueden tener acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, por otro lado los profesionales de salud nos han indicado que las recomendaciones de PF del MINSA determinan que los/as menores de 17 años solo pueden obtener una prescripción de métodos anticonceptivos si están acompañados por un adulto, de preferencia un familiar próximo en la consulta de planificación familiar. Es ampliamente reconocido por los profesionales que los/as adolescentes prefieren venir sin sus padres y madres, muchos de los cuáles no aceptan y juzgan negativamente el hecho de que hayan iniciado su vida sexual. De forma que son pocos los padres y madres que vienen con sus hijos/as y muchos de los/as adolescentes que recurren a otros adultos (tío/as o hermano/as mayores) para obtener métodos anticonceptivos a escondidas de sus padres y madres.

"Inclusive si nosotros aplicamos, tu puedes hablar con psicología, con asistenta social, ellas te van a decir, las normas dicen que ellas tienen que venir acompañadas por sus padres. Yo las felicito a las mamás cuando vienen con sus hijas, deberían ser todas las mamás pero parece mentira, no viene del 1% será."

Obstetra - 11

"Hay chicos que vienen con sus padres, son mínimos, pocos padres que aceptan que su hijo ya tiene relaciones sexuales, son pocos, la mayoría vienen entre compañeritos, entre compañeros, 2-3, en grupitos, 3-4 vienen [...] los padres no aceptan. Los padres no aceptan. "¡no, como qué, que como puede hacer esto!"

Educador - O8

Una parte importante de los profesionales de salud, asistentes sociales y educadores entrevistados, piensan que la restricción de edad para brindar anticonceptivos no está adecuada a la realidad actual de los/as adolescentes y de la reducción de la edad de inicio de las relaciones sexuales. Ellos sienten que envían un mensaje contradictorio a los jóvenes que

desean cuidarse, impidiendo que lo hagan cuando es una iniciativa positiva.

"Eso es lo malo. Porque hay adolescentes que ya empiezan su etapa sexual, sexual reproductiva muy jóvenes, 14, 15 años y no se le puede dar ningún método acá a menos que venga con la familia. No nos permite el estado, se puede dar una charla, charla sí. En los colegios hacemos, en los colegios, en grupos juveniles podemos sí. Pero darles métodos, no. Solamente les pedimos la abstinencia, pero no podemos darle métodos sin el consentimiento de los padres. Eso sí, lamentablemente está. Ya hemos refutado en varias oportunidades, [...] los chicos, ya tienen sus relaciones los chicos, 'yo empecé y yo quiero cuidarme', y venir acá y decirles que no, es algo contradictorio."

Asistente social - O7

Algunos profesionales prefieren que los/as adolescentes vengan solos, lo que según ellos facilita el diálogo entre profesional y usuario/a.

"Mira, para nosotros la información es preferible que esté sin los padres, porque con los padres le tengo que dar una información sesgada, porque si yo le hablo así de frente de lo que se puede hablar con una chica de 14-15 años porque me está pidiendo información, delante del papá, no voy a poder decir nada de eso."

Médico gineco-obstetra - 14

Sin embargo, en la Norma Técnica de Planificación Familiar (MINSA, 2005) están previstas las siguientes situaciones en las cuales se puede brindar métodos anticonceptivos a los/as adolescentes :

"Los servicios de Planificación Familiar podrán suministrar métodos anticonceptivos temporales a adolescentes que los soliciten, o que sean referidos en las siguientes circunstancias, siempre y cuando hayan recibido orientación/consejería :

- Presentar riesgo de embarazo no deseado
- Presentar riesgo de contraer una ITS o VIH-SIDA
- Ser sexualmente activa/o
- Antecedente de embarazo
- Haber sido víctima de violencia sexual"

Si nos basamos en los criterios de la Norma técnica, se puede afirmar que prácticamente todos los/as adolescentes pueden ser atendidos en PF a condición de que ellos/as lo soliciten. Pese a que estas disposiciones

existan, se constató que ellas no están muy claras para la totalidad de los profesionales de salud, lo que perjudica su aplicación. No está bien detallado en esta norma si los/as adolescentes pueden estar solos o si tienen que estar acompañados y si hay límite de edad. En la práctica, se constató que un importante número de obstetras, al constatar que los/as adolescentes ya han iniciado su vida sexual, prescribe métodos anticonceptivos a los/as adolescentes, en especial los hormonales y los condones masculinos, sin la presencia de un adulto.

“Los niños que vienen acá, los jóvenes que vienen acá nosotros le damos porque están pidiendo, nosotros no estamos promocionando, ellos están viniendo a solicitar. Y les damos porque si vienen es porque lo necesitan ¿no? Yo no estoy de acuerdo con eso [la norma] porque los chicos ahora te dicen que ya están empezando muy temprano las relaciones sexuales, 14, 15 años”

Obstetra - 12

“Pero si hay un, más de 15 años, de 16 años, ya la obstetriz, o el profesional, hay una norma que nos ampara, ya puedes apoyar, no puedes dejar abandonado, porque ellos ya están iniciando pues, ya iniciaron, y una vez que han iniciado, en cualquier momento puede pasar algo ¿no? Puede gestar u otras enfermedades, parejitas como son, empiezan a tener una parejita, otra parejita, pasan cosas.”

Educador - 08

2. La demanda por una atención diferenciada

Otra barrera específica a los/as adolescentes es la inexistencia de un espacio físico u horarios diferenciados para el acogimiento de los/as adolescentes en los servicios de planificación familiar de los centros de salud. Los profesionales de salud señalaron que los horarios de los CMI coinciden con aquellos de los colegios, lo que impide que los/as adolescentes vayan a los consultorios de planificación familiar. Un factor frecuentemente mencionado fue el miedo a ser reconocidos por amigos, vecinos o familiares, que hace con que alguno/as adolescentes evitan ir a los consultorios de planificación familiar.

“Ellos dicen que les pueden reconocer y avisar a sus padres de que ellos, porque ha ido, a que va, entonces también cuidan mucho eso los jóvenes. En las veces que hemos intervenido en los colegios se preguntaba, entonces decían no, que justamente que queríamos un

lugar donde nadie nos conozca. Inclusive hay muchos adolescentes que van de uniforme, porque hay adolescentes de uniforme no son de nuestras escuelas, son de escuelas de otros sectores, que viene a nuestro establecimiento que es más escondido y que aseguran que ahí nadie los podría ver.”

Obstetra - 21

“Creo que es por la vergüenza ¿no? El tabú que tiene un adolescente o una adolescente venir, y venir a planificación y decir “sabes qué, estoy viniendo a planificación para tener mis preservativos”, son muy pocos, se ve que es poco. Es más que todo por los prejuicios. Prejuicio, la vergüenza, decir “bueno, yo tengo 17 años y que me va a decir la obstetriz, que me estoy viniendo a venir mis pastillas anticonceptivas” ¿no? O “¿cómo me va a mirar? las personas se van a enterar que me estoy poniendo las ampollas” ¿no? Todavía no se ha cambiado ese pensamiento, de ser, ahí la falla quizás es en los colegios y en la casa, los papás”

Médica - 13

Las observaciones de los profesionales de salud con respecto a la dificultad de los/as adolescentes en acudir al consultorio de planificación familiar es corroborada por los/as promotores/as adolescentes :

“A veces es vergonzoso para ellos [los/as jóvenes] ir a un centro de salud y preguntar a una persona adulta ya cómo debo usar un preservativo, o cómo son los síntomas de tal o tal enfermedad [...] Sí te dan las pastillas pero tiene que ser medicado, no pueden, la mayoría de jóvenes dicen ‘no, que vergüenza ir a un hospital’, prefieren ir y comprárselas en una farmacia [...] No se informan y es la vergüenza también a adquirirlos, a ir a un centro de salud y pedir un preservativo, como que la gente lo ve todavía algo muy vergonzoso”

Chica adolescente entre 13-18 años, grupo focal O4

El sentimiento de vergüenza evocado en los testimonios anteriores, que motiva la voluntad de ocultar su asistencia a los servicios de planificación familiar, o simplemente de no asistir, está directamente relacionado al tabú con el que se estigmatiza aun las actividades sexuales de los/as adolescentes, como veremos más adelante en detalle. Algunos profesionales de salud también mencionaron que los propios funcionarios de los CMI, incluso profesionales de salud, pueden tener actitudes negativas hacia los/as adolescentes que llegan al centro de salud buscando informaciones sobre planificación familiar. Para los profesionales de salud,

un consultorio con horarios específicos para la atención de los/as adolescentes, en el cual la necesidad y la legitimidad del derecho de los adolescentes sea reconocido por todos los profesionales del centro de salud y por la comunidad sería un logro para mejorar la accesibilidad y confidencialidad de estos servicios hacia ese público. Aunque esta disposición de atención diferenciada esté prevista en la Norma técnica de planificación familiar del 2005 y en el Manual de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva del 2006, se constató que todavía no es aplicada en VES¹⁹.

3. La automedicación

Otra alternativa practicada por los/as adolescentes es comprar métodos anticonceptivos en la farmacia, muchas veces sin receta médica. La alternativa de comprar en la farmacia introduce un sesgo de inequidad con relación a los/as adolescentes con menos ingresos, que consecuentemente se encuentran a una situación de mayor vulnerabilidad frente al riesgo de un embarazo no deseado. La compra de medicamentos directamente en las farmacias también propicia el riesgo de un uso incorrecto, que puede causar embarazos no deseados o efectos secundarios que los/as adolescentes no saben manejar por falta de información. Para una parte de los profesionales de salud, pese a que haya información en los colegios, los/as adolescentes todavía no saben cómo utilizar correctamente a los métodos. Además, los/as adolescentes no buscan informaciones y consejería con profesionales capacitados por las barreras que hemos visto anteriormente.

4. Sobre el tabú acerca de la sexualidad de los/as jóvenes

Los actores entrevistados mencionan, de forma recurrente, el tabú o vergüenza acerca de la sexualidad. El tabú tiene un impacto directo en la capacidad que tienen los padres y madres y los/as profesores/as de hablar de temas de sexualidad con los/as jóvenes. Según la literatura, los/as profesores/a desconocen los materiales de educación sexual producidos por el Ministerio de educación y, reconocen, no estar capacitados, ni saber cómo tratar estos temas con los/as estudiantes; afirmando no sentirse cómodos al hablar de ello, ya que les hace sentir vergüenza e inseguridad [Gutiérrez, 2007]. Con respecto a los padres y madres, el bajo nivel de educación ha sido identificado como una barrera a la hora de abordar el tema de la sexualidad y todo lo que ella engloba :

métodos de planificación familiar, conocimiento del cuerpo humano, prácticas sexuales, las enfermedades y embarazos.

“Bueno, por la crianza, hay muchos también que son conservadores, hay que son provincianos. Acá en Lima Metropolitana vienen de diferentes, han migrado de diferentes... entonces cada lugar tiene su forma de vivencia y una vez que llega acá, que ya termina una fusión de todo, la vida cambia, entonces eso no aceptan los padres. [...] Por la costumbre, porque ellos también, los padres no han tenido esa misma comunicación y mayormente por la parte, es la parte de educación, ¿no? Son poco que han llegado, que son profesionales, que entiendes de otra forma. Pero hay que han acabado su secundaria, y son técnicos, no tienen tanta facilidad de comunicar. Esos son los factores mayormente, la educación”

Educador - O8

Según reportan los/as entrevistados/as, muchos padres y madres y profesores/as ven a sus hijos/as y alumnos/as menores, todavía, dentro de la categoría de la infancia donde el tema de la sexualidad sería inexistente. Para ellos, hablarles de sexualidad, significaría crear en los/as jóvenes un interés por la actividad sexual, que según los padres, madres y profesoras/es no tendrían por ellos mismos, ya que, presuponen, no hay ningún interés por iniciar la actividad sexual. En ese imaginario, el periodo de la adolescencia no está considerado como el momento de inicio de las relaciones sexuales. Con la premisa de que los métodos anticonceptivos están estrechamente asociados a una vida sexual activa se justifica que su uso no esté permitido a los/as adolescentes, ya que los métodos son vistos como una invitación al inicio de las relaciones sexuales.

“Hablar acá de relaciones sexuales o de que una niña adolescente que ya tuvo relaciones sexuales o que quiere informarse, piensan que quizás, ya de repente, va a iniciar sus relaciones sexuales. Por ejemplo, una chica que no está enterada de nada y quiere saber, piensan, piensa la gente que ya quiere iniciar...”

Chica adolescente, grupo focal O1 entre 13-16 años

“Porque en algún momento, no sé qué ONG daba condones, los papás vinieron al director del colegio y el mismo profesor, qué no sé qué, qué cómo es posible que vengan y les dan condones para alimentar a los chicos a que tengan relaciones sexuales. Eso es lo que

19 - “La población adolescente, en riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ITS, deberá recibir información completa en el área de salud reproductiva debiendo adecuarse los ambientes y horarios para la

atención de los mismos” MINSa (2005), Norma Técnica de planificación familiar (NT N°O32-MINSa/DGSP-V.O1, p.35

dicen. Que entregar condones es decirles 'tengan relaciones sexuales.'"

Psicóloga - O6

Hay que recordar que históricamente en las sociedades occidentales de matriz judío-cristiana, la norma sexual legítima y aceptada es la sexualidad en el interior del matrimonio estable y reconocido (Foucault, 1976). Eso implica un control de la sexualidad y del discurso sobre esta, para garantizar el cumplimiento de esta modalidad, siendo poco aceptadas otras opciones como la sexualidad antes o fuera del matrimonio. En ese contexto, el uso de los métodos anticonceptivos y, en especial, del preservativo tiene un significado negativo²⁰. Asimismo, el discurso sobre sexualidad es discreto o inexistente en el seno familiar, lo que refuerza y participa en la construcción social de la infancia, de género y pareja en la cual se valora la ignorancia acerca de la sexualidad, en especial de los/as niño/as y mujeres, lo que se traduciría por un menor uso de anticonceptivos.

"Aunque sean un poco adultas tienen miedo, mucho miedo a la mamá... piensan que la mamá le va a encontrar, le va a ver, que tenga preservativos o píldoras, o que se ponga un implante se va a notar... y ellas no quieren que alguien de la familia sepa -pese a que sean adultas- que están teniendo relaciones, no quieren. Eso todavía es un tabú que todavía no se ha podido dar por término, que cada uno es independiente para definir su sexualidad, pero de eso no se habla. Entonces esa parte no se ha roto. En el Perú es muy difícil hablar de sexualidad."

Médico gineco-obstetra - 14

Los padres, al no admitir que sus hijos puedan tener relaciones sexuales, no abordan esos temas y consecuentemente no recomiendan que sus hijos busquen información de calidad sobre los métodos anticonceptivos. Según los profesionales de salud entrevistados, la mayoría de los padres incluso no disponen de información de calidad acerca de los métodos, lo que se explica siempre por la vergüenza a la hora de abordar esos temas. Una anécdota relatada por una promotora de salud en un grupo focal es bastante reveladora del alcance de este tabú :

"Unos cuantos [padres] hasta en a plena charla ¡señora no hable de eso! Mi hijito todavía no tiene eso a esa edad" pero desde chiquitito tiene que enseñarle cuáles son sus partes. Conocerse. O vas a esperar que

tenga 20 años y le decir ¿cómo se llama tal cosa? Cuando yo les pregunto ud mismo, ud no sabe, se avergüenza."

Promotora de salud, grupo focal O2

Aunque se hagan charlas en los colegios, el contexto de actitudes y discursos negativos sobre la sexualidad de los/as jóvenes tiene consecuencias no solo en el uso de métodos anticonceptivos, sino también en la estigmatización de las adolescentes embarazadas :

"Yo te diría que información no podemos decir que no la tienen, lo que pasa es que ellos, como que saben, pero no piensan que le va a suceder. O sea, ellos saben que existe un preservativo, lo que sí [...] tienen temor de venir a la consulta porque no, en los centros educativos, no tienen ese empoderamiento, la asertividad que van a ir y que sí, [es] mi derecho, necesito, porque nosotros hemos empezado a implementar acá en el colegio salud escolar para prevenir todo eso, pero las chicas como que se les nota que tienen estos temores. "¿Qué me dirán? ¿O que me dirá?" Porque [...] los mismos profesores no están preparados, no han estado preparados para poder, digamos, entender a sus alumnos. Inclusive hace poco vino una alumna y me dijo que había dejado el colegio porque la profesora le había dicho "ahora estás embarazada y ¿qué van a decir tus compañeros? Entonces es mejor que te cambies de colegio o es mejor que no vengas"."

Obstetra - 11

De manera general, se constató que no hay un reconocimiento del derecho de los/as adolescentes de decidir sobre cómo ejercer su vida sexual. En ese sentido, llama la atención de que apenas en el 2012 se despenalizaron las relaciones sexuales consentidas entre jóvenes menores de 18 años. Este fallo demuestra que la actividad sexual de los jóvenes no era reconocida, ni aceptada en el Perú hasta muy poco tiempo no solo en el marco legal, sino por la sociedad como un todo.

LA RELIGIÓN

"Yo cuando quería preguntar algo ¿mi madre qué me decía? No, no, no más, eso es un tabú, de eso no se habla. Eso nunca se dice. ¡Diosito te va a castigar!"

Promotora de salud entre 30-40 años, grupo focal O2

El tabú ligado a los temas sexuales no es solo de los/as adolescentes, también lo encontramos en los/as adulto/as. Este sería el resultado del peso de la iglesia

²⁰ "Culturalmente, el preservativo masculino no corresponde a los valores y a las actitudes pautadas en el modelo conyugal monogámico [...] estando mucho más asociado a la idea de comportamientos sexuales promiscuos,

irregulares o desviados de la matriz monogámica", Paiva, 2000, citada por Abramovay, 2004, traducción libre.

católica, especialmente la influencia de la corriente del Opus Dei en las esferas de poder en el Perú y en el discurso profesado en las iglesias del país [Constant, 2013]. Esa corriente promueve una interpretación moral ultraconservadora rechazando el uso de anticonceptivos en general, en acuerdo con la posición oficial del Vaticano, y las relaciones sexuales antes del matrimonio, valorando la virginidad de las mujeres hasta el matrimonio y la ignorancia acerca de la sexualidad. Esa influencia fue mencionada en nuestras entrevistas por diversos actores de la sociedad civil y profesionales de salud de Villa El Salvador, en especial acerca de la prohibición de los anticonceptivos orales de emergencia y del debate en curso sobre la despenalización del aborto en casos de violación.

Por otro lado en la misma esfera religiosa, el fenómeno reciente de crecimiento de iglesias protestantes evangélicas pentecostales en sectores urbanos populares de reciente creación con alta presencia de migrantes internos, también contribuyó en la difusión de una moral y prácticas más conservadoras en lo que respecta a las relaciones de pareja y la anticoncepción [Paredes, 2005]. Asimismo, un número importante de iglesias pentecostales impone a sus seguidores prohibiciones y restricciones de la conducta individual relativa al sexo, en las relaciones sexuales antes del matrimonio y en el uso de métodos de planificación familiar, como demuestra la siguiente discusión en el grupo focal de las promotoras de salud :

- *“Más los católicos. Pero los que son evangelistas por ejemplo, ellos no permiten que se cuiden tampoco. Los testigo de Jehová no quieren que usen el condón, nada de estas cosas, es pecado dicen.*
- *Los evangélicos también, yo a veces voy a una iglesia, cuando tengo tiempo a veces me invitan yo voy, entonces la pastora que hace dice que cuando los jóvenes, los jóvenes más que todo los sábados tienen culto puro jóvenes. Ahí dicen que si tienen relaciones con su enamorada antes del matrimonio están cometiendo fornicación y eso no está permitido ahí, entonces dice que ellos no deben tener relaciones con nadie antes del matrimonio.”*

Promotoras de salud - grupo focal O2

Las iglesias pentecostales y la posición oficial de la iglesia católica están en contra de la legalización del aborto sin excepciones²¹.

LA BARRERA DEL MACHISMO

El machismo es un sistema de relaciones sociales asimétricas de género en el cual hay una dominación masculina en todas las dimensiones de la vida social, la familia, el mercado laboral y en la participación social con efectos notorios en el poder de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos [Cosío-Zavala, 2007]. El machismo es el resultado de una construcción socio-cultural e histórica anterior a los individuos, a los que se les inculca comportamientos y representaciones machistas de manera objetiva y subjetiva, de forma que los individuos, varones y mujeres, los reproduzcan en su vida cotidiana. En el modelo machista de familia, el hombre trabaja en el exterior y es el proveedor económico del hogar, al tiempo que la mujer queda en el interior de la casa y se ocupa únicamente de los quehaceres domésticos y del cuidado de los/as niños/as. Consecuentemente las mujeres tienen una menor participación social en el exterior del hogar, salvo en lo que concierne los hijos/as, una menor libertad de movimiento y son económicamente dependientes de sus parejas, lo que implica una dependencia basada en una relación de poder que conlleva a una participación reducida en la toma de decisiones. En esta configuración los hombres dominan el ámbito de la sexualidad, ejerciendo un control y un poder sobre la sexualidad femenina [Guillaume, Lerner, 2009b].

En las últimas décadas, el modelo machista ha sido cuestionado en América Latina, en especial por la reducción del papel masculino como proveedor económico exclusivo del hogar. De hecho, las mujeres han aumentado su nivel de estudios y su calificación profesional, han logrado trabajos mejor remunerados, ganando poder económico y extendiendo sus contactos en el exterior de la esfera doméstica/barrio. Esos cambios han generado tensiones que se manifiestan en la violencia doméstica, en todas sus expresiones : física, psicológica y verbal²². La inequidad que perdura entre los géneros hace que la mujer tenga menor posibilidad de ejercer poder de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos :

“A pesar que los tiempos han cambiado, aún se conserva la cultura machista, donde la mujer es sometida y tiene que aceptar lo que la pareja diga ¿no? Porque muchas adolescentes “¿Por qué no te cuidaste? – No, es porque él dice que solamente las chicas de la calle se cuidan, o que él me va cuidar”. Y su cuidar ya sabemos, son coitos interrumpidos que no siempre funcionan. Entonces, es eso, las mujeres nos

21 - Cabe mencionar que hay corrientes católicas menos conservadoras, como el ejemplo de la Asociación Católica por el derecho a decidir, con amplia actividad en América Latina, incluso en el Perú : <http://www.cddperu.org>.

22 - Referirse en anexo a las tablas de indicadores de violencia familiar de la ENDES 2014.

dejamos llevar mucho por lo que el varón te vaya a decir, pocas son las que dicen "no, yo tomo mi píldora, me aplico mi ampolla y no importa lo que él diga".
Obstetra – 21

"Y en caso de las personas ya mayores, las que están en uniones estables pero que... a veces no usan métodos porque el marido no quiere, hasta ahora se da eso. Machismo, machismo, 'no, el esposo no quiere que me cuide' [...]. El hombre cree que la mujer es su propiedad, que tiene que hacer lo que diga, lo que él quiere, la mujer tiene miedo de decir a su esposo por ejemplo que ha adoptado tal método o que ha adoptado tal método."

Asistente social – 22

Los estudios hechos a partir de los años 1970 muestran que el principal obstáculo para el uso de métodos anticonceptivos en América Latina era la oposición de los hombres (Guillaume, Lerner, 2009b). Ese sistema de dominación masculina fue históricamente corroborado por el marco legal y la moral católica en América Latina. En el Perú por muchos años la consulta de planificación familiar estaba destinada a las parejas y la mujer estaba sometida al acuerdo de su pareja para poder utilizar a métodos anticonceptivos. La obligación de obtener el acuerdo del esposo o compañero limitaba el poder individual de decisión de las mujeres.

"Antes exigían que el varón tenía que estar en la charla y aceptar que su señora use ese método. Entonces era bien difícil que una mujer, porque el hombre no quería, ni ir a recibir la charla, ni este, pero digamos que de 10 habría sido 2 o 1 hombre que aceptaría. Pero la gran mayoría no. Por su concepción machista, porque pensando que si la mujer se cuidara podía engañarle ¿no? Esa era su primer pensamiento. [...] Entonces yo misma, yo tuve mucho problema con mi pareja en ese aspecto, él decía que no, que para qué, que esto. Yo trataba de utilizar el método, pero escondida de él, las pastillas. Después tuve que hacer ponerme la T de cobre pero sin que él sepa"

Orientadora legal – 02

En los grupos focales y las entrevistas hemos tenido relatos de mujeres adultas, mayores de 40 años, que han utilizado métodos anticonceptivos sin el consentimiento de sus esposos o compañeros. Ellas dijeron haber logrado usar anticonceptivos sin autorización de sus parejas, a escondidas, con la comprensión de obstetras y médicos que ignoraban la norma de la

época. Sin embargo, pese a que la norma de acceso a los anticonceptivos ha cambiado positivamente a favor del derecho individual de las mujeres, el modelo machista sigue arraigado. Este se manifiesta por ejemplo en la dificultad que tienen las jóvenes a negociar el uso de métodos anticonceptivos y, en especial, el del condón con sus parejas masculinas (Heilborn et al, 2002). Como hemos visto en nuestras entrevistas ya mencionadas, hay mujeres, incluso jóvenes, que declararon no utilizar métodos anticonceptivos porque su esposo o compañero no lo permite. Diversos estudios en América Latina señalan la paradoja que si los hombres consideran el ámbito de la reproducción y de la anticoncepción responsabilidad de las mujeres, ellos siguen siendo actores importantes por su poder de decisión y control sobre la sexualidad femenina (Guillaume, Lerner, 2009). Esto conlleva a que el machismo tenga consecuencias directas en el riesgo de embarazos no deseados y, como veremos más adelante, influye en las representaciones acerca de los embarazos no deseados y los abortos.

3.1.5. REPRESENTACIONES SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN

El concepto de anticoncepción para la prevención de los embarazos es generalmente bien visto por todos los actores que hemos entrevistado.

"Yo creo que los anticonceptivos, bien orientados, bien dados, pueden llegar a un buen término, porque se cuidan, no van a tener embarazos no deseados, no van haber niños abandonados, niños con problemas de salud, entonces bien orientados, bien encaminados va a ser positivo."

Asistente social -04

"Los métodos anticonceptivos realmente ayudan a la pareja a poder programar, asumir una sexualidad responsable, sin riesgos a un embarazo, sino que en el hecho que de tomar un método anticonceptivo, lo que se tiene que cuidar bastante son en que momento y quienes lo pueden tomar. Porque a veces, se pregona que se use tal o tal método, pero no se dice cuáles son los efectos secundarios que ese método te va a dar."
Obstetra - 21

Sin embargo, cuando pasamos del concepto de anticoncepción al uso de métodos anticonceptivos emerge una serie de representaciones, algunas basadas en las experiencias de las mujeres y otras que

podemos calificar como mitos. Las representaciones son construcciones mentales hechas por los actores sociales para expresar y comprender el mundo alrededor. Las representaciones suelen expresar una visión subjetiva de la realidad social, visión construida en interacción con y compartidas por grupos de individuos, y reflejan los valores y las normas de aquellos que las expresan. La manera de comprender el mundo de los actores no es fija, sino que se transforma con las interpretaciones y reinterpretaciones permanentes de las experiencias individuales y sociales, con impactos sobre la manera de vivir de los individuos. Las representaciones que podemos calificar como mitos son aquellas que no tienen relación con una experiencia real del individuo, que suelen ser más bien producto de temores o rumores. Asimismo, las representaciones que las mujeres y hombres pueden tener sobre los métodos anticonceptivos constituyen de hecho barreras para su uso.

1. Representaciones de los profesionales de salud

Como hemos mencionado anteriormente, los profesionales de salud tienen una opinión negativa con respecto al uso en automedicación de la AOE adquirida por las jóvenes en farmacias sin receta médica. Para estos médicos y obstetras, el uso indiscriminado y repetido tendría efectos nocivos para el cuerpo de las mujeres y disminuiría la eficacia de la AOE. Sin embargo, diversos estudios compilados por la OMS han demostrado la inocuidad del uso repetido de la AOE [OMS, 2010].

“Y otra cosa, la pastilla del día siguiente, la mayoría cree que es un método anticonceptivo y terminan mal porque la pastilla del día siguiente tiene mucho de error, muchas fallas... y no es que falle de por sí, sino que generalmente se utiliza mal. La utilizan como si fuera un método anticonceptivo cuando no lo es.”
Médico gineco-obstetra - 14

“los jóvenes utilizan por si solos, ellos van a la farmacia se compran su preservativo, y si es que digamos... ocurrió en un momento en que no tenía preservativos, pues utilizan la píldora del día siguiente. Y a veces lo están utilizando como si fuera algo rutinario. Ya se acostumbraron a utilizar el preservativo y cada mes, cada dos meses están con la píldora del día siguiente y eso, pues hace daño, son grandes concentraciones de hormona, sabemos que en la píldora del día siguiente.”
Médico gineco-obstetra -15

“Y el otro problema es que utilizan bastante la píldora de emergencia, sobre todo las adolescentes, no prevén y toman las pastillita como si fuese un caramelo. [...] tuve una [paciente] chiquita de 17 años, cuatro veces lo tomó en el mismo mes. Y no es una pastillita, un caramelo. [Estaba] asustada ella. Eso, el problema que tenemos por la falta de información de las pacientes, por la parte de comunicación.”

Obstetra - 26

Las mismas obstetras tienen igualmente representaciones sobre el uso o no de algunos métodos según las características de las mujeres, algunas de las cuales son reforzadas por las orientaciones del MINSA. Por ejemplo, el Manual de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva del MINSA²³ no recomienda el uso del DIU para las jóvenes que todavía no han tenido hijo/as :

“Nosotros solo orientamos la gama que hay y por ejemplo nos dicen que quieren cuidarse con la T de cobre, pero si no tiene hijos le decimos que no es adecuado. Porque la T de cobre es indicado para mujeres que ya hayan tenido hijos. Pero al final es la decisión de la adolescente.”

Obstetra - 27

Se puede afirmar que algunos profesionales de salud entrevistados en VES no cuentan con suficiente información científica actualizada respecto a los métodos anticonceptivos y en especial sobre la AOE. El hecho de que la distribución de la AOE esté actualmente prohibida en los establecimientos públicos puede contribuir a un menor conocimiento de su uso por parte de los profesionales de salud de estos establecimientos.

2. Representaciones de las mujeres

Los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos preocupan a las mujeres jóvenes y adultas en igual manera. Las primeras suelen preocuparse un poco más por los efectos de los métodos hormonales y las segundas por los del DIU, aunque esta constatación también refleja el hecho que el DIU no suele ser recomendado por el MINSA para mujeres jóvenes sin hijo/as. El temor por los efectos secundarios, reales o supuestos, hacen con que las mujeres desconfíen de los anticonceptivos. Esa desconfianza proviene del hecho que ellas consideran que no se les brinda suficiente información con respecto a los efectos secundarios.

23 “Métodos Anticonceptivos Apropriados : los métodos anticonceptivos, para este grupo específico [adolescentes, sin precisar la edad] son los de barrera, hormonales (oral o inyectable) y de abstinencia periódica.”

MINSA, 2006, *Manual de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva*, p.29

“Que los métodos son buenos en cuando te den, pero también que te den la explicación de las consecuencias de esos anticonceptivos. Porque, por ejemplo, las ampollas, hay muchas jóvenes que dejan igual de reglar incluso, por dos, tres meses, o sea su menstruación es totalmente ya irregular. Pero, médicamente ¿cuál es la consecuencia de eso?”

Mujer entre 40-50 años, grupo focal O2

La mayor parte de las preocupaciones deriva del miedo a los cambios en el cuerpo, en especial los físicos como el aumento de peso, pero también la ausencia de reglas. Los otros efectos a corto plazo mencionados por las mujeres adultas y jóvenes entrevistadas son los dolores de cabeza, las náuseas, los cambios en el humor y la reducción de la libido.

“Y aparte de todos los cambios hormonales que te generan... cambios de humor, o que te hinchan ¿no? No tengo ningún problema con las cuestiones estéticas, pero veo cómo las personas que usan de pronto están así hinchadas pero se nota que están hinchadas, no es como que son gruesas o más gorditas. Y esos los cambios de humor y todo eso. Entonces como que jamás me involucraría con los anticonceptivos”

Mujer, 26 años, 2 END

Esos temores no son propiamente mitos, pero más bien constataciones de sus experiencias personales. La experiencia negativa con los efectos secundarios perjudica la adhesión de las mujeres a los métodos anticonceptivos modernos. Si por un lado las mujeres piensan que no se les explica los efectos secundarios posibles por el uso de los anticonceptivos, por otro lado, según los profesionales de salud ellas no suelen buscar consejería e informaciones sobre cómo manejar estos efectos, como reconoce esta profesional de salud :

“La gran mayoría de las que usan la ampolla de tres meses engordan. Engordan y... engordan y suelen al subir de peso abandonar. Y como su nivel educativo no es todo, lo hacen sin preguntar, sin entender, y luego vienen ya embarazadas. Y ese es el problema con respecto a planificación familiar”.

Obstetra - 26

También preocupan a las mujeres los supuestos efectos a largo plazo como de quedar estéril y el temor al cáncer, temores que son infundados según los profesionales de salud y la literatura (OMS, 2010).

“Un tiempo yo usaba anticonceptivos, pero yo pienso que los anticonceptivos te vuelven estéril. Porque cuando yo utilizaba, cuando dejé de utilizar, yo no salí embarazada.”

Promotora de salud entre 30-40 años, grupo focal O2

“La mayoría dice me cuido porque no me queda de otra, pero tengo miedo que a la larga me dé cáncer, por ejemplo, con los métodos hormonales. [Dicen las mujeres que vienen a consultar] “Señorita, dicen que usando métodos hormonales me va a dar cáncer o si yo me pongo la T de cobre igual me va a dar cáncer ¿no? Entonces siempre relacionan el método hormonal con la posibilidad de hacer un cáncer, cosa que no siempre es así. Pero justamente por eso, porque ha habido casos de mujeres usando métodos hormonales que han tenido problemas de cáncer en la mama, en el ovario o en el útero, pero es que lo repito, puede ser todas las mujeres, puede ser una que nunca tomó nada y le puede dar, como aquella que toma le puede dar. Entonces ¿cómo hacerlas entender eso a las mujeres? Ahora, otro mito que tienen [las mujeres] que dicen que si por ejemplo usan por mucho tiempo el método, la ampolla trimestral ya no van a tener deseo de estar con sus esposos por ejemplo y “mi esposo se va ir a buscar otra mujer.””

Obstetra - 21

Hay también recelos con respecto a la eficacia de los métodos, a veces sobreentendiendo que no valdría la pena pasar por esos incómodos y al mismo tiempo con el riesgo de embarazarse pese el uso del método :

“No porque tenía la historia de mi hermana la mayor, estando con su t de cobre, la espiral, salió gestando. Y mi otra hermana que estaba con la t de cobre y no sé qué cosa pasó y salió mi sobrina la segunda; entonces yo dije “qué tanto método, ustedes se cuidan y salen gestando.”

Mujer de 46 años, 2 END

“Yo salí embarazada de mi hijo varoncito, esa t de cobre se quedó incrustada en el útero, me tuvieron que limpiar el útero ¡de la T tengo terror!”

Promotora de salud entre 40-50 años grupo focal O2

Sin embargo, también hay el reconocimiento que los perjuicios y la falta de información que las hacen evitar los métodos hormonales pueden tener por consecuencia un embarazo no deseado :

“Y bueno yo no uso anticonceptivos porque te dañan el cuerpo. No me metería jamás anticonceptivos. Sólo usábamos condón, y a veces no, a veces usábamos el coito interrumpido, pero el error mío y bueno, también de mi compañero, era que no teníamos bien claro cómo era el ciclo.”

Mujer de 26 años, 2 END

Se constataron representaciones y temores específicos con respecto al DIU o T de cobre. Las mujeres se preocupan de que el DIU se quede incrustado en el útero y las lastime, lo que para ellas podría causarles cáncer o infertilidad. Para las mujeres en unión que se pusieron el DIU sin consultar a los maridos o compañeros, porque éstos no aceptarían que sus parejas utilizaran métodos anticonceptivos, hay el temor que durante el acto sexual en hombre sienta al DIU.

“Eso porque me puse [la T de cobre] sin que el papá de mis hijos lo sepa. “Sí, porque se dan cuenta, hay un hilito” dicen. Y tú le puede decir cualquier cosa, que el hilito qué es.”

Orientadora legal – O2, entre 60-70 años

Hay representaciones también de que los métodos anticonceptivos disminuyen la libido y el placer sexual. Una de las más comunes según las mujeres y adolescentes entrevistadas, es que el uso del condón masculino disminuye la sensación durante el acto sexual.

“Pero los jovencitos, por experimentar, porque dicen que con el condón no lo sienten igual”

Promotora de salud, entre 60-70 años, grupo focal O3
Pese a que el concepto de anticoncepción sea bien conocido y aceptado en la comunidad, los métodos anticonceptivos no gozan de buena reputación. Cada tipo de métodos tiene sus mitos, temores asociados y genera desconfianza. Esa desconfianza y el rechazo a sufrir los efectos secundarios para protegerse es resentido por las mujeres como un alto precio a pagar, lo que influye negativamente en la adhesión a la anticoncepción y consecuentemente contribuye al fenómeno de los embarazos no deseados.

3.2. DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS

3.2.1. SITUACIÓN DE LOS END

Un embarazo no deseado, no planeado o no intencional se refiere a un embarazo que ocurre en un

contexto en el que el hombre y la mujer en pareja, estable u ocasional, no lo han deseado, ni planeado, ni inscrito en su proyecto de vida inmediato o futuro.

“Salen embarazadas, porque no desean el bebe, sin planear, cuando yo hago acá [terapia de psicoprofilaxis en grupos] de diez, “¿quién de uds salió embarazada porque este año planeó?”, te digo, yo tengo un grupo de 15, por grupo 12-15, me levantará una o dos, “yo sí lo planeé” [...] O sea que, acá hay una población de mujeres con hijos que no son deseados. Te diría de un 90%, yo creo que no estaría, no me estaría equivocando si fuera más del 90% que no planea su embarazo. Entonces, ellas bajo la violencia, bajo el abandono, y cada vez más chiquitas, ahorita yo tengo una de 15 años, una de 18 que estaba acá, otra de 17. Del segundo grupo tenía una de acá que tenía 17, y la que se hecho acá que tenía 18 o 19, 16-17.”
Obstetra – 26

Se puede decir, sin exageración y de acuerdo con lo relatado por los profesionales de salud entrevistados, que los embarazos no deseados representan la mayoría de los embarazos en Villa El Salvador, lo que es consistente con la tendencia del Perú, según los datos del ENDES 2014, en los que se refleja que el 53% de los embarazos de los últimos cinco años no eran deseados. Los embarazos no deseados son frecuentemente asociados a las adolescentes, pero también son comunes en mujeres jóvenes y adultas, en pareja o solteras. En todos estos casos es un evento que casi siempre es vivido negativamente, sobre todo en el principio, pero según los entrevistados es aceptado con resignación.

“Mira, últimamente estamos atendiendo al casi al 90% de gestantes que vienen a hacer su control acá. Entonces, creo que de 10, una planifica su embarazo. Y esto es a con duda, sí vivo con mi pareja hace un año, en algún momento pensábamos tener un bebe, entonces ahora, sí, no es que sea un embarazo no deseado pero no estaba en nuestros planes tenerlo, pero no en este mes, por ejemplo. Entonces creo que no, no planificado, quizás también me doy cuenta que no deseado, porque en ese momento sienten que es un problema ¿no? Entonces saben que sí, que lo tenían en su plan, en un tiro tener un beber. Pero en ese momento, no están muy satisfechos no. [...] Y a pesar de tener una pareja, unas ya en convivencia, están juntos, pero el hecho de que estén estudiando, trabajando o viendo en obtener las cosas materiales,

sienten mucha frustración y han pensado en algún momento en cortar el embarazo.”

Psicóloga – 20

Todos los tipos de actores entrevistados para esta investigación asocian el alto índice de embarazos no deseados con el hecho de no “cuidarse”, es decir de no utilizar métodos anticonceptivos por los motivos y barreras que hemos examinado anteriormente. Además, investigaciones cualitativas hechas en América Latina muestran que el riesgo de embarazos no deseados es subestimado por hombres y mujeres, reflejando la ausencia de cultura preventiva que algunos investigadores ven como estrechamente asociada a un bajo nivel socioeconómico y educativo (Guillaume, Lerner, 2009b).

3.2.2. PRINCIPALES CAUSAS DE LOS END

Dos grupos son identificados por los profesionales de salud y por los miembros de la sociedad civil como los más vulnerables en lo que respecta a los embarazos no deseados: las adolescentes y las mujeres adultas en pareja con reducido poder económico y de decisión consecuencia del machismo y de la violencia familiar. El énfasis en los roles de género del machismo, como visto anteriormente, implica que los hombres tengan un poder sobre la mujer dentro de la pareja, siendo ellos quienes deciden sobre las relaciones sexuales, protegidas o no, incluso forzando o violentando su pareja cuando esta resiste.

“Las más vulnerables son las adolescentes, porque ellas pues, generalmente ahora no tienen la precaución de protegerse, de usar un método, por desconocimiento. Otra por, generalmente lo conciben en estado de ebriedad, o en estado de drogadicción. Chicas que tienen vidas muy desordenadas, son desordenadas entre comillas ¿no? Porque a veces tienen muchos problemas en casa. Pero hay también mujeres mayores que tienen uniones entre comillas estables, pero ellas también se embarazan por circunstancias, a veces falla de métodos, a veces porque el marido la forzó, entonces a veces el marido va a echarle la culpa que ella no ha tenido el cuidado necesario y que salió embarazada. A veces ella no desea el hijo por factor económico, o por conflictos con la pareja. Estando en unión estable, tiene embarazos no deseados más que nada por factor económico o con conflicto con la pareja.”

Asistente social – 22

“Yo diría las mujeres jóvenes pero tampoco deo de lado las mujeres que están en otra edad porque a veces esas mujeres no trabajan. No tienen [ingresos] para un método anticonceptivo o el esposo sólo trabaja y a las justas les alcanza, de repente, para poder comer. Entonces no hay un Ministerio de Salud, un centro de salud que diga bueno tú usas este método y te vamos a seguir dando este método. Pienso que todavía que las mujeres siguen siendo vulneradas.”

Enfermera trabajando en una ONG de SSR en VES

En estos dos grupos hay un riesgo fuerte asociados a la violencia sexual, que ocurre con más frecuencia en el interior de la familia, lo que dificulta la denuncia y la búsqueda de anticonceptivos de emergencia para prevenir el embarazo.

Presión de los pares y comportamientos de riesgo

La vulnerabilidad de los/as adolescentes a los END, además de la barrera de acceso a los métodos anticonceptivos, está asociada a la temprana edad de inicio de la vida sexual. Algunos/as profesionales indicaron que hay presión de los grupos de pares (amigos y entorno social de la misma edad) para que los/as adolescentes inicien sus relaciones, aunque individualmente no lo deseen.

“Porque hay bastante presión en los colegios. Entonces, una va a dar la charla, me ha tocado ir a los colegios, y entonces la presión es grande. Si no tienes relación, los chicos que llegan a los 15 ya es raro. Y puede ser una impresión de lo que llaman el bullying²⁴, las chicas igual. Yo pensé que era con los chicos no más, yo a veces les pregunto, por ahí, porque no pertenencia al grupo si no me han besado, entonces, los pares, el grupo a veces las obliga, y si no está bien fortalecida quiere seguir al grupo [...] Lo he podido notar en las veces que me ha tocado, ellos mismos, a través de preguntitas ellos mencionan, pero ya me están diciendo que “si no tengo soy raro, soy rara”. Pero tú decides ¿no? cuando quieres tener [relaciones]. Por eso digo pues que la presión debe ser grande, y nadie quiere estar solo, no, quiere ser parte de un grupo. No quiere ser excluido.”

Obstetra – 03

“Entonces el joven así desde pequeño ya sabría lo que tendría que hacer cuando le llegue el momento, porque aquí también hay que ver la otra parte, que es cuando el joven esté preparado para tener relaciones sexuales y no por presión de grupo. Porque ese

²⁴ El *bullying* o acoso escolar, según la definición del psicólogo e investigador Dan Olweus fundador de los estudios sobre el fenómeno, es la situación en la cual un/a alumno/a es acosado o victimado cuando él o ella es expuesto, repetidamente durante un periodo continuo de tiempo,

a acciones negativas por parte de uno/a o más alumno/as, en las cuales se incluyen conductas agresivas físicas o verbales y relaciones asimétricas de fuerza y/o poder que no permiten al alumno/a victimado defenderse.

es el problema. [...] ¡Hay presión de grupo! Por ejemplo, un grupo de chicas que todas tuvieron una no tuvo, es una tonta, es una tal por cual. Y de los varones peor, porque lo tildan que son pues homosexuales.”
Obstetra -21

La presión por iniciar las relaciones aumenta el riesgo de embarazarse ya que, como recuerdan los/as adolescentes promotores de salud entrevistados en los grupos focales, los/as adolescentes no usan métodos anticonceptivos en el momento de la primera relación sexual. Asimismo, los profesionales de salud relatan que los/as adolescentes que vienen a las consultas de planificación familiar en su gran mayoría ya han tenido relaciones sexuales.

“Hay algunos que los usan [anticonceptivos] y hay algunos que no, por ejemplo, las adolescentes que por primera vez tienen relaciones no los usan mayormente porque, no saben, no están enteradas algunas, mayormente cuando una persona empieza a tener relaciones por primera vez, a los 14, 15 años, y no están muy enteradas de todos estos temas; pero hay otras que ya saben, utilizan normal.

Chica adolescente, grupo focal O4 entre 13 y 18 años

Otro factor paralelo a la presión de los pares son los comportamientos de riesgo asociados a las fiestas, al consumo de alcohol y de drogas, el pandillaje y la violencia.

“A veces los adolescentes no miden, toman demasiado, esto se ha visto mucho, que los adolescentes, y ahora hombres y mujeres, porque antes eran más los hombres que tomaban y fumaban, pero ahora es 50-50 por ciento. Los hombres y mujeres igual, fuman igual y toman igual, y las consecuencias es pues, después pueden tener relaciones y quedar embarazadas, sin protección alguna. Y es bastante común. Por ejemplo, acá en la zona hay bastante difusión de muchas fiestas, fiestas chichas, los fines de semana, las discotecas, se ve bastante, cuando yo estaba en emergencia, uy, cada fin de semana siempre llegaban asaltados, [...] Hay mucha inseguridad. Y ahí se ve que llegan pues mareados, jovencitas, entonces es un distrito joven que tiene una población bastante joven, pero también hay bastante inseguridad.”

Médica - 13

Es probable que la presión entre pares también se ejerce en las invitaciones a fiestas o que haya pre-

siones para el consumo de alcohol, en especial con adolescentes más jóvenes, en algo que podría entenderse como un rito de pasaje. El consumo de alcohol o de drogas perjudica la autonomía de las personas en la toma de decisiones, como por ejemplo el consentimiento para una relación sexual y la decisión de usar un método anticonceptivo, lo que aumenta, consecuentemente, el riesgo de un embarazo no deseado.

“Otras ya vienen cuando se enteran que están embarazadas. Entonces ahí recién cuentan que han sido violadas, que ha sido producto... el problema es que no se acuerdan de quienes las han violado, porque van a discoteca, están con las amigas, los amigos, le dan de beber, y pierde noción de tiempo y se despierta en un terreno baldío, se despierta en la puerta de la casa de “x” persona. Se despiertan en otra casa, se dan cuenta que han sido violadas. Y no lo cuenta, no lo cuentan. [...] por vergüenza más que nada se callan. Se está dando esa modalidad ahora, que la chica se embaraza cuando va a las discotecas, que la dopan y abusan de ella, se está dando eso. Bastante.”
Asistente social - 22

Los profesionales de salud, muchos de los cuales trabajan desde hace décadas en Villa el Salvador, subrayan que el fenómeno de las fiestas y de los comportamientos de riesgo entre los/as adolescentes es reciente. Para ellos ese fenómeno está asociado con un menor control sobre los/as adolescentes por parte de los padres y familiares, en especial en situaciones de familias disfuncionales.

Las familias “disfuncionales” o en situación de anomia

El término de familia u hogar disfuncional fue mencionado de manera frecuente por profesionales de salud, promotoras de salud y las orientadoras legales. Hay un consenso casi unánime sobre lo que es este fenómeno, sus causas y consecuencias. Se califican como familias disfuncionales aquellos hogares donde los padres están ausentes la mayor parte del tiempo, casi siempre por motivos de trabajo; también hay casos de abandono. Esa situación es frecuente en familias monoparentales, en su mayoría configuradas por madres solteras. Estos hogares suelen tener menores ingresos y estar en condiciones de pobreza. Consecuentemente los padres y madres se ven obligados a trabajar por una gran cantidad de horas o aceptar trabajar lejos de la casa, pasando un tiempo considerable en los transportes, lo que implica salir

temprano de la casa y llegar tarde. La consecuencia de esta ausencia prolongada acarrea los/as niño/as y adolescentes a quedarse solos, ya que los padres no siempre pueden contar con las redes de solidaridad de vecinos o el apoyo de familiares, en especial para las familias migrantes internos.

“Es un problema en el sentido que no tienen una familia estable, tienen una familia un poco disociada o por último no tienen la pareja. El niño se crece con mamá, papá, abuelitos, con lo que hay en el entorno familiar ¿no? Porque si salieron embarazadas cuando eran jóvenes es porque los papás están, uno de ellos está ausente, no es porque tenga una buena familia organizada, no o que estaban distraídos o trabajan. No, eso también ha traído como consecuencia eso. Porque los padres trabajan y dejan solos a los hijos”
Obstetra - 11

Una primera consecuencia es que los padres tienen menos tiempo para hablar con los/as hijo/as y transmitirles valores que les puedan ayudar a protegerse y tomar decisiones, como la autoestima y el respeto. Podemos hablar de anomia doméstica, invocando el concepto de anomia del sociólogo francés Durkheim para describir una situación social donde hay pérdida o eliminación de valores sociales, morales, religiosos o cívicos. Como consecuencia de la anomia, la sociedad pierde su poder de agregar y reglar la vida de los individuos, que pierden sus puntos de referencia y pasan a sentirse solos e inseguros. El tiempo reducido de contacto entre padre e hijo/as también influye en la confianza y autoridad de los padres frente a los/as hijo/as lo que a su vez disminuye la comunicación entre ellos, dificultando la enseñanza de los valores.

“Hay casas, hogares que las madres trabajan cama adentro, entonces se quedan con papá en la noche. Papá se va a trabajar, en la noche viene. Sábado y domingo recién está llegando la mamá. Entonces ¿qué acercamiento hay con niños de 15, 16 años?”
Educador - 08

Los profesionales de salud, y en especial los/as psicólogo/as y asistentes sociales, subrayan que los/as niño/as oriundos de familias en situación de anomia no suelen tener proyectos de vida. Esos proyectos son un objetivo a largo plazo, como estudiar una carrera [educación superior], aspirar por un determinado empleo o tener hijo/as y fundar una familia en algún momento después de la adolescencia. Los/as

adolescentes que tienen estos objetivos suelen ser más atentos, planear sus acciones, incluyendo el uso de métodos anticonceptivos. Siempre según, los profesionales de salud, la falta de valores y modelos de referencia en las familias perjudican esta proyección. La disfuncionalidad descrita también está asociada a la violencia resultante del machismo en el hogar. El fenómeno ya mencionado de fiestas entre los/as adolescentes sería también una manera de huir de los hogares violentos.

“Como son chicas jóvenes que se embarazaron porque se pusieron a tomar con los amigos, hacen unos juegos, entonces salen embarazadas y ni siquiera saben quién es el papá. Todos esos casos vemos nosotras, y qué se da eso, porque tienen problemas familiares, todo viene del hogar, problemas que hay en su familia, familia no están constituidas. Lo que sucede, problemas del hogar ¿qué significa? Problemas de maltrato, primero maltrato de padre a esposa, y eso de acá conlleva a que la mamá esté molesta frustrada, entonces se agarra con la hija, incluso los maltratos, los golpes, no hay comunicación, la bajo auto estima de los padres hacia los hijos y de los hijos también. No hay comunicación. Al no haber comunicación pues se rompe ese sentimiento, la parte de los sentimientos, comunicación, se rompen muchas cosas, entonces ¿qué es lo que los chicos buscan? Ese afecto en otras personas, que son los amigos, las amigas, las fiestas, y con eso piensan en olvidar todo. Y eso es lo que ellos buscan, olvidarse de los problemas de la casa, en otros sitios y hacer cosas, no las correctas. Eso conlleva a que tengan embarazos no deseados. Que no hay información.”

Asistente social - 04

Una consecuencia asociada a las difíciles relaciones intergeneracionales en familias disfuncionales es la falta de afecto y su influencia en la autoestima, que hace con que los jóvenes busquen compensar en las relaciones afectivas y/o sexuales. En ese sentido, las obstetras han mencionado que algunas jóvenes se embarazan repetidamente entre el final de la adolescencia y antes de los 25 años, pero de diferentes parejas. Habría, según las profesionales de salud entrevistadas, una representación entre algunas mujeres de que tener un/a hijo/a sería una manera de mantener a una pareja.

“Y otra cosa que pasa mucho en nuestro país es la necesidad afectiva. Así como hay niños que son

desnutridos de comida, hay mucha desnutrición afectiva. Entonces a la primera persona que les dicen que son bonita, o qué linda estás, cosas muy simples de una demostración afectiva, aunque sea falsa, entonces esas chicas, están dispuestas a vivir con esa persona y la aman según ellas. Entonces es el gran problema. [...] Porque tampoco los papás lo tuvieron y es una cadena de nunca acabar, y nadie lo corta. Le digo yo a la mamá "abrazo tu hijo", "no sé, ¿cómo hago?". Si nunca te abrazaron, nunca te dijeron te quiero, no, creciste en un ambiente... un ambiente seco como dicen ellas, sin afecto, sin caricias, que desde que tú te levantas hasta que tú te acuestas hay que trabajar, que buscar el pan y la prioridad es esa."

Psicóloga – 23

La búsqueda por afecto también influye en la fecundidad, cuando el embarazo es deseado por representar una tregua en las difíciles y violentas relaciones familiares. En esos casos, la ausencia de proyecto de vida y de afecto queda remplazada por el proyecto de vida de maternidad inmediata, dando un nuevo sentido a sus vidas (Noblega, 2009).

"Las chicas como dicen, aprenden a la fuerza, pero al menos lo que una gestante me decía, porque "¿por qué embarazada otra vez?" le digo "con 17 años está otra vez embarazada", entonces ella se reía "no, es que no me cuidé" me dice "pero sabes qué, le voy a decir algo, yo cuando me embarazo todo el mundo me quiere". Entonces, yo digo ¿cuánta falta de afecto tiene no? "todo mundo me quiere, está atento en mi casa, mi mamá ya no me arregaña, mi pareja es más amable conmigo, todos son buenos conmigo cuando me embarazo."

Obstetra – 21]

3.2.3. MODO FAMILIAR Y COMUNITARIO DE MANEJO DE LOS END

El manejo familiar es la manera con la cual la familia y específicamente los padres y madres, tratan a la adolescente embarazada y a su pareja durante y después del embarazo no deseado, si la apoyan o no. La dependencia y las posibilidades económicas también influyen, por ejemplo, cuando una joven en situación de dependencia económica total de su familia puede ser hostigada por representar una carga. En otras situaciones, las familias apoyan a la joven, cuidando de su niño/a mientras ella termina sus estudios o sale a trabajar. El

tipo de manejo familiar tiene consecuencias sociales y emocionales para las mujeres que tuvieron un END.

El manejo familiar apareció de forma más contundente en el caso de los embarazos no deseados entre adolescentes, que comúnmente viven con sus padres y madres a esta etapa de la vida. El aspecto de manejo familiar no fue relatado en los discursos sobre las mujeres adultas en pareja y con menores ingresos, aunque estas fueron mencionadas como grupo vulnerable a los END. Se puede plantear que a estas últimas se espera a pesar de todo un embarazo, en acuerdo con la normatividad de una pareja dentro de la matriz del machismo, de la sociedad en general y de la religión. Sin embargo, ellas también experimentan una ruptura en sus proyectos y en su cotidiano luego de un END, tal como las adolescentes.

"De repente puede ser rechazada por la misma sociedad, porque generalmente ahora en los trabajos piden que la persona no esté embarazada, entonces, prefieren que las mujeres sean solas, solteras, para que pueda trabajar. También es un obstáculo o impide de que pueda tener un trabajo estable."

Asistente social – O4

Las adolescentes son más visibles como vulnerables durante y después de un embarazo no deseado porque no se espera de ellas que sean madres en esa etapa de la vida, más aún si no están en parejas estables. Otro factor que torna visible al embarazo no deseado en adolescentes es el contexto donde hay más oportunidades escolares y de inserción laborales (Heilborn *et al*, 2002), que las mujeres adultas ya no tienen por tener una edad más avanzada, la menor calificación además de tener familias. Luego, el embarazo en la adolescencia impediría o postergaría el aprovechamiento de las oportunidades, lo que es vivido como un retroceso para ellas y sus familias, en especial en las esferas populares en las cuales los padres no han tenido esas oportunidades.

"La carga familiar bastante fuerte y realmente es difícil ¿no? Pero hay adolescentes que los padres la sacan del hogar, no asumen la responsabilidad, pero en eso también, por más que tengamos... Da cólera, porque van a asumir, salen embarazadas pierden muchas oportunidades. Pero ya está hecho, no podemos darle vuelta atrás, tenemos que apoyar, en ese sentido tratamos de llegar a la familia."

Asistente social – O7

Sin embargo, como hemos visto en el caso de las familias en situación de pobreza extrema o disfuncionales no hay pérdida de oportunidades, ya que esas posibilidades no existían desde un primer momento, como en el caso de los jóvenes que tienen que trabajar para ayudar en la casa (Cavagnoud, 2011).

“Algunas, un porcentaje bajo, son apoyadas por los padres. La mayoría o sale de casa, o... o son maltratadas, son amenazadas, hostigadas por el embarazo. Creo que en definitiva no hay apoyo a los adolescentes. Porque igual si se van, se van a vivir a la casa de la pareja, pero igual, son maltratadas por la familia de la pareja. Justo tuve la semana pasada dos casos de las adolescentes que son de provincia, viven acá con parientes, tíos o hermanos, salen embarazadas y por poco apoyo o nada, se van a vivir con las parejas. Y de ahí son prácticamente aisladas, tu eres una persona que necesitas estar acá por tu condición de embarazada tienes que aguantarlo lo que te dicen. Generalmente es hostigamiento. O sea, yo mando aquí, incluso la pareja, es que tenemos todavía la cultura del machismo, donde yo doy la plata, estás en mi casa y yo hago lo que yo quiero.”

Psicóloga – 20

Las adolescentes, en especial aquellas que son migrantes de provincia, que son obligadas a irse a vivir con la familia de la pareja, muchas veces por rechazo de su propia familia, son doblemente penalizadas y sufren con maltratos verbales y psicológicos. En estos casos, la adolescente se ve constreñida al interior del hogar, obligada a aceptar su rol como mujer en la matriz social del machismo y viven sometidas a la dependencia de los familiares.

“Sí ha habido chicas que su mamá cuando supo que estaba embarazada, dijo al muchacho ‘sabes qué, tú te la llevas’. Y el muchacho no vivía con su papá, y la mamá venía cada 15 días porque era empleada de hogar. O son personas también que vienen de provincia, y acá tienen solo una prima lejana, y como el chico trabaja, la prima lejana es la que acompaña la chica a hacer su control.”

Psicóloga – 06

En muchos casos, el rechazo está asociado al machismo en el cual se penaliza a las mujeres que salen de su rol de madres de familia en parejas estables.

“En los pueblos pues todavía nuestra cultura, está mal

vista, tal vez en Lima ya no, porque bueno se embarazó pues, pero en provincia todavía es fuerte culturalmente, la, como le llaman, a ver... la honra ¿no? [se pone la mano en el pecho] No, mejor te vas y después regresas, ya con tu bebe más grandecito y diremos pues... a veces lo asumen, pero a veces cuando son jóvenes dicen no, lo voy a hacer pasar como mi hermanito, mi papá me ha dicho que lo van a pasar como mi hermanito cuando retorne.”

Obstetra – 03

Aunque en ciertos casos haya apoyo, este puede ser contradictorio, como en estos casos en que la madre acompaña a sus hijas para sus consultas de control prenatal, pero demuestran tener una opinión negativa de la situación del embarazo.

“Pero es difícil porque no tiene la madurez todavía para aceptar un embarazo y encima la presión familiar, el enamorado o el novio... es complicado. Generalmente la familia, la gran mayoría, las mamás las apoyan, están con ellas a regañadientes y todo pero están que las acompañan y todo. Es muy difícil que me haya tocado alguien que no venga con su mamá.”

Médica – 17

“La parte también a las dos las pasa a psicología porque es un choc en la familia, la mamá a veces no termina aceptando y a veces maltrata la adolescente cada vez que la trae a la consulta, la hace sentir mal “mira lo que has hecho, mira como pierdo el tiempo” y cosas así. [...] Hay algunas mamás que si aceptan, “bueno que voy a hacer es mi hija”, pero otras mamás todo el tiempo... le digo “señora, es mejor que venga sola.”

Obstetra – 21

Sin embargo, también se encuentran formas de apoyo familiar constructivas que buscan ayudar a la joven a alcanzar las oportunidades escolares y laborales. En la situación de embarazo no deseado, estas oportunidades ahondan la percepción fundamental de alcanzar logros considerando que en lo sucesivo los/as adolescentes tienen que mantener a un hijo/a.

“Pero veo que hay muchas chicas que sí son apoyadas desde su casa, han entendido que fue un error y que la única forma de que salga adelante es apoyándola. Han salido adelante y muchas veces con un niño o con una niña y ya lo piensan muchas veces antes de comprometerse con otra persona, siguen trabajando

o se profesionalizan, y cambian de calidad de vida, mejoran su calidad de vida tanto de ella como de su niña. Eso es lo que yo he visto en todos estos tiempos, y siempre que he podido desde la organización de la cual participo y conversando con jóvenes o con madres que se desesperan cuando la hija salió en estado”

Orientadora legal – O2

El apoyo se manifiesta no solo en las familias sino también en la actitud de los colegios. Si antes las adolescentes embarazadas eran expulsadas y sufrían al ser juzgadas negativamente por los pares y profesores, esa práctica ha cambiado, amparada incluso por normas legales.

“En el colegio están permitiendo que vaya las chicas embarazadas, creo que están perdiendo la vergüenza, porque antiguamente si era el qué dirán, ¡ay qué vergüenza!. [...] De que ahora las niñas que salen embarazadas tengan vergüenza, no. Porque me ha pasado en el colegio de mi hija, han salido embarazadas como 5 chiquitas y con su barriga iban al colegio. Normal. Tienen que terminar. Terminaron de terminar su colegio, han terminado las chicas, ya tuvieron su bebe, pero han asistido, han seguido asistiendo. Y por lo que he conversado con mi hija, me dijo, “no mami, no tienen vergüenza”. Normal. Más bien en el colegio le agarran la barriguita las compañeras, se sociabilizan con el bebe. O sea, llevan ya un embarazo mejor para ellas.”
Mujer entre 40-50 años, grupo focal O3

Sin embargo, la deserción escolar todavía es común tras un embarazo, no necesariamente en el corto plazo, pero en los años siguientes.

“El colegio les permite acabar el grado, pero muchas de ellas a veces se quedaron en segundo, en tercero acabarían su año y ya no retoman. La gran mayoría ya se queda teniendo su hijo, busca un trabajo, o al amparo de la pareja, no, que le tocó en ese momento. Hay deserción escolar. Otras a pesar que el colegio les da la facilidad se retiran, no desean seguir estudiando, pocas son las que tuvieron su hijo y luego continúan. Muy pocas, la mayoría deja.”

Obstetra - 21

La ausencia de apoyo de la familia influye con la deserción escolar, en especial cuando la red de solidaridad familiar no tiene la capacidad de quedarse con el niño/a durante el horario de las clases. Todavía, padres y profesores pueden tener reacciones negativas y

estigmatizantes hacía las adolescentes embarazadas. Los chicos adolescentes, padres y/o parejas de las adolescentes que tuvieron END, no parecen ser objeto de reacciones negativas en los colegios. Sin embargo, se mencionó que en algunas familias los padres y madres tienen reacciones negativas hacía sus hijos cuando les anuncian que su enamorada está embarazada. Algunos adolescentes varones también pueden interrumpir sus estudios para trabajar y mantener a su pareja y a su hijo/a, y consecuentemente también experimentan una ruptura en su trayectoria de vida.

3.2.4. ATENCIÓN SANITARIA A LOS END

La atención al embarazo deseado o no deseado en los centros maternos infantiles de Villa El Salvador es gratuita para todas las mujeres. El actual protocolo de atención integral a las gestantes moviliza distintos profesionales de los CMI : las asistentes sociales – que hacen la inscripción al SIS en el caso que la gestante no esté afiliada – obstetras, médicos generalistas, profesionales de psicología y nutrición. Los profesionales también pueden hacer visitas al domicilio de la gestante en casos de fallar a las consultas o para diagnóstico socio económico en caso de vulnerabilidad. En estas ocasiones los profesionales también sensibilizan las familias a las señales de riesgo en el embarazo para que acudan a los centros de salud.

Esas medidas hacen parte de la estrategia nacional del MINSA para disminuir a la mortalidad materna. Aunque no existan consultorios diferenciados o específicos para casos de embarazos no deseados o tampoco para las gestantes adolescentes, hay una atención mayor por parte de los profesionales por los riesgos fisiológicos inherentes a un embarazo a temprana edad. Pese a que la literatura mencione casos de maltratos de jóvenes embarazadas en los servicios de salud (Yon, 2015), no se constató estos casos en el presente estudio, lo que se puede explicar por el sesgo de los entrevistados y la falta de entrevistas con mujeres que han tenido END.

“Cuando viene una gestante adolescente, la diferencia del adulto es que inmediatamente se tiene que abrir para las interconsultas a todo el equipo, se le hace una historia integral, está durando una hora, las primeras consultas, para sacar todo lo que está interviniendo en ese embarazo adolescente. Si fue planificado, no fue planificado, qué hizo antes de venir a la

consulta, si lo intentó deshacerse del embarazo o no, se le hace las preguntas para ver luego la condición social en la cual está, la condición psico-emocional en la que ella está interviniendo, y si la persona que está viniendo con ella es la pareja, o quién es la persona que está viniendo con ella. Porque todo eso le va a afectar a ella. Una vez que se hace todo ese historial, se conversa con ella de que, vamos a intervenir dese modo, puede ser a nivel intrahospitalario, y si se ve algo que trascienda, eso pasa cuando que la hayan botado por ejemplo de la casa. Yo diría que en 50% de los casos, dicen no, te vas. Conseguiste embarazo te vas, hay que ver todo ese condicionamiento que hace que venga tardíamente a los controles. Que no acuda a los controles, que no cumplan con indicaciones. Hay que saber que hay ciertos tipos de patologías que se presentan más en este grupo etario, entonces al no cumplir va a complicarlas. Entonces hay que hacer visitas domiciliarias cuando no vienen a sus controles, o hay que verificar lo que ellas dicen. No es que no se les crea, sino que uno ya va observando, cuando se hace la visita se comprueba que efectivamente no era todo lo ideal como nos había dicho en la consulta, sino que no hay papá, no hay mamá, está sola. O el trato en la nueva familia por ejemplo, se va a la casa, pero no es tan bien recibida.”

Obstetra – 03

La situación de los embarazos no deseados, especialmente cuando las gestantes no aceptan al embarazo o confrontan dificultades como la ausencia de apoyo de los familiares, puede afectar la atención al embarazo. Eso constituye un riesgo de salud adicional para las gestantes adolescentes que se suma al riesgo social y emocional que ellas experimentan.

“Esta jovencita que te cuento de la mañana me dice un hecho bien real, esta jovencita tiene 35 semanas de gestación, es su primer control. ¡35 semanas de gestación y no se ha hecho ningún control! ¿Cuál es el problema? Simplemente los primeros meses no se lo dijo, se guardó. Después cuando lo descubrieron, ya su mamá se enteró, y como digo, son familias con problemas siempre. Y recién, y vino con su pareja, cuantos años tienen su pareja, 17. Y le digo que pasó, nada, simplemente que viene por primera vez. Es un caso de muy alto riesgo obstétrico, eso lo calificamos nosotros porque tenemos que ver, ya le hice mandé toda la batería, ya le salió que tiene infección urinaria, y tengo estar haciendo los seguimientos.”

Obstetra - 11

Cuando estos riesgos acumulados se presentan en una gestante, las asistentes sociales y los psicólogos hacen un seguimiento especial para garantizar la adhesión a los controles prenatales. Las promotoras voluntarias de salud apoyan a los CMI en esa tarea, captando a gestantes que puedan encontrar en las visitas domiciliarias. Sin embargo, el personal médico no es suficiente en la zona para lograr una buena cobertura en atención de proximidad, que queda significativamente limitada.

3.3. DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE LOS ABORTOS

Los abortos son considerados como una consecuencia directa de los embarazos no deseados (Guillaume, Lerner, 2009a) y por ese motivo la población más vulnerable para los abortos es la misma de los END, adolescentes y mujeres adultas que ya tienen hijos/as y en situación de menores ingresos. En el Perú el aborto está penalizado, salvo el aborto terapéutico. Sin embargo hay un reconocimiento unánime de que es una práctica difundida y común, con pocas consecuencias legales para los que lo practican, sea las mujeres o los profesionales u otros actores en las clínicas seguras e inseguras.

Los abortos clandestinos pueden ser de diversos tipos : en Villa El Salvador se encuentran a consultorios de ginecólogos que hacen abortos con misoprostol y AMEUs de forma segura. Por otro lado, hay uso del misoprostol de forma individual, vendido sin control de receta en las farmacias, que es seguro cuando se respeta el límite de tiempo y la dosis recomendada²⁵. Sin embargo, por falta de informaciones, se constata un uso inseguro reportado por una parte de los profesionales de ginecología actuando en uno de los CMI de VES donde se atienden cotidianamente con AMEU o legrado a mujeres embarazadas que llegan con hemorragias, algunas de las cuales según ellos fueron provocadas por uso de medicamentos.

“- ¿Hay venta de misoprostol sin receta?

- Sí, sí, es indiscriminado, venden bastante. No sé si habrás comprobado, hay misoprostol y te lo venden, dos, o cuatro u ocho y te lo venden. Pero es sin receta. Y es por eso vienen las chicas con sangrado [...] bastante adolescentes que vienen ya con el aborto completo o en curso. Y las atendemos, sí, las atendemos acá.”

Médico gineco obstetra – 15

²⁵ Se recuerda que el uso del misoprostol es recomendado por la OMS para la práctica de abortos seguros hasta 24 semanas de embarazo, con dosis y cuidados específicos según cada periodo, hasta 12 semanas y entre 12 y 24 semanas de embarazo. (OMS, 2012)

Según los profesionales que atienden en este centro que brinda atención postaborto, el número de abortos provocados con misoprostol ha aumentado en los últimos años. Pese a que algunos profesionales de salud no estén de acuerdo con el uso del misoprostol para inducir al aborto, otros señalan que los abortos con este medicamento tienen menos complicaciones que con los otros métodos abortivos (yerbas, golpes o introducción de objetos para perforación), lo que ven como positivo. No obstante, la relativa facilidad para abortar preocupa por si ello conlleva el disminuir el uso de anticonceptivos y aumentar los abortos repetidos.

“Son chicas un poquito descuidadas, porque uno les explica... Nosotros tenemos una orientación previa al aborto [él se refiere al procedimiento de AMEU o de legrado hecho en el CMI luego de una hemorragia], intra-aborto y post-aborto. Porque si tú tienes un procedimiento, por ejemplo ahora vamos a tener una chica de un aborto incompleto, ya le han hecho su consejería. En el momento de hacerle la limpieza, como hacemos con anestesia local nomás, le vamos conversando, le vamos orientando qué se va a hacer, y en el postaborto se le hace una consejería para que de una vez decida qué método anticonceptivo, etc, entonces van bien aconsejaditas. [...] Pero a veces regresan a los 3 meses igual otra vez con aborto. Tenemos un caso de 4-5 abortos así muy rápido, y se le explica, pero no... Son las chicas que se van y no quieren método anticonceptivo [...] Como hay chicas que dicen “mire doctor yo no voy a tomar pastilla [el misoprostol], yo quiero tener el hijo que me da dios”.
Médico gineco obstetra – 14

Sin embargo, en el otro lado del espectro también se encuentran clínicas que practican abortos que según los estándares internacionales pueden catalogarse como inseguros, ya que son realizados sin profesionales capacitados, sin condiciones higiénicas y mediante una mala praxis. Los abortos con introducción de objetos, administración de yerbas o lavados siguen existiendo pero de forma reducida según los profesionales entrevistados. También se mencionaron retrasos en acudir a los cuidados luego de una tentativa de aborto. El miedo de acudir a los centros de salud con complicaciones, por temor sea al trato de los profesionales de salud por eventuales juzgamientos morales, sea por miedo de ser denunciada, están todavía estrechamente relacionados con las muertes maternas y con riesgos de morbilidad.

“Y incluso, es lamentable, hemos tenido un caso de muerte materna, que fue justo por eso, ella tenía ya varios hijos, tenía 6 hijos, era como 7 o 8 hijos que tenía pero vivos 6 y había ido particularmente a provocar, tomar las pastillas. Cuando vino aquí por el sangrado nunca lo dijo, y no sé fue un problema también del personal de salud que no hizo una buena historia, tratar de sacarle mayor información y al final murió por una sepsis. Cuando vino la revisaron, dijeron que parecía una infección urinaria. Volvió una segunda vez, hasta que la tercera cuando ya habido sangrado se dieron cuenta que sí, la paciente tenía un aborto retenido. Entonces ya hizo una sepsis y falleció la paciente y era pues una persona adulta, tenía 40 años, sino que su preocupación era una zona pobre y tener más hijos, y no decirlo, eso fue lo peor, hasta ahora. Yo la conocí personalmente a la persona. Porque yo cuando estaba en el puesto la conocí, y cuando me enteré de la noticia me dije ¿qué? ¿Por qué callar? ¿Quizá porque no quería que el esposo se entere que ella había tomado esa decisión? Yo creo que es la única respuesta que podría dar ¿no? de porque ella no lo dijo. Pero son casos raros, son muy pocos, pero sí, lo común son más en adolescentes.”

Médica – 13

3.3.1. LOS PROFESIONALES DE SALUD FRENTE A LOS ABORTOS

Un primer aspecto a considerar es la actitud que tienen los profesionales de salud frente a mujeres que han tenido abortos en el pasado o que llegan con abortos en curso a un centro de salud. Las recomendaciones internacionales en SSR y la ética médica incitan los profesionales de salud a “comprometerse para garantizar un atención de calidad para tratar de las complicaciones decurrentes del aborto, incluso en situaciones en las cuales la ley prohíbe su realización, preservando la autonomía y la integridad física y moral de la usuaria y proveniente orientación adecuada y oportuna sobre los métodos anticonceptivos regulares y de emergencia, para prevención de la repetición del aborto y de las consecuencias nocivas para la salud” (Ventura, 2001). Se añade igualmente la responsabilidad de los profesionales de salud de garantizar el derecho de las usuarias al sigilo médico y a la atención sin prejuicios.

“El año pasado sí se lo dije a mi ginecóloga, y me dijo ya, como que sí lo conté el año pasado a mi ginecóloga porque ya teníamos bastante tiempo juntas, entonces se

armó una confianza muy bonita entre ella y yo, entonces lo solté, y me dijo ya, no hay problema. Me hizo sentir segura, es más, creo que por eso solamente me atiendo con ella, espero que sea su turno de ella para poder ir. [...] Primero me preguntó... creo que no juzgó [...] Ella me preguntó si yo me sentía bien y si yo estaba bien. Entonces eso como que me hizo sentir muy segura, y que si yo sentía que era una buena decisión, que no estaba mal que lo hubiera hecho, entonces como que ya, más tranquila. Claro que... no sé si cambió mi ficha o no..."

Mujer 22 años, hizo un aborto a los 15 años

Pese a que no obtuvimos relatos de problemas de acogida con profesionales de salud en los establecimientos de Villa El Salvador en situaciones de atención durante o después de un aborto, probablemente por el sesgo de los entrevistados, otros trabajos han documentado el maltrato institucional hacia mujeres que llegaron con complicaciones o que han admitido haber abortado (Valenzuela, 2015). El juicio emitido por los profesionales de salud puede estar asociado a creencias religiosas y morales. Sin embargo, hemos constatado que los profesionales de salud mencionan primeramente un prejuicio asociado a los riesgos y consecuencias para la salud de la mujer y a la carga que conlleva a los servicios de salud.

"Mi amiga que era obstetra, o sea está estudiando para obstetra, me dijo "estás loca, cómo has podido hacer eso, que tú no sabes cuántas chicas vienen ahí ensangrentadas, pidiendo ayuda porque se han hecho abortos" y yo le dije como que "me he informado bien, las pastillas no te hacen eso, o sea nadie me ha hecho una intervención quirúrgica en un lugar horrible y poco higiénico", pero era como que «no, debiste haber pensado que...» bueno, se horrorizó. Al final dijo "bueno es tu rollo, no quiero ser tampoco feliz con eso" pero bueno es la única reacción negativa que recibí. Pero supongo que igual se sintió así muy indignada, y la comprendo, porque ha visto pues cuántas chicas vienen así mal, cuando ha estado en sus prácticas, en emergencias."

Mujer 26 años, hizo dos abortos con misoprostol

Un segundo aspecto importante es la posición de los profesionales de salud, en especial los médicos, frente a la obligación legal de denunciar las mujeres que llegan con complicaciones de abortos inducidos, según previsto en el artículo 30 de la Ley General de Salud que vulnera el secreto profesional²⁶. Los médicos entrevistados han reportado un malestar frente a

esa obligación y argumentan que el rol del profesional de salud es la atención y el cuidado hacia la paciente, además de manifestar la voluntad de no someterse a la burocracia jurídico-policial. Para ellos, la educación para la prevención de los embarazos no deseados es una estrategia más eficaz para evitar los abortos que la penalización.

"Del aborto, el médico no tiene que ser un investigador en ese aspecto. Nosotros nos limitamos en atender en emergencia y punto. Por lo menos yo. Porque hasta tienes un problema, va a venir la policía, tengo que hacer un informe, me van a citar, entonces es mejor no. Acá lo más importante es educar a la... sobre todo los embarazos, los embarazos no deseados se están dando en adolescentes, es la mayor parte, la mayor cantidad"

Médico gineco-obstetra - 15

El tercer aspecto concierne la actitud de los médicos cuando confrontados a mujeres que manifiestan el deseo de abortar y que les piden orientaciones para hacerlo. La representación que tienen algunos profesionales de salud sobre su rol como actores del sistema de salud pública hace que algunos de ellos, teniendo en cuenta los riesgos que pueden correr las mujeres que acuden a clínicas sin profesionales capacitados, indiquen a médicos que hacen abortos clandestinos seguros en Villa El Salvador.

"Si tú estás decidida, ustedes están decididos no hay problema, tal médico convérsalo. [...] Médicos ginecólogos trabajan. Claro que no son todos, pero sí tenemos, para qué voy a, sí conocemos. "Conversa con él, yo no sé nada, yo soy ojos cerrados". Es verdad, para que te voy a decir que no, no, no. Les doy todas las orientaciones respectivas, todas las alternativas, si lo deciden, la decisión está en ustedes, y después algunos, "no, señorita, nosotros hemos decidido tener". Ah que bueno, felicitaciones. Otros, "no podíamos, porque estábamos estudiando, nadie nos va a ayudar, entonces, no". Entonces sabes qué, si ustedes han decidido, ustedes saben, haz de cuenta que no sé nada, no dé el nombre del médico, nada. "Ya señorita", porque tampoco, peor sabes qué, peor es que se van en un lugar clandestino, dónde realmente vaya a correr peligro su vida. Porque si yo les digo no, si cierro las puertas, eso conlleva a que ellos busquen, toquen cualquier lugar y pueden correr su vida."

Asistente social - 07

26 Artículo 30 : "El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituye delito perseguible de oficio o

cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente"

“Es fácil abortar, puede ser seguro si te informas bien, hay muchos que lo hacen en consultorios. [...] Creo que a la paciente le digo ‘esto es así. No te voy a juzgar, ni a decir que esto es pecado, no soy dios para decir. Si lo ve en una situación difícil, piénsalo bien.’ [...] Sí, la oriento médicamente. Sí, sí, las oriento. Yo sí las oriento, el aborto es así. Te van a hacer, te van a aspirar, no, o te van a meter una cureta que por lo... Lo otro en lo posible, yo digo personalmente, la fe católica me lo exige, de que sea antes de las 4, 5, 6 semanas ¿no? Lo más pronto posible, porque también les hablo de los riesgos cuando el embarazo va por segundo mes, ahí... sí, sí, sí. Algunas colegas dicen que el aborto no, ¡que no, que no! Yo, como mi colega dice, si no le orientas tú bien, ¡va a hacer de todas maneras!”

Obstetra – 26

Los profesionales de salud demuestran pragmatismo reconociendo que las mujeres que desean abortar lo harán cual sea la situación. Luego, la motivación de estos profesionales es de evitar el riesgo, incluso cuando ellos tienen convicciones personales en contra del aborto. También hablamos con profesionales que no indican clínicas o formas seguras de abortar, pero tampoco disuaden a las mujeres, reconocen el derecho de las mujeres de decidir.

“Yo estoy en contra de eso. Creo que ni siquiera los seguros, no hay seguros. Primero como siempre digo, a ver, trae una bendición de la vida, de dios. Pero no soy en contra de que una persona, si toma la decisión [...] Tengo que darle información de las dos partes, y será la persona que tome la decisión, con toda información que pueda recibir, con todo lo que podamos conversar de ambas posibilidades”.

Psicóloga – 20

“Al final, cómo yo les digo a ellas algo personal, es decisión de la mujer, es decisión de ellas. Al final si lo tiene o no lo tiene es decisión de ella... ¿Cuál será su situación para que ella conlleve a no tenerlo? Ahora, muchas de ellas te piden si conoces un lugar. Definitivamente yo nunca les mando a ningún lugar porque si llegara a pasar algo, y no, por mi responsabilidad, sino que les puede pasar algo, es una gran responsabilidad. Nosotros somos salud y estamos muy propensos al tema de la vida. Yo respeto mucho la decisión de la mujer. Si ella me dice “yo no lo voy a tener” perfecto. Y tampoco la tengo porque registrar en la historia, se pone cómo un embarazo no deseado y punto, nada más”.

Obstetra – 27

Finalmente, algunos profesionales buscan activamente disuadir a las usuarias de hacerse un aborto. La motivación está más relacionada a cuestiones legales que a creencias religiosas y morales, aunque estas también aparecieron en los discursos.

“No. Yo no la doy. Yo no la doy. No es legal. No la doy. Trato de... ya si es que ya es no, simplemente viene con la idea de que no-no-no, nosotros tenemos acá la parte de obstetricia como apoyo porque ellas sí están capacitadas para eso, pedir el apoyo a ellas o psicología. En todo caso, si ya la paciente no puede, ni modo. Legalmente tampoco podemos hacer más nada. [...] Tratar de ver que mantenga el embarazo porque como siempre les digo, no es legal el aborto, se mete en problemas ella, hasta puede ir presa y es un riesgo hacerse el aborto porque como es legal, en un sitio clandestino... Darle esa información básicamente. Me tocó eso en el otro lado donde estaba prácticamente sola con la obstetriz y bueno, hablarle y todo eso... al final la paciente sí tuvo el bebé, pero el apoyo psicológico es importante porque es muy traumático, pero sí logró tener el embarazo, tener el bebé. Pero en esos casos como te digo siempre darle la información y decirle que el aborto en este país no es legal, entonces hay ahí una complicación mayor para ella y para el beboto.”

Médica – 17

Una obstetra argumentó que la implementación reciente del SIS y la gratuidad de la atención ya no justificarían un aborto por motivos económicos, en respuesta a algunos médicos favorables al aborto cuando se trata de mujeres en situaciones de pobreza.

“Yo no estoy a favor del aborto. Yo no colindo con esas ideas, yo pienso que si la paciente ya salió embarazada debe de terminar su embarazo, porque ahora no hay por qué abortar, ya que el gobierno está dando un montón de ayudas ¿no? Porque tenemos el SIS, el SIS le garantiza un control prenatal seguro, un parto seguro en una institución grande, ya sea un centro materno, ya sea un hospital de tercer nivel, o sea ya no tienen el porqué, si todo es gratis. Se les asiste tanto a los controles, los análisis, las ecografías, el suplemento de hierro es gratuito.”

Obstetra – 16

A su vez, una parte de los profesionales de salud en contra de los abortos justifica su convicción por los riesgos psicológicos que pueden conllevar, con séquelas

de trauma y culpabilidad. De hecho, como veremos a continuación, las mujeres que han abortado, especialmente las adultas, manifiestan culpabilidad y miedo al castigo divino asociado a las creencias religiosas vigentes. Algunos profesionales de salud tienen opiniones ambiguas cuando a la legalización del aborto en general, pero la mayoría de los entrevistados se manifestó en favor del aborto terapéutico y de la despenalización en casos de violación, lo que corrobora los hallados de otras investigaciones con ese público [Pace *et al*, 2006]. No fueron encontrados resistencias al aborto terapéutico o a los cuidados postaborto entre los profesionales entrevistados. Una obstetra entrevistada afirmó que el uso de misoprostol no estaba indicado para inducir abortos, mientras otros profesionales mencionaron no conocer la posología, mostrando que todavía hay profesionales de salud de la zona con pocos conocimientos sobre este método medicamentoso de aborto.

3.3.2. PRÁCTICAS Y OPINIONES DE MUJERES CON RESPECTO A LOS ABORTOS

Con respecto a la práctica y opiniones sobre el aborto, se constató un sesgo importante entre generaciones. El aborto es sensiblemente más aceptado, aun cuando criticado, por los/as jóvenes y más criticado todavía por las mujeres adultas, incluso entre aquellas que lo han practicado. Los hombres no suelen participar en la decisión, dejando la responsabilidad, los costos y las consecuencias únicamente a las mujeres. Aunque la ausencia masculina fue reportada como relativa al tipo de relación, es decir los hombres participarían menos cuando se trata de una relación ocasional no estable [Guillaume, Lerner, 2009b], en nuestras entrevistas ningún hombre ha participado de la decisión de abortar, independientemente del tipo de relación.

“Estaba en el colegio, salía con un chico en ese tiempo y... sí nos cuidamos con preservativos. En una de esas no sé qué pasó y quedé embarazada. Él desapareció, simplemente me dejó totalmente sola, me dijo que esa era mi responsabilidad y que yo viera cómo lo tomaba. Estaba un poco asustada y conversé con una amiga del colegio. Ella me presentó a un doctor, después de que tenía casi dos meses me llevaron donde un doctor [...] Y él me dijo que él podía hacerme el legrado. Me lo hizo un día. Presenté complicaciones muy fuertes después, muy pesado el dolor, me dolía mucho el

vientre, tuve sangrado casi 1 semana, 2 semanas... no me paraba, como menstruación no paraba de bajar. Tuve que estar yendo constantemente con este médico porque me daba miedo ir a otro lugar, y lo complicado era conseguir el dinero para poder pagarlo. Pero de ahí digamos entre mi amiga y yo... vendí mi ropa a mis amigas del colegio, a quien pudiera, hasta conseguir el dinero... estuve muy mal hasta 3 meses, 4 meses después porque... todo mi cuerpo se movió.”

Mujer 22 años que hizo un aborto a los 15 años

Las mujeres que hemos entrevistado tampoco han tenido apoyo por parte de sus padres y madres, sino por amigas. Las jóvenes que hemos entrevistado manifestaron alivio tras la práctica del aborto, sin sentimiento de arrepentimiento.

“- ¿Y luego de esto cómo te sentiste?”

- Bacán. Me había sacado... lo que quería hacer, lo hice. Sí, no... No tengo ningún remordimiento, ni culpa, ni nada por el estilo.

- ¿Recibiste apoyo económico de alguien para cubrir los costos del aborto, sea de tu compañero o amigas?”

No, esta vez yo lo cubrí todo. Sí, yo cubrí todo sola. [La vez siguiente ella pedirá que su pareja cubra los costos, lo que él hizo después de un conflicto].”

Mujer 26 años, 2 END, 2 abortos con misoprostol

Para una entrevistada que acudió a una clínica insegura, la penalización del aborto tiene como consecuencia las praxis inseguras. Para ella, si el aborto fuera despenalizado, podría hacerlo en condiciones seguras dentro de un centro médico.

“En realidad, a pesar de todo el rollo que pude haber sentido con mi mamá, después de tener el legrado me sentí muy aliviada. Sentía que podía de nuevo pisar tierra, y hacer las cosas que yo quería hacer. [...] Sé que no puedo hacerlo. Sé que está mal, o sea, según las leyes está mal, es condenable que yo lo haga y por eso creo que son clandestinos, sino hubiera podido hacerlo en un lugar con la mayor tranquilidad, y de repente con un sistema médico mucho más amplio, donde me hubieran atendido bien y no hubiera tenido que ir una segunda vez a que me hagan una segunda intervención.”

Mujer 22 años que hizo un aborto a los 15 años

Entre las motivaciones citadas por las jóvenes que han abortado hay, paradójicamente, proyectos de vida

como estudiar o tener una carrera. Cabe recordar que la falta de proyectos de vida está asociada a los embarazos no deseados entre adolescentes por los profesionales de salud entrevistados. Las adolescentes promotoras de salud²⁷ saben que hay métodos seguros para abortar, al mismo tiempo tienen conciencia de los cuidados que se deben tener con relación a los riesgos y del juzgamiento negativos de los padres y madres.

"1: Una clínica segura, pensarlo bien, informarse sobre una clínica segura o una amiga de confianza que te pueda acompañar o su propio enamorado ir juntos, y si tienes confianza con la mamá tratar de ir con los padres; si A o B escoges una clínica mala y te pasa algo, obviamente tu mamá va a preguntar. Tratar de hablar mayormente con los padres y decirle "mamá, que me ayude, no lo quiero tener pero estate ahí conmigo". Porque hay algunos padres que lo toman a mal, otros que lo toman bien, es depende pero la mayoría de los padres lo toman a mal porque los hijos quedan embarazados a los 14, 15 años.

2: Yo sí tuve una amiga que se embarazó pero no le quiso decir a nadie, ni a su papá ni a su mamá porque tampoco vivía con su mamá y como que su enamorado, ella paraba en la calle y no le gustaba estar en su casa y uno de esos días ella me contó que había tenido relaciones sexuales con su enamorado y que había salido embarazada; y después de 3 días creo ella me dijo que había abortado al bebito y creo que se puso mal y la tuvieron que llevar al hospital y estuvo grave."

Adolescentes mujeres entre 13 y 18 años, grupo focal O4

Los/as promotores/as adolescentes están a favor del aborto en los casos de violaciones o de riesgos para la salud de la mujer y del hijo/a. Sin embargo, a pesar de ser comprensivos cuando hablan de sus compañeras si se han visto en una situación de embarazo no deseado, ellos/as tienen una opinión negativa de las jóvenes que abortan, en especial por el hecho de ponerse en riesgo y más aún por la irresponsabilidad de no tomar precauciones utilizando un método anti-conceptivo.

"Yo sí, no estoy de acuerdo porque es algo que les va a hacer mal a ellas, a su físico y psicológicamente también, y hay personas que también, como dice mi compañera, se embarazaron y abortan, otra vez se embarazaron en unos meses y otra vez abortan, como que no

aprenden la reflexión de estar abortando"

Chico adolescente entre 13 y 18 años, grupo focal O4

Este mismo argumento de la responsabilidad de cuidarse fue mencionado con frecuencia en los grupos focales con mujeres adultas y con promotoras de salud. En estos casos se argumenta que pase lo que pase, hay alternativas al aborto como la ayuda del gobierno por programas sociales y del entorno familiar. En último caso, se mencionó la alternativa de dar al/la niño/a en adopción, aunque hay pleno reconocimiento que es una solución burocrática y costosa en tiempo.

"Si estarías hablando de un aborto donde la muchacha no se cuidó, la chica, ahí sí no estaría de acuerdo porque es un descuido y si sabe la persona de cuántos métodos hay hoy en día, en eso sí no estoy de acuerdo. Ahí sí estoy destruyendo una vida porque si sabiendo que hay un montón de métodos, cómo cuidarse, porque ahora hasta en los colegios te enseñan"

Mujer de 46 años que ha tenido 2 END

"Yo estoy de acuerdo que el bebe debe nacer y darle a adopción, en adopción, que el bebito sea bien controlado del embarazo y se pueda dar en adopción, que hay muchas madres que no pueden tener hijo, entonces, ¿por qué no darle en adopción a esa criatura? Preparar su barriguita y darle en adopción. Yo sé que ese niño puede vivir y puede ser un ciudadano útil en la vida. Que sea sanito. Pero sí estoy de acuerdo con el aborto terapéutico, que el niño ahora ya se detecta de la ecografía como el niño está formándose, un niño que es enfermito, retardado ese niño viene a sufrir a la vida, viene a hacer sufrir a la madre, a la familia, entonces, yo creo que esa criatura también sufre"

Mujer entre 40-50 años grupo focal O3

Las mujeres adultas que han abortado, ambas casadas y con hijos, dijeron haber sentido arrepentimiento después del aborto, aunque al relatar el momento de su decisión expresaron que estaban desesperadas y no veían otra solución sino abortar. Para ellas, "pase lo que pase hay que quedarse con el embarazo".

"Salgo embarazada y no quise tener ese bebe. En una ONG, de verdad no quise. Dije, ya no quiero, me hice y por ese pecado he pagado muy caro porque me hice echar mi bebe, y después me causó también esa pena de matar un bebe. Que culpa tenía y por eso te castiga

27 - El grupo de adolescentes promotores no representa el promedio de adolescentes. Sin embargo ellos influyen difundiendo el conocimiento que adquieren en los talleres y charlas entre sus pares.

dios, me dijo mi esposo. Él no me acompañó, me acompañó una amiga a eso, y ya no tengo más mis bebés, por eso que yo me capacito a Manuela Ramos sobre, este... servicios de salud. Y me da una vergüenza decir no al aborto, porque es sufrido, moralmente he sufrido como si hubiera asesinado a un bebe.”

Mujer entre 50-60 años grupo focal O3

El discurso religioso y moral asociando la idea de la inocencia del feto, de culpabilidad y el castigo divino apareció en las manifestaciones en contra del aborto, incluyendo, en algunas ocasiones, el aborto terapéutico.

“Ahora, los padres resuelven bien fácilmente del aborto ¿no? Pero yo pienso que no es así, porque yo pienso que estamos haciendo lo mismo que hicimos con Jesús hace años, estamos matando un inocente, un inocente por culpa de otro. Yo pienso que ahí, ahí, porque en realidad el aborto terapéutico no está bien justificado. No está bien justificado. Porque en realidad ahorita, se acoge cualquier señora no quiere que su hija tenga al bebe, un doctor ahí mismo, llena el informe como aborto terapéutico y la hace abortar. ¿Y cuánto cobra? Un montón de plata, eso está dando ya, que ya está cobrando un montón de plata por hacer abortar, a niñas. Y eso está muy mal, están matando niños.”

Mujer entre 40-50 años, grupo focal O3

Hay temores ligados a una práctica del aborto indiscriminada al eludir las excepciones previstas en la ley de despenalización en casos de violación. Ese temor está presente incluso entre aquellas que defienden la despenalización de los abortos en casos de violación. Todo ello demuestra que todavía hay resistencias con respecto al tema del aborto, sea por motivos ligados a la religión o por motivos ligados a la representación de responsabilidad de las mujeres.

“Creo que las mujeres no nos gusta ese tema del aborto, pero creo que tenemos que ser realistas en las situaciones frente a cuales si hubo violación y la niña o la mujer sale embarazada no es justo que siga un embarazo que no lo ha buscado, no lo ha deseado, pero si ella decide tenerlo también es respetable ¿no? Y que los embarazos no deberían de ser penalizados por el estado, no solamente cuando ese niño está atentando contra la vida de la madre ¿no? Que se le puede extraer, creo que no es justo que una mujer... sobretodo que una mujer que sale embarazada que no se ha cuidado, tiene pues, ha sido parte de su res-

ponsabilidad, tampoco es que nosotros promovamos un aborto así totalmente indiscriminado, que salen en estado hoy día mañana nuevamente, no para nada. Eso sí, creo que es apoyar un asesinato masivo.”
Orientadora legal - O2

3.3.3. EL CASO ESPECÍFICO DE LOS ABORTOS EN SITUACIONES DE VIOLACIÓN

Los casos de violaciones en Villa El Salvador así como en el Perú siguen siendo extremadamente elevados (Reyes, 2008). La violencia sexual es “una acción que obliga una persona a mantener contacto sexual, físico o verbal, o a participar de otras relaciones sexuales con el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal” (Abramovay, 2004). Según el Artículo 170 del Código Penal peruano (1991, actualizado en 2013), la violencia sexual es una violencia o grave amenaza por parte de una persona que obliga a otra persona (víctima) a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías²⁸. Cabe señalar el peso del machismo como sistema desigual de género que da origen a un ambiente de violencia en contra de la mujer, evidenciados por los altos índices de violencia familiar. Hasta 1997 la ley peruana eximía de pena al violador por matrimonio con la víctima (Ley 26770), reforzando la vulnerabilidad de las mujeres y la impunidad.

Entre enero y julio del 2015 hubo 33 160 casos de violencia familiar y sexual en el Perú, de los cuales un tercio son contra niña/os y adolescentes, de los cuales menos de la mitad del total son denunciados²⁹. La vulnerabilidad es mayor para las adolescentes, en especial menores de 14 años, y las mujeres unidas en situaciones de pobreza, exclusión social y de nivel educativo más bajo. Los dos grupos tienen menor probabilidad de denunciar la agresión sexual, o la denuncian después de haber sufrido repetidas agresiones, por miedo de perder el acceso a escasos recursos económicos y sociales, además del temor a la estigmatización (Yon, 2015; Reyes, 2008). Al no denunciar, también son pocas las mujeres que acuden a servicios de salud para prevenir embarazos con métodos de emergencia. Según los profesionales de salud entrevistados, una proporción importante de los

28 - Ver definición extensa y las penas previstas por ley en el anexo 6.1.

29 - Fuente : Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Programa nacional contra la violencia familiar sexual. Boletín Estadístico Julio

2015, consultado el 24/08/2015. http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1401&Itemid=431

embarazos no deseados ocurren debido a situaciones de agresiones sexuales y de violencia familiar.

El trabajo de campo para este estudio sucedió durante el debate nacional sobre el proyecto de ley de despenalización del aborto en casos de violaciones y de la campaña a favor de la despenalización, "Déjala decidir", en la cual participa MdM en el Perú. Consecuentemente, el tema fue evocado con frecuencia en las entrevistas y permitió recoger algunos puntos de interés sobre las representaciones que hay sobre el aborto. Aunque muchos profesionales de salud siguen divididos con respecto al tema del aborto, algunos, incluso con convicciones religiosas, llegan a aceptar que haya una despenalización para violaciones.

"Yo personalmente, yo soy católica y como católica no estoy muy de acuerdo con los abortos provocados. Aunque a veces hay condiciones que sí, con está en peligro la vida de la mamá, cuando es una violación, yo sí, sí estaría de acuerdo. Ha sido tan traumático a veces que un hijo [...] sería condenarlas a una vida... muy traumática, muy de miseria, muy de sufrimientos... yo a todas esas madres yo les aconsejo que les den en adopción. Para el bebe, bien para el bebe, bien para ella. Salvar dos vidas."

Asistente social - 22

"En el caso mío, personal, es porque sí estoy a favor de la vida. Aparte, le doy la información de que pueda de repente tener otra manera de ver las cosas en el sentido de que sí pueda tener el bebé. [...] En el caso de que sea un embarazo no deseado, en mi caso, ya uno con la información que tiene y la información que va, es responsabilidad de cada uno, ¿no? Uno asume esa responsabilidad. En el caso de violación sexual, sí ahí sí. Sería muy difícil mantener un embarazo de algo que ha sido tan traumático para uno - en ese caso sí estoy a favor de que cuando hay una violación [...] Caso de violencia sexual, sí me parece que debería haber un aborto."

Médica - 17

Aun así, muchos profesionales de salud e incluso mujeres que hemos entrevistado están en contra de esa despenalización en casos de violación.

"Imagínate la violación debe ser horrible. Pero también no comparto también ese de aborto, claro que también debe ser horrible, pero también es un ser humano."

Una vida que ya palpita dentro de ti, como te digo, yo sentía que se movía por acá, por acá, e imagínate que estaba embarazada, imagínate una violación debe ser horrible, pero no hay derecho a matar este feto, porque está la vida adentro. Un corazoncito chiquitito indefenso"

Mujer entre 40-50 años, grupo focal O3

Con respecto a las representaciones acerca del aborto en general, la resistencia a aceptar el aborto incluso en casos de violaciones, reconocidas como un crimen y una experiencia traumática, refleja la importancia de las creencias religiosas y morales. Esas creencias, con origen en la moral católica de la defensa del derecho a la vida desde el momento de la concepción, siguen dominando las representaciones sociales y tienen una influencia sobre la sexualidad y la fecundidad en el Perú, como en América Latina en general (Guillaume, Lerner, 2009b).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo por objetivo general documentar y analizar de manera profundizada los determinantes socioculturales y comunitarios de los embarazos no deseados y de los abortos inseguros en el distrito de Villa El Salvador. Recordemos que los determinantes socioculturales en relación a la salud se entienden como el “conjunto de normas, valores, conocimientos y prácticas populares, en relación con la sanidad, que regulan las formas de hacer, decir y pensar en la salud, la enfermedad o incluso la atención sanitaria” [Bouchon, 2012].

Dentro de este marco, los resultados de esta investigación son de gran interés por el hecho de enfocarse en los aspectos sociales en los cuales se desarrollan las representaciones y prácticas de profesionales de salud y, en menor escala, de una parte de los/as usuarios/as. Este enfoque permitió mostrar las consecuencias, directas e indirectas, de los discursos, las representaciones sobre las prácticas y las barreras en el uso de anticonceptivos. Las limitaciones de este estudio, en especial la dificultad en contactar y entrevistar a mujeres que han tenido experiencia de END y abortos inducidos, pueden ser analizadas como reveladoras de la moral sobre la sexualidad vigente en la comunidad y de las consecuencias sociales asociadas a ambos fenómenos; los cuáles merecen ser una reflexión en futuras investigaciones.

Las evidencias en Perú muestran la importancia de integrar las dimensiones socioculturales y el enfoque de derechos sexuales y reproductivos en las acciones de políticas públicas para mejorar el alcance de estas políticas y su calidad para la comunidad [Yon, 2015]. Se espera que los hallazgos presentados aquí permitan fomentar transformaciones en las prácticas y los discursos, contribuyendo así a disminuir las barreras de toda índole, a alcanzar una cobertura más amplia y directa con las poblaciones clave y a fortalecer la capacidad de mujeres y hombres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

4.1.1. BARRERAS EN LA PREVENCIÓN A LOS EMBARAZOS NO DESEADOS

Para las/os adolescentes, parte de las barreras identificadas se ocasionan por tres factores: los problemas estructurales de desabastecimiento (que afectan a las mujeres en general), las recomendaciones restrictivas del MINSA con respecto a la distribución de anti-conceptivos hacia los/as adolescentes y por último la ausencia de consultorios diferenciados en los centros de salud. Más allá de las estructuras sanitarias, se encontró que las representaciones sociales y los tabúes vigentes entre los adultos, padres y profesores, sobre la sexualidad de los/as adolescentes influyen de manera determinante el acceso y el diálogo sobre sexualidad en general y sobre los métodos de prevención de embarazos. Esta constatación corrobora otros estudios sobre la incomodidad y vergüenza de los/as profesores/as en hablar de temas de sexualidad y la persistencia de la polémica sobre la sexualidad de los/as adolescentes [Yon, 2015; Gutiérrez, 2007]. Una futura investigación enfocada en lo que se dice, cómo explican y lo que callan los padres, madres y docentes sería de gran interés para completar y profundizar esta constatación.

Otro factor social importante es el contexto de familias en situación de anomia, en las cuales hay menos diálogo y poca confianza, aumentando la probabilidad de un END. Una encuesta con estudiantes de secundaria en Ica, Perú, identificó que aquellos/as que tenían padres separados, divorciados o vivían con los abuelos empiezan sus relaciones sexuales más temprano; los autores subrayan que aquellos/as que tienen más informaciones sobre sexualidad en los hogares suelen retrasar el inicio de sus relaciones sexuales [Maturana *et al* 2009]. Frente a esta situación en los hogares, algunos profesionales de salud entrevistados opinan que los colegios deben incrementar las charlas y la difusión de informaciones de calidad sobre SSR. Sin embargo, una comunicación no asegura una puesta en práctica. Otros profesionales entrevistados subrayan que los/as jóvenes no logran aplicar las informaciones sobre SSR que reciben en su cotidiano por la falta de empoderamiento personal en sus proyectos de vida, por contextos sociales y familiares de anomia, por la moral de prohibición de la sexualidad de los/as adolescentes y por el machismo.

El uso de métodos anticonceptivos se encuentra fragilizado en contextos familiares donde se desaprueba la sexualidad de los/as jóvenes y con bajos lazos de confianza y diálogo entre los/as adolescentes y sus padres y madres, como es el caso en las familias en situación de anomia relatadas en nuestra investigación (Bajos *et al*, 2002; Abramovay *et al*, 2004). Asimismo, la OMS sugiere que intervenir para “hacer con que el ambiente inmediato de los/as jóvenes adolescentes los apoye más pues, esto puede ser un camino más eficaz para cambiar comportamientos que incrementar sus conocimientos y competencias individuales³⁰” (OMS, 2011). La OMS también subraya la influencia del ambiente alrededor de los/as adolescentes en la prevalencia de prácticas de riesgo, como el uso de alcohol y drogas, la deserción escolar, y la coerción por los pares. Todos estos factores también fueron hallados en el presente estudio como estando asociados a los END. Aunque la literatura asocia el bajo uso de métodos anticonceptivos a relaciones afectivas estables entre los/as adolescentes y a representaciones sobre confianza y fidelidad (Abramovay, 2004; Noblega, 2009), las entrevistas en VES señalaron más bien los comportamientos de riesgo, asociados a fiestas con uso de alcohol y la presión de los pares, que contribuyen a la vulnerabilidad sexual de las adolescentes (Yon, 2015).

El peso de la religión y del machismo constituye otra parte del espectro de barreras para mujeres adultas, pero que también atañen a las adolescentes. Para todas las mujeres, la práctica anticonceptiva es el resultado de una serie de decisiones de su cuidado de la salud en general y de lógicas de la elaboración de un proyecto de vida que interactúan con diversas normas y modelos sociales (Bajos *et al*, 2002). Consecuentemente, se presupone que ellas tienen una capacidad de dirigir sus vidas. Esta capacidad varía a medida que los individuos disponen de recursos (sociales, económicos, psicológicos...) que provienen de su herencia familiar, social, cultural, educativa y de relaciones humanas (Bourchayer 1989, citado por Bajos *et al*, 2002). La vulnerabilidad de un segmento de mujeres adultas en unión se explicaría por la experiencia que tienen en su ambiente inmediato, que son las relaciones asimétricas de género y sus consecuencias como la violencia familiar y sexual, que se añaden a los limitados recursos económicos, educativos y sociales resultando en una reducida autonomía para tomar sus decisiones y elegir su trayectoria de vida (incluyendo de anticoncepción o de fecundidad/maternidad).

4.1.2. MECANISMOS DE GESTIÓN COMUNITARIA Y MANEJO FAMILIAR DE LOS END Y ABORTOS

En contextos de bajos recursos económicos las adolescentes suelen salir del hogar de sus padres tras embarazarse, ya sea para vivir con la familia de su pareja o para formar un nuevo hogar con la pareja (Mendoza, Subiría, 2013). Los resultados de la presente investigación señalan que en muchos casos las adolescentes son hostigadas y aisladas, lo que perjudica su autoestima y su autonomía, con consecuencias sobre el seguimiento prenatal y los cuidados generales con su salud y la salud del niño/a. El embarazo también interrumpe la trayectoria escolar de las adolescentes, dejando de lado cualquier plan de movilidad socioeconómica, y en menor proporción el de sus parejas masculinas adolescentes (Banco Mundial, 2012). Aunque no se pudo entrevistar a mujeres jóvenes con experiencias de END que tuvieron sus hijo/as, los estudios apuntan las diversas dificultades sociales y económicas que estas experimentan en sus trayectorias, dificultades que son más frecuentes y agudas en situaciones de pobreza (Noblega, 2009). En estos contextos, hay una reproducción de los roles de género tradicionales en los cuales la mujer es madre y esposa, responsabilizándose de las tareas domésticas y de la descendencia, mientras la pareja masculina trabaja y se asume como el único proveedor económico, reforzando de paso la asimetría de las relaciones dentro de la pareja (Del Mastro, 2013).

Con respecto al manejo comunitario, las opiniones sobre los END y abortos, los/as promotore/as adolescentes manifestaron la representación de que los END son resultantes de la falta de responsabilidad y madurez de los jóvenes; comentario que nos hizo eco pues también fue mencionado en las opiniones de mujeres adultas en los grupos focales. De ahí que se puede afirmar que ese público sensibilizado y capacitado a los discursos de planificación familiar ha integrado la norma de control de los embarazos por los anticonceptivos y de la “buena edad para ser madre” (Bajos *et al*, 2002; Abramovay *et al*, 2004). Habría entonces dos normas sociales contradictorias en la comunidad de Villa El Salvador : una norma del uso de anticonceptivos, promocionada por el sistema de salud y los/as promotores/as, y otra norma del tabú sobre la sexualidad y del machismo, arraigada en los discursos y prácticas de la comunidad (Yon, 2015). Esta última norma se traduce en actitudes de estigmatización

a las jóvenes madres, el rechazo y el juzgamiento negativo por parte de su entorno familiar y educativo, incrementando la vulnerabilidad social de aquellas que no cuentan ese apoyo, al mismo tiempo en que influye de manera negativa en el uso de anticonceptivos [Noblega, 2009].

Las representaciones y opiniones sobre los abortos inducidos, seguros o inseguros, también reflejan estas dos normas sociales, sea al responsabilizar por la falta de cuidado a las mujeres o al condenarlas por prácticas consideradas como desviadas desde el punto de vista de la moral y de la religión, ambas coherentes con el marco legal nacional. Las mujeres adultas en situaciones de pobreza reflejan la segunda norma al condenar las mujeres que han abortado y al ser menos favorables a los abortos terapéuticos o en casos de violaciones; las mujeres de ese tramo que han abortado han expresado sentimientos de culpa [Lafaurie *et al*, 2005]. Las mujeres jóvenes que han abortado, entrevistadas en este estudio, admiten haber fallado a la norma de “deber anticonceptivo” [Bajos *et al*, 2002], que hace recordar la complejidad y las limitaciones de la gestión de la anticoncepción en el cotidiano. Complejidad también ilustrada por las representaciones de las mujeres sobre los anticonceptivos modernos. La decisión y los recursos económicos e informativos para abortar son movilizados por mujeres y entre mujeres, en especial con las amigas, sin la participación masculina. El bajo involucramiento de los hombres en la práctica del aborto se confirma en encuestas en las cuáles se evidencia que las mujeres están más familiarizadas con casos de abortos en su entorno que los hombres [Abramovay *et al*, 2004]. El involucramiento de los hombres en la decisión y acción del aborto es ambiguo en el contexto latinoamericano, desde la ausencia total de interés de la parte de los hombres a un malestar y una preocupación por los riesgos. Estas reacciones suelen ser determinadas por las modalidades de las relaciones amorosas y sexuales. [Guillaume, Lerner, 2009b].

4.1.3. PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD FRENTE A LOS END Y LOS ABORTOS

Los profesionales de salud entrevistados son favorables al uso de métodos anticonceptivos, incluso por adolescentes para prevenir embarazos no deseados. Pero esto se debe al sesgo inculcado desde el reclu-

tamiento de los profesionales entrevistados y su previa sensibilización sobre la SSR. Ahora bien, este resultado es positivo si comparamos con hallazgos de otros estudios en los que los profesionales de salud “resisten a brindar preservativos y otros métodos anticonceptivos a adolescentes por considerar que aún no debían tener relaciones sexuales” [Yon, 2015].

Sin embargo, algunos profesionales todavía tienen representaciones en contra de algunos métodos para mujeres jóvenes que no corresponden a la literatura científica [OMS, 2010 y 2011]; representaciones que son reforzadas por las mismas normas ministeriales. Es decir, la baja implementación de recursos y acciones de las políticas públicas, que reconocen formalmente la necesidad de programas diferenciados para adolescentes con enfoque en derechos en SSR, revela un contexto adverso dentro de las instituciones para la cobertura de calidad de planificación familiar para los/as adolescentes [Yon, 2015]. Este contexto resulta de la historia reciente contradictoria en materia de políticas de planificación familiar en el Perú, que alterno políticas conservadoras con poco compromiso con la SSR, durante las cuales se restringió la educación sexual para los adolescentes y el acceso a los métodos anticonceptivos para las mujeres en general, especialmente la AOE que todavía persiste [Coe, 2004]. Las demandas y dificultades mencionadas por los profesionales de salud para implementar acciones de SSR específicas a los adolescentes también son un aspecto que se tuvo eco en esta investigación.

La literatura muestra que hay buena aceptación entre médicos gineco-obstetras del aborto terapéutico y de la despenalización del aborto en casos de violaciones, y una menor aceptación de la legalización del aborto para casos de dificultades económicas o fallas de anticonceptivos [Pace *et al*, 2006]. Sin embargo, una parte de los profesionales de salud entrevistados en este estudio apoyan a mujeres que desean abortar principalmente para evitar el riesgo de mortalidad materna, pero también en casos de dificultades socio económicas, evidenciando la contradicción entre la salud pública y el marco legal restrictivo que favorece abortos inseguros. Se halló pues que el argumento de salud pública, en especial los riesgos de embarazos complicados en adolescentes [Okomura *et al*, 2014] y de abortos inseguros, es sensiblemente más frecuente que el argumento a favor de los derechos de las mujeres de disponer y decidir sobre sus cuerpos. Eso nos demuestra que todavía hay progresos por hacer para sensibilizar los profesionales de salud y la

comunidad sobre los derechos sexuales y reproductivos. En cuanto a la atención postaborto o a abortos incompletos, los/las profesionales de salud entrevistados en Villa El Salvador no tienen resistencias en practicarlos a las mujeres que hayan inducido abortos con medicamentos. Es más, algunos/as profesionales aseguran haber rechazado la práctica de denuncia de las mujeres que provocan abortos. En la década pasada, algunos/as profesionales de salud tuvieron reservas para brindar servicios de postaborto por temor a represalias por parte de las autoridades de los establecimientos, ello coincidió con la prohibición de la AOE, configurando un contexto de restricción de la planificación familiar (Ferrando, 2006; Coe, 2004). El comité de las Naciones Unidas para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2014) reiteró su preocupación con la situación de los derechos de la mujer en el Perú desde el marco legal del Estado, y en especial a la prohibición de la distribución gratuita de la AOE, la penalización del aborto en casos de violación y la obligación de denuncia del aborto establecida en el artículo 30 de la Ley general de Salud. La misma comisión recomendó que se divulguen las directrices técnicas relativas al aborto terapéutico al personal de salud, promocionando una aplicación de tales directrices con una interpretación amplia al derecho a la salud física, mental y social.

4.2. RECOMENDACIONES

Al término del presente análisis se pueden hacer dos recomendaciones generales y transversales que son (1) el refuerzo y ampliación del alcance de todas las iniciativas ya existentes para que capten a las poblaciones más vulnerables y (2) la mejora de la calidad de los servicios a través de la integración de un abordaje de derechos sexuales y reproductivos y el refuerzo de la igualdad de género. Sin embargo, se puede señalar actividades e intervenciones posibles en ámbitos específicos.

Actividades dirigidas a las poblaciones

- Crear en conjunto con los/as adolescentes talleres, materiales y campañas de prevención de los END y de educación sexual y reproductiva. De estos talleres se obtendrá un lenguaje y una visión propia de los/as adolescentes y con un enfoque en sus derechos.
- Involucrar y estrechar las relaciones entre los actores alrededor de los/as adolescentes : padres y madres de familias, los colegios, los centros de salud y con

ONGs. Esta comunicación permitirá divulgar y mejorar los conocimientos y manejo de temas de SSR.

- Promover la amplia difusión de los servicios de planificación familiar, por ejemplo difundiendo en los medios de comunicación de masas informaciones sobre los servicios de planificación familiar, los horarios de atención, los diferentes tipos de métodos anticonceptivos. Enfatizar la necesidad de consultar previamente con un profesional de salud con el fin de obtener un método adecuado para cada mujer y los riesgos de la automedicación.
- Hacer promoción de la planificación familiar y de la prevención de la violencia doméstica en sitios de ocio, como en los parques, en los días de fiesta o en ferias, con discursos dirigidos a mujeres y varones.
- Continuar, ampliar y sistematizar las actividades de educación sexual en los colegios. Estas charlas organizadas deben ser impartidas por docentes capacitados y por profesionales de salud. Esas actividades deben empezar de preferencia a temprana edad, desde primaria, con un lenguaje adaptado a cada edad y con mensajes positivos que promuevan, además de los aspectos médicos, la autoestima, la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos. Enfatizar los riesgos de los embarazos no deseados, de sus consecuencias y de las ITS, pero sin discursos moralizantes ni susceptibles de atemorizar al público receptor (como por ejemplo, la educación sexual negativa por imágenes de enfermedades sexuales en etapa avanzada).
- Capacitar y sensibilizar de manera sistemática a todos los docentes sobre los temas de derechos sexuales y reproductivos y de igualdad de género.
- Apoyar a los grupos de pares adolescentes y los/as promotores/as de salud adolescentes para aumentar su alcance entre los pares. Apoyar a la creación y capacitación de nuevos grupos y apoyar aquellos que ya existen.

Actividades dirigidas a los servicios de salud

- Asegurar y garantizar recursos humanos capacitados y recursos materiales para el desarrollo de acciones de promoción, prevención y atención a los embarazos no deseados y a la planificación familiar.
- Capacitar y sensibilizar a los profesionales de salud sobre los métodos anticonceptivos, sus efectos secun-

darios y sobre el empleo de una pedagogía con el fin de poder transmitir esas informaciones de manera más efectiva a las usuarias, mejorando la confianza y el diálogo.

- Fortalecer los mecanismos de colaboración entre los servicios de salud y las instituciones (colegio y ONGs) que trabajan con adolescentes.

Al nivel de los responsables y de los espacios políticos de decisión.

- Aplicar el Plan Multisectorial de prevención al embarazo adolescente y promover, en el ámbito del Plan, la atención en salud y la educación de calidad.
- Difundir e implementar los “Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral”, aprobada por el Ministerio de Educación en el 2008, con su enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad.
- Aumentar y capacitar en SSR los recursos humanos en los centros de salud y de las instituciones educativas de Villa El Salvador.
- Reconocer el trabajo de las promotoras de salud, capacitarlas y remunerarlas para permitir un mejor alcance de sus acciones.
- Planear un proyecto nacional de prevención a la violencia hacia la mujer y a las violaciones con enfoque sobre los derechos humanos y la igualdad de género.
- Solicitar que se autorice la distribución gratuita de la AOE en los establecimientos del MINSA.
- Sensibilizar a los responsables políticos sobre las evidencias científicas acerca de los abortos inseguros y promocionar una política de salud pública basada en derechos fundamentales.
- Aprobar la despenalización del aborto en casos de violación.

Para futuras investigaciones

Durante la investigación se presentaron varias dificultades para contactar y entrevistar a mujeres que han tenido embarazos no deseados, pese a que los profesionales de salud hayan indicado que la mayoría de las mujeres que son madres han tenido un embarazo no deseado. Podemos llegar a la hipótesis de que

esa paradoja sería un síntoma de la estigmatización que hay entorno de los embarazos no deseados. Se puede atribuir esto al machismo y al rol tradicional de la mujer, bien como a las condiciones socioeconómicas. Y, a su vez, el responsabilizar y condenar que se hace sobre la mujer cuando no ha logrado cuidarse, como hemos visto en relación a los abortos. Esta dificultad de encontrar a mujeres, en especial a jóvenes, que admitieran haber tenido experiencia de abortos inducidos también se ha hecho evidente en otras investigaciones sobre el tema (Abramovay et al, 2004).

Sin embargo, se puede hacer una autocrítica de nuestra estrategia de campo y sacar lecciones para futuras investigaciones sobre la manera de abordar ese tema tan sensible y responder a las preguntas resultantes de esta investigación. Otra forma de abordar que nos parece ser pertinente en futuras investigaciones sería un enfoque en la historia de vida de mujeres entre 18-30 años. De forma retrospectiva, se incluye en los temas abordados en las entrevistas la etapa adolescente, las relaciones de las mujeres con su entorno, y a su vez sus conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en general. Con esa entrada, sería más fácil recolectar experiencias, prácticas y opiniones sobre anticonceptivos y abortos y comprender mejor los factores que facilitan o dificultan su uso desde el punto de vista de la vivencia de las mujeres.

En segundo, sería igualmente importante investigar los discursos y prácticas de los hombres jóvenes y adultos acerca de la sexualidad en general y de los embarazos no deseados y abortos, un tema sobre el cual hay escasas investigaciones (Guillaume, Lerner, 2009b). Esto nos puede ayudar a confrontar y comprender las normas y representaciones sobre estos temas de reproducción y de sexualidad y la parte de la matriz del machismo en las prácticas.

Finalmente, otra parte ausente del presente análisis con respecto a los/as adolescentes fueron las representaciones y prácticas de los/as profesores de los colegios sobre la transmisión de informaciones sobre SSR hacia los/as adolescentes. Se recomienda hacer estudios etnográficos, con observaciones sistemáticas y entrevistas profundizadas con el objetivo de evidenciar las normas sobre sexualidad, el apoyo y la calidad de la información disponible para los/as adolescentes. Este aporte contribuiría a mejorar la estrategia de educación sexual en los colegios y la capacitación de los docentes y de pares multiplicadores entre los/as adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

5.1. LITERATURA CIENTÍFICA

- Abramovay, Miriam, Garcia Castro, Mary, Da Silva, Lorene Bernadete [2004], *Juventudes e sexualidade*, Brasília, UNESCO
- Bajos, Nathalie, Ferrand, Michèle, Hassoun, Danielle [2002] "Au risque de l'échec : la contraception au quotidien", in Bajos, Nathalie, Ferrand, Michèle, [dir.] *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, Questions en santé publique, p.33-78
- Briozzo, Leonel [2013] "La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente", *Rev Méd Urug*, 29 [2], p.1-4
- Cavagnoud, Robin [2011] "Entre la escuela y la supervivencia : trabajo adolescente y dinámicas familiares en Lima". Lima : IFEA, Instituto francés de estudios andinos : IEP, Instituto de estudios peruanos : Fundación Telefónica.
- Coe, Anna-Britt, [2004] "From Anti-Natalist to Ultra-Conservative : Restricting Reproductive Choice in Peru", *Reproductive Health Matters*, 12 [24], p.56-69
- Constant, Chloé, [2013] *Trajectoire et dynamiques carcerales au féminin. Le cas de Lima*. Thèse de Doctorat Université Paris 3 Sorbonne-Nouvelle, Institut des Hautes Études d'Amérique Latine. École Doctorale 122 Europe Latine-Amérique Latine
- Cosio-Zavala María Eugenia [2007] « Impact sur la fécondité des changements dans les rapports de genre. Le cas de l'Amérique latine », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (éd.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Bruxelles, Academia, Bruylant, p. 104-138
- Del Mastro, Irene [2013], *Entre Madres Adolescentes y Adolescentes-Madres : un análisis de su trayectoria de vida y los factores que influyen en su configuración*, Tesis de Licenciada en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Ferrando, Delicia [2006] « El aborto clandestino en el Perú. Revisión », Centro de la mujer peruana Flora Tristán y Pathfinder International.
- Foucault, Michel [1976] *La volonté de savoir. Histoire de la Sexualité Tome 1*. Paris, Gallimard, Collection Tel, 1994.
- Guillaume, Agnès, Lerner, Susana [2009a] "El aborto en América Latina y El Caribe", in Maria Isabel Baltar da Rocha [Org.]; Regina Maria Barbosa [Org.]. *Aborto no Brasil e países do Cone Sul : panorama da situação e dos estudos acadêmicos*- Campinas : Núcleo de Estudos de População – Nepo / Unicamp, p. 269-279
- Guillaume, Agnès, Lerner, Susana [2009b], « Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine », *Autrepart* 4 [n° 52], p. 65-80.
- Gutiérrez, Miguel [2013] "La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo", *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 30[3] p. 465-70
- Heilborn, M. L., Salem, T., Rohden, F., Brandão, E., Knauth, D., Vitoria, C. & Bozon, M. [2002] "Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência". *Horizontes antropológicos*, 8[17], p.13-45.
- Kaufmann, Jean-Claude [2007] *L'entretien compréhensif*. L'enquête et ses méthodes. Armand Colin, Paris
- Lafaurie, María Mercedes, Grossman, Daniel, Troncoso, Erika, Billings Deborah L., Chávez, Susana [2005] "Women's perspective on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Perú : a qualitative study", *Reproductive Health Matters*, 13[26], p.75-83
- Maturana, C. A. J., Alvarez Leon, J. G., Carbonel Luyo, W. F., Goyeneche, J. N. [2009] "Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria", *Acta Med Per*, 26 [3], p.175-179
- Mendoza, Walter, Subiría, Gracia [2013] "El embarazo adolescente en el Perú : situación actual e implicancias para las políticas públicas". *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 30[3], p.471-9.

Noblega, Magaly Mayorga [2009] "La maternidad en la vida de las adolescentes : implicancias para la acción", *Revista de Psicología*, Vol. XXVII [1], Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú

Paredes, José Sánchez [2005] «El pentecostalismo en el Perú. Prácticas individuales y colectivas en la perspectiva de Max Weber.» *Debates en Sociología* 30, p. 83-106.

Ramírez Huaman, Fiorella [2006] *Anticoncepción Oral de Emergencia : una mirada científica*, Lima : Sociedad Peruana Obstetricia y Ginecología [SPOG], UNFPA.

Pace, Lydia, Grossman, Daniel, Chávez, Susana, Távara, Luiz, Lara, Diana, Guerrero-Vásquez, Rossina [2006] "Aborto legal en Perú : conocimiento, actitudes y prácticas entre un grupo de médicos líderes de opinión" 142[2] *GAC MED MEX*, p. 91-94.

Ventura, Miriam [2001] *Direitos reprodutivos no Brasil*. Fundação MacArthur, Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2ª edição 2004

Yon Leau, Carmen [2015] "Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes : una relectura" *Apuntes*, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, Vol. XLII, N°76, p. 9-36

5.2. DOCUMENTOS DEL GOBIERNO, ONGS Y OIGS

Banco Mundial [2012] "Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos."

Bouchon, Magali [2009] *Recogida de datos : Métodos cualitativos*. Médecins du Monde, Paris, 2ª edición, 2012

Bouchon, Magali [2012] *Acceso a la sanidad : los determinantes socioculturales*. Médecins du Monde, Paris

CEDAW [2014] "Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del

Perú", Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la discriminación contra la Mujer [CEDAW/C/PER/CO/7-8]

Díaz Rodríguez, Rosa, Chumpitaz Díaz, Karen [2013] *Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de dependientes de farmacias, promotoras de salud y usuarias sobre el uso de misoprostol en el tratamiento de embarazos no deseados en Villa El Salvador*, Médicos del Mundo, Lima.

Gutiérrez, Amada [2007] "Situación de la educación sexual en el sistema educativo y propuesta de lineamientos preliminares de políticas para una educación sexual integral". Documento de trabajo N°3, Lima, Ministerio de educación, Dirección de tutoría y orientación educativa.

INEI, sin fecha, *Perfil sociodemográfico de la provincia de Lima*, "Capítulo 1 : Características de la población, 1.4.6. Madres adolescentes según distrito", datos del Censo 2007. Disponible en <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/LibO838/libro15/capO1.pdf>

Lesieur, Élise [2013] *Salud sexual y reproductiva : Marco de Referencia*. Médecins du Monde, Paris

Médecins du Monde [2012] "Projet d'intervention : contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité liée aux grossesses non désirées au Pérou", Document de référence.

MINSA [2005] *Norma Técnica de planificación familiar [NT N°032-MINSA/DGSP-V.01]*, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima

MINSA [2006] *Manual de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva*, disponible en <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Manual-Orientacion-Consejeria.pdf>

MINSA [2007] "Impacto del aborto en la morbi-mortalidad materna en el Perú y el mundo". Pathfinder International y MINSA. Lima.

MINSA [2011] *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021*. Lima

MINSA (2013) *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. Elaborado por Mirtha Maguiña Guzmán y Jorge Miranda Monzón. Lima : Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. 331 p.

OMS (2010) "Hoja informativa sobre la seguridad de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo (PAE-LNG)", Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/BANCO MUNDIAL de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70330/1/WHO_RHR_HRP_10.06_spa.pdf

OMS (2011), « The sexual and reproductive health of Young adolescents in developing countries », Department of Reproductive Health and Research, disponible en : http://www.who.int/immunization/hpv/target/the_sexual_and_reproductive_health_of_young_adolescents_who_2011.pdf

OMS (2012), *Aborto sin riesgos : guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda Edición, disponible en : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

PROMSEX (2009) "¿Confidencialidad o justicia? La regulación del deber/derecho al secreto profesional médico en el Perú y sus implicaciones en el derecho a la salud", PROMSEX, PPFA, Pathfinder International.

Reyes Meléndez, María Elena, Macassi León, Ivonne (2008) *Situación de los derechos humanos de la mujeres de Villa El Salvador. La violencia contra la mujer como factor de riesgo frente al VIH/SIDA*, CMP Flora Tristán, Lima.

UNFPA (2010) *Prevención del embarazo adolescente. Una mirada completa : Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Lima.

UNFPA (2012) *Mortalidad Materna en el Perú*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Lima.

Valenzuela, Jacqueline (2011) *Servicios públicos de salud : los derechos sexuales y reproductivos en juego*, Movimiento Manuela Ramos

5.3. SITIOS INTERNET CONSULTADOS

Campaña Déjala decidir
<https://www.facebook.com/dejaladecidir>
<https://twitter.com/dejaladecidir>

Católicas por el derecho a decidir
<http://www.cddperu.org>

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
<http://www.flora.org.pe/web2/>

Colectiva por la libre información para las mujeres. Línea Aborto Perú
<http://abortoinfosegura.com/blog/>

DEMUS_
<http://www.demus.org.pe>

INEI
<http://www.inei.gob.pe>

Organización Mundial de la Salud – OMS, Factsheet sobre la AOE (en español)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

Ministerio de salud - MINSA
<http://www.minsa.gob.pe>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP
<http://www.mimp.gob.pe>

Movimiento Manuela Ramos
<http://www.manuela.org.pe>

PROMSEX
<http://www.promsex.org>

UNFPA
<http://www.unfpa.org.pe>



ANEXOS

6.1. ESTADÍSTICAS Y DEFINICIONES LEGALES

PERÚ : PRINCIPALES INDICADORES DE FECUNDIDAD	2014
Planificación de la Fecundidad	
Nacimientos ocurridos en los últimos 5 años en mujeres que no deseaban tener hija/os	19,8%
Nacimientos ocurridos en los últimos 5 años mujeres que no deseaban tener hija/os y /o que hubieron querido postergar	53,3%
Porcentaje de mujeres actualmente unidas :	
Que no desea tener más hijo/as (incluyendo mujeres esterilizadas)	60,6 %
Que desea postergar el nacimiento siguiente dos años o más	22,8 %
Preferencias reproductivas	
Tasa global de fecundidad deseada	1,8 hijo/as promedio/mujer
Tasa global de fecundidad observada	2,5 hijo/as promedio/mujer
Área urbana	2,3 hijo/as por mujer
Área rural	3,3 hijo/as por mujer
Numero medio ideal de hijos/as para mujeres de 15 a 49 años de edad	2,4 hijo/as por mujer
Área urbana	2,4 hijo/as por mujer
Área rural	2,6 hijo/as por mujer
Otros determinantes de la fecundidad	
Mujeres actualmente unidas	56,7 %
Área urbana	53,5 %
Área rural	67,9 %
Mujeres que han estado unidas alguna vez	67,8 %
Área urbana	65,5 %
Área rural	76,0 %
Edad mediana a la primera unión (mujeres de 25 a 49 años de edad)	21,8 años
Área urbana	22,7 años
Área rural	19,5 años
Edad mediana al primer nacimiento (mujeres de 25 a 49 años de edad)	22,1 años
Área urbana	22,9 años
Área rural	20,0 años
Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil	
Porcentaje de mujeres que conoce algún método de planificación familiar (todas mujeres de 15-49 años de edad)	99,7 %
Que conoce algún método moderno (mujeres actualmente unidas)	99,9 %

<p>Que actualmente usa algún método (mujeres actualmente unidas)</p> <p>Área urbana</p> <p>Área rural</p>	<p>74,6 %</p> <p>74,6 %</p> <p>74,8 %</p>
<p>Que actualmente usa un método moderno (mujeres actualmente unidas)</p> <p>Área urbana</p> <p>Área rural</p>	<p>52,2 %</p> <p>54,1 %</p> <p>46,8 %</p>
<p>Que actualmente usa un método tradicional (mujeres actualmente unidas)</p> <p>Área urbana</p> <p>Área rural</p>	<p>22,4 %</p> <p>20,4 %</p> <p>28,0 %</p>
<p>Proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar (mujeres actualmente unidas)</p> <p>Área urbana</p> <p>Área rural</p>	<p>8,6 %</p> <p>8,1 %</p> <p>10,1 %</p>

Fuente : Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

PERÚ : ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) QUE YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Adolescentes alguna vez embarazadas		Total alguna vez embarazadas %	Número de mujeres
	Ya son madres %	Embarazadas con el primer hijo/a %		
Edad				
15	1,9	0,8	2,7	867
16	5,4	1,2	6,6	886
17	8,8	3,7	12,4	928
18	17,9	4,4	22,2	858
19	26,7	4,6	31,2	773
Nivel de educación				
Sin educación *		**		7
Primaria	29,3	4,8	34,1	299
Secundaria	11,2	2,9	14,2	3 459
Superior	4,9	1,6	6,4	546
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	20,7	3,3	24,0	818
Segundo quintil	15,7	3,4	19,0	901
Quintil Intermedio	9,6	3,8	13,3	909
Cuarto quintil	7,3	1,9	9,3	892
Quintil superior	5,4	2,0	7,4	790
Total 2014	11,7	2,9	14,6	4 311
Total 2009	11,1	2,7	13,7	4 536

Nota : Las tasas o porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y las tasas o porcentajes basados en 20-24 casos se presentan entre paréntesis.

Fuente : Instituto Nacional de Estadística e Informática [2015] - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [p.129].

PERÚ : INDICADORES DE VIOLENCIA FAMILIAR A MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS (Porcentaje)	2014
Violencia psicológica y/o verbal por el esposo o compañero	69,4
Área urbana	69,9
Área rural	68,1
Violencia física por el esposo o compañero	32,3
Área urbana	32,8
Área rural	30,9
Violencia sexual por el esposo o compañero	7,9
Área urbana	7,7
Área rural	8,5
Violencia física bajo los efectos del licor/drogas o ambos por el esposo o compañero	50,8
Área urbana	47,6
Área rural	59,8
Mujeres de 15-49 años de edad que fueron maltratadas por otras personas	17,3
Área urbana	19,0
Área rural	11,8

Fuente : Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

DEFINICIÓN DE AGRESIÓN SEXUAL SEGÚN EL CÓDIGO PENAL PERUANO (1991)

Artículo 170 modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 30076, publicada el 19 agosto 2013, disponible en : <http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=default-codpenal.htm&vid=Ciclope:CLPdmo>

“Artículo 170. Violación sexual

El que con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de ocho años.

La pena será no menor de doce ni mayor de dieciocho años e inhabilitación conforme corresponda :

- 1. Si la violación se realiza a mano armada o por dos o más sujetos. [*] RECTIFICADO POR FE DE ERRATAS*
- 2. Si para la ejecución del delito se haya prevalido de cualquier posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima, o de una relación de parentesco por ser ascendente, cónyuge, conviviente de este, descendiente o hermano, por naturaleza o*

adopción o afines de la víctima, de una relación proveniente de un contrato de locación de servicios, de una relación laboral o si la víctima le presta servicios como trabajador del hogar.

3. Si fuere cometido por personal perteneciente a las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Serenazgo, Policía Municipal o vigilancia privada, en ejercicio de su función pública.

4. Si el autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave.

5. Si el autor es docente o auxiliar de educación del centro educativo donde estudia la víctima.

6. Si la víctima tiene entre catorce y menos de dieciocho años de edad.”

6.2. TÉRMINOS DE REFERENCIA

CONVOCATORIA DE PROPUESTAS

CONSULTA para :

« Un estudio transversal y un análisis comparativo de los determinantes socioculturales y comunitarios de los embarazos no deseados y los abortos, especialmente en el tramo de edad entre 15 y 24 años de » - Estudio multipaís

I. CONTEXTO

A. ORIGEN DE LA CONSULTA

A pesar de que la salud materna ha sido el objeto de iniciativas positivas por parte de la comunidad internacional, uno de los determinantes mayores de la mortalidad materna, nunca se ha llegado a tener realmente en cuenta desde las recomendaciones hechas en la conferencia de El Cairo de 1994 : la prevención y el manejo de los embarazos no deseados (END). De hecho, los avances se enfrentan a fuertes oposiciones a nivel nacional e internacional, dejando aún muy escasos y limitados los logros conseguidos en esta materia. En 2008, se estima que 86 de los 208 millones de embarazos fueron no deseados. Los abortos en condiciones de riesgo serían la causa de 47.000 fallecimientos maternos al año.

En el seno de sus proyectos, MdM ha podido identificar lo siguiente :

- Las mujeres se enfrentan a numerosos obstáculos (legales, financieros, socioculturales, sanitarios y geográficos), que favorecen la existencia de END y/o obstaculizan su tratamiento.
- A pesar de existir un marco legal restrictivo, es frecuente el recurso al aborto para el tratamiento de los END.
- No existe una cultura familiar en lo que a la educación sexual de los jóvenes se refiere, en el seno de las familias y las comunidades, lo que provoca el escaso conocimiento de los medios de control de los END, principalmente entre los jóvenes.
- Las necesidades de atención en salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres son importantes e insatisfechas.

- Las chicas jóvenes están particularmente expuestas a los riesgos de los embarazos no deseados y de la interrupción voluntaria del embarazo; por lo que necesitan un manejo adaptado que, por el momento, resulta inadecuado.

En este marco, MdM hace de la prevención y el tratamiento de los END una temática prioritaria, implementando un programa específico dedicado a esta problemática, que cuenta todavía con una movilización muy escasa de la comunidad internacional. Uno de los resultados esperados es la documentación y difusión de información sobre los determinantes que inciden en los embarazos no deseados. Para ello, se ha previsto la realización de un estudio socio antropológico en 4 los proyectos que integran este programa. Este estudio se dirige a perfilar y objetivar las constataciones realizadas por los equipos con la finalidad de adaptar nuestros enfoques y la forma de comunicar sobre las realidades vividas.

B. PRESENTACIÓN BREVE DEL PROYECTO

MdM desarrolla la problemática de los END en varios países, en particular América Latina y El Caribe, África, Medio Oriente y Europa del Este. Concretamente, MdM acaba de iniciar un programa dirigido a *Contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna asociada a los embarazos no deseados* en 4 países (Burkina Faso, República Democrática del Congo, Palestina y Perú). Este programa pretende desarrollar 4 resultados principales :

- El análisis y la consideración de las barreras que hay en la prevención y tratamiento de los END;
- El refuerzo de los servicios de prevención y de tratamiento de los END en las estructuras de salud;
- El refuerzo de las capacidades de los titulares de derechos para garantizar su acceso a los servicios y su capacidad de influencia sobre estos servicios;
- Promover la adopción de políticas públicas favorables para una mejor consideración de los retos de la prevención y el tratamiento de los END.

A través de esta convocatoria de propuestas, MdM aspira a contar con la pericia de investigadores especializados en los temas de salud sexual y reproductiva, con el fin de poder organizar un estudio amplio sobre la problemática de los embarazos no deseados (GND) en cuatro países de intervención. El objetivo de este estudio global es obtener un análisis transversal y

ANEXOS

comparativo de la problemática de los END. Mediante esta experticia transversal, MdM tiene también por objetivo reforzar su visibilidad a nivel internacional en esta temática y contribuir a su defensa.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVOS

Objetivo general del estudio global

El objetivo de este estudio global es proporcionar un análisis comparativo de los determinantes socioculturales y comunitarios de los embarazos no deseados y los abortos, principalmente en el tramo de edad de 15 y 24 años en los cuatro países referidos en este estudio.

Objetivos específicos para cada estudio (país)

- Analizar las condiciones sociodemográficas, culturales, familiares, medioambientales y económicas que favorecen los embarazos no deseados y de abortos;
- Recopilar las normas sociales, representaciones populares y percepciones culturales en torno a la salud sexual y reproductiva en el seno de las comunidades locales;
- Conocer los diferentes mecanismos de manejo familiar y comunitaria de los embarazos no deseados y los abortos;
- Identificar los actores comunitarios y sanitarios que intervienen en el manejo de la anticoncepción, los embarazos no deseados y los abortos;
- Recopilar la percepción y la conducta del personal de salud frente a los abortos y los embarazos no deseados;
- Conocer la calidad de la relación terapéutica entre el personal de salud en los servicios de SSR;
- Comprender las percepciones de los usuarios de las estructuras de salud sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, la disponibilidad de la atención y los umbrales de conocimiento y de confianza de los servicios disponibles;
- Formular preconizaciones con el fin de orientar la estrategia de respuesta a la problemática de los embarazos no deseados y los abortos en las comunidades.

Los objetivos podrán adaptarse en función de la realidad de cada contexto. En especial, para el caso de RDC [Kinsasa], deseáramos estudiar más concretamente el vínculo entre embarazos no deseados y la violencia de género, los mecanismos de manejo de estos últimos, así como los de las infecciones de transmisión sexual.

B. ZONAS DEL ESTUDIO

Países de realización del estudio :

Burkina Faso (distrito de Djibo), RDC [Kinsasa], Palestina [Gaza], Perú (distrito de Villa El Salvador - región de Lima)

C. ALCANCE Y USUARIOS DEL ESTUDIO

Estos estudios ofrecerán elementos indispensables para la calidad de los proyectos. Los resultados eran utilizados a nivel interno por los equipos, pero podrán compartirse con nuestros colaboradores con el fin de que puedan beneficiarse de ellos de la mejor manera. El estudio será asimismo difundido en el seno de la red de MdM y, posiblemente, en internet. Los datos podrán utilizarse para trabajos y publicaciones científicas previa autorización.

III. METODOLOGÍA

A. METODOLOGÍA

Se prevé la utilización de las técnicas de recogida de datos cualitativos propias de los estudios socio antropológicos (observación, entrevista, Focus Group, etc.). La metodología de encuesta queda a desarrollar en la propuesta.

B. REUNIÓN DE ALCANCE DEL COMITÉ DE COORDINACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Un comité de coordinación de MdM llevará a cabo el seguimiento del desarrollo del estudio. Una primera reunión para definir el marco global será celebrada entre el comité de coordinación y el equipo de investigación permitirá definir los términos exactos del estudio. Por otro lado, debe contemplarse una reunión pareja con los equipos de terreno para ajustar el protocolo de estudio a las realidades y limitaciones de cada país.

Se celebrarán periódicamente reuniones con el comité de coordinación en persona y por teléfono acerca del progreso del estudio. Las reuniones para la definición del marco pueden celebrarse asimismo por videoconferencia y no implican necesariamente un desplazamiento a las oficinas de MdM.

C. DOCUMENTOS CLAVE

Se dispondrá de :

- Documentos clave de los proyectos (por ejemplo : informe de la visita exploratoria, etc.)

ANEXOS

- Informes de las encuestas previas y los datos recogidos sobre el terreno,
- Documentos del programa sobre los END,
- Últimos informes de visita (desk, etc.),
- Informes mensuales
- Planes estratégicos nacionales y otros documentos de información general sobre la vulnerabilidad y la situación poblacional de cada país, en caso de estar a disposición de los equipos de terreno.

IV. DOCUMENTACIÓN PREVISTA

A. INFORME INICIAL

Se prevé la elaboración previa de un informe inicial para enmarcar cada estudio en los países seleccionados. Este documento presentará la metodología y el plan de trabajo propuestos, así como las herramientas utilizadas (cuestionarios, modelos de entrevista, etc.). Este documento se someterá a debate en el comité de coordinación con anterioridad a la fase de terreno.

B. RESULTADOS PRELIMINARES Y RECOMENDACIONES

Se prevé una restitución de los resultados a los equipos de terreno, en forma de informe preliminar o de presentación en PowerPoint. Estos resultados preliminares pueden enviarse al comité de coordinación para su aprobación.

C. INFORMES (5) PARA LOS 4 ESTUDIOS Y EL ESTUDIO GLOBAL

Informes para los 4 estudios

Para cada terreno de estudio, se elaborará un informe provisional (en francés) sobre los resultados principales del estudio tras la conclusión de la fase de terreno. Deberá ir acompañado de una presentación en PowerPoint de los resultados principales y las preconizaciones. El comité de coordinación dispondrá de 15 días a partir de la recepción del informe provisional para emitir sus comentarios y observaciones.

El informe definitivo sobre los resultados principales del estudio debe integrar estos comentarios/observaciones/intercambios/debates.

El texto principal de los resultados del estudio, en formato Word, debe comprender entre 40 y 50 páginas (sin contar los anexos), en letra tamaño 12 y espacio interlineado sencillo, y debe incluir las partes siguientes :

- Resumen ejecutivo (máximo de 5 páginas)

- Introducción
- Lista de acrónimos
- Contexto (descripción del proyecto)
- Objetivos del estudio
- Metodología y límites
- Análisis y resultados principales
- Conclusiones y preconizaciones
- Anexos : términos de referencia, lista de personas en reuniones y calendario, cuestionarios, modelos de entrevista y rejillas de observación.

El resumen ejecutivo deberá traducirse a inglés.

Informe de estudio global

Se elaborará un informe final provisional (en francés) que presente un análisis comparativo de los resultados sobre la base de los cuatro informes de estudio de cada país. MdM dispone entonces de 2 semanas a partir de la recepción del informe final provisional para emitir sus comentarios y observaciones.

El informe final definitivo debe integrar estos comentarios/observaciones/intercambios/debates.

El texto principal del informe de estudio global, en formato Word, debe comprender entre 40 y 50 páginas como máximo (sin contar los anexos), en letra tamaño 12 y espacio interlineado sencillo, y debe incluir las partes siguientes :

- Resumen ejecutivo (máximo de 5 páginas)
- Introducción
- Lista de acrónimos
- Contexto (descripción de los proyectos)
- Objetivos
- Metodología y límites
- Resultados principales y análisis comparativo
- Conclusiones y preconizaciones transversales
- Anexos

El resumen ejecutivo deberá traducirse a inglés.

V. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO GLOBAL

A. CRITERIOS DE FORMACIÓN DEL EQUIPO

La propuesta debe asociarse a un equipo de investigación, incluidos los equipos vinculados a una unidad de investigación. Se anima a la participación efectiva a estudiantes, doctorandos o post-doctorandos con la condición de comprometerse con la coordinación/supervisión del equipo por medio de un investigador reconocido.

ANEXOS

Criterio específico sobre un país :

Para el caso de RDC, será necesaria una colaboración con un equipo de investigación local.

B. ESTABLECIMIENTO DE UNA PLANIFICACIÓN/CRONOGRAMA

Periodo de realización del estudio :

- Burkina y RDC : Inicio a principios de octubre
- Palestina y Perú : Inicio actual en 2015
- Informes finales provisionales para cada terreno de estudio previstos en un plazo de 4 semanas tras la finalización de la fase de terreno
- Metaanálisis previsto para finales de 2015

La planificación a título enunciativo está sujeta a modificaciones en función de la evolución del contexto y, en particular, de las cuestiones de seguridad.

C. COORDINACIÓN Y DIFUSIÓN : PUNTOS CLAVE

El comité de coordinación se encargará de validar los objetivos de los estudios propuestos, de dirigir el desarrollo del estudio y de velar por la difusión de los resultados de estos estudios y del metaanálisis.

D. SEGURIDAD

La persona encargada del estudio en el terreno recibirá la información sobre las normas de seguridad vigentes en cada país.

VI. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

El presupuesto disponible para este estudio comprende entre 50.000 y 55.000 euros brutos. Este incluye los honorarios, gastos personales, gastos de transporte internacionales, alojamiento y otros gastos necesarios para el buen desarrollo del estudio. Durante la fase de terreno, MdM pondrá a disposición del(los) investigador(es) un lugar de trabajo, un coche con chófer para los desplazamientos sobre el terreno de estudio, el material de comunicación necesario sobre el respeto a las normas de seguridad y un intérprete, en su caso.

VII. CRITERIOS Y MODALIDADES DE SELECCIÓN

Tras la comprobar elegibilidad de las propuestas,

cada expediente será sometido a una evaluación por parte del comité de coordinación compuesto de expertos técnicos. Este comité se reunirá a continuación para seleccionar los proyectos sobre la base de las conclusiones de la evaluación, de los criterios de selección y de la disponibilidad presupuestaria.

Perfil deseado :

- Equipo de investigación reconocido
- Experiencia considerable en la realización de estudios socioantropológicos
- Experiencia en la temática sobre salud sexual y reproductiva y, principalmente, en cuestiones relativas a los embarazos no deseados
- Se valorará como ventaja el conocimiento de los contextos de los países del estudio
- Capacidad redactora excelente
- Dominio perfecto del francés. Se valorará como ventaja el dominio del inglés o del español.

6.3. GUÍAS DE ENTREVISTAS

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Objetivo de la entrevista : Identificar y comprender los problemas relacionados con los embarazos no deseados, las respuestas en materia de prevención de embarazos no deseados y abortos, las diferencias entre las acciones planificadas y las realizaciones efectivas, los límites y las capacidades de organización de las estructuras, las representaciones de los profesionales de la salud.

Personas susceptibles de ser entrevistadas : Médicos (generalistas, ginecólogos, obstetras, otros...); enfermeros y auxiliares de clínicas; asistentes sociales; psicólogos, etc.

En itálico, ejemplos de relanzamientos o precisiones para mejor delimitar la respuesta, si posible se intentará pedir ejemplos concretos teniendo en cuenta el respeto a la ética y el secreto médico.

Empezar por presentar los objetivos de la entrevista, la duración prevista y recordar la confidencialidad de la misma.

IDENTIFICACIÓN (PARA COMPLETAR AL INICIO O AL FINAL DE LA ENTREVISTA) :

¿Podría presentarse por favor?

- Local (dispensario, maternidad, centro materno-infantil, etc.)
- Profesión (obstetra, partera, médico, auxiliar de clínica, enfermero, etc.)
- Nivel de estudio y grado (número de años de estudio, tipo de grado o formación)
- Función/responsabilidades (jefe del centro de salud, responsable de la maternidad, etc.)
- Número de años en servicio (si función)
- Edad
- Religión (practicante o no practicante)

PREGUNTAS INTRODUCTORAS

A.1 ¿Desde cuándo ejerce su trabajo actual y en qué consiste principalmente su actividad?

A.2 ¿Cuáles son las principales características socio-culturales de las comunidades en las cuales usted actúa/interviene (*religión, lengua, prácticas rituales relacionados al nacimiento y otras etapas del crecimiento, incluyendo la muerte, etc.*)?

SOBRE LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS (END)

B.1 **¿Cuáles son los métodos de planificación familiar y los anticonceptivos disponibles en su servicio/centro de salud?** ¿Cuáles están prohibidos? ¿A qué público[s] están dirigidos esos métodos?

¿Cómo funciona el acceso a esos anticonceptivos? ¿Cuáles son los actores/instituciones responsables de la implementación de esos dispositivos? (*Ministerio de la salud nivel central, nivel local, alcaldía, ONG, otros...*) ¿Usted o el sitio donde trabaja usted está contemplado por el acompañamiento de dispositivos institucionales y comunitarios (*ONG, asociaciones, servicios de acción social, estructuras religiosas, etc.*)? ¿Cuáles son, según usted, los métodos anticonceptivos más eficaces y adaptados a sus poblaciones? ¿Por qué (*puede justificar esa respuesta*)? ¿Existen diferencias, ventajas e inconveniencias propias de cada método?

B.2 **¿cómo se organiza la prevención de los embarazos no deseados entre los adolescentes y los jóvenes?** (*¿etapas, a qué profesionales acudir, experiencias personales, información por amigos, familia, hermana mayor...?*)

Según su experiencia profesional, cómo funciona en la práctica el acceso a la información sobre la planificación familiar y a los anticonceptivos : ¿A quién deben dirigirse las mujeres/adolescentes para pedir anticonceptivos? ¿Todo aquel que desee obtener informaciones y anticonceptivos lo obtiene o existen eventuales dificultades/obstáculos? ¿Cuáles pueden ser esas dificultades?

¿Existe alguna categoría poblacional que tiene un acceso menor a estos métodos y si la hay, cuál puede ser la razón? (*¿Son disponibles para mujeres en unión? ¿Hay un acceso para menores, adolescentes y jóvenes? cf. costo financiero, representaciones sociales cf.*

imagen, valores religiosos, accesibilidad geográfica de los servicios de salud...]

B.3 ¿Qué piensa usted, personalmente, de los métodos de anticonceptivos? ¿Cuáles son sus **convicciones propias y las de la sociedad** con respecto a los anticonceptivos?

B.4 Según su experiencia, ¿cuáles son las **necesidades en materia de prevención de embarazos no deseados y de anticoncepción** – en particular para los adolescentes y los jóvenes – en su área de intervención? ¿Esas necesidades están satisfechas o hay necesidades no satisfechas? ¿En qué nivel, y por qué?

Según su experiencia, **¿cuáles son las personas más vulnerables al problema de los embarazos no deseados?** ¿Por qué?

¿Cuál es el protocolo de atención para adultas y adolescentes en caso de violación para prevenir los embarazos? [*¿Uso del método Yuzpe? ¿Lo conoce, ya lo aplicó?*]

SOBRE LA ATENCIÓN A LOS END Y A LOS ABORTOS

C.1 Durante su experiencia profesional, ¿usted ya ha sido confrontado/a a la **situación de una adolescente (menor) o de una joven que quedó embarazada sin quererlo?** **¿Hay una atención particular para estos casos?** ¿Cuál?

C.2 Como profesional de salud, **¿qué piensa usted, personalmente del aborto, cuáles son sus convicciones propias y aquellas de la sociedad** con respecto al aborto? [*¿Problema de salud pública? ¿Legitimidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos? ¿Es moralmente condenable?*] ¿Qué piensa usted de las jóvenes y mujeres que manifiestan querer abortar o que practican el aborto inseguro/clandestino? Según su experiencia, ¿cuál es el papel de los hombres (padres, parejas) en las decisiones y las prácticas de aborto?

C.3 Según usted, frente a la **situación de una joven o de una mujer que queda embarazada sin quererlo y que manifiesta querer abortar, ¿qué se puede hacer y que se debe hacer para ella?** [*Una orientación en el caso en que el aborto sea legal,*

una disuasión si es ilegal, algunas medidas de orden médico y/o psicológico] ¿Cuáles son las dificultades que pueden encontrar las jóvenes o mujeres para la atención al aborto? [*marco jurídico, costo financiero, representación social cf. imagen, valores morales y religiosos, accesibilidad geográfica de los servicios de salud...*] ¿Piensa usted que hay contradicciones entre su rol como profesional de la salud, la perspectiva de salud pública y el dispositivo jurídico sobre el aborto en su país? ¿Usted ya estuvo confrontado/a personalmente a la situación de una joven o mujer que ha deseado abortar? ¿Cómo reaccionó usted? ¿Ya ha acompañado/asistido a una mujer joven o una pareja en la realización de ese deseo? ¿Por qué?

C.4 ¿Cuáles son las disposiciones jurídicas o comunitarias en materia de aborto en su país? Y según su experiencia, **¿cuál es la situación de los abortos inseguros en el distrito?**

¿Cuáles son los principales riesgos asociados a los abortos inseguros [*Riesgos para la salud de la mujer, de orden legal, consecuencias escolares, profesionales...*]? ¿Cómo es la atención de una mujer que ha abortado o ha hecho una tentativa de aborto con riesgo/clandestino? ¿Hay uno o más protocolos preconizados? ¿Esos protocolos son los mismos en las distintas estructuras de salud? ¿Según usted, los protocolos son adaptados? ¿Por qué?

¿Usted ya ha sido confrontado/a a un retraso de busca de cuidados luego de un aborto inseguro, o a casos de mujeres fallecidas por causa de un aborto inseguro? ¿Qué hace usted si descubre que una joven o mujer intentó abortar o ha abortado de forma insegura? [*cuidados, relación con los próximos, familiares, etc.*] ¿Cuáles son, según usted, las razones de una búsqueda tardía a los cuidados en tal caso? [*¿Miedo de las mujeres de ser denunciadas, estigmatizadas? ¿Consecuencias para la salud de la mujer?*]

C.5 Según usted, **¿qué se podría hacer para evitar los embarazos no deseados y luchar contra los abortos inseguros?**

GUÍA DE ENTREVISTA PARA PROMOTORAS DE SALUD

Objetivo de la entrevista : Identificar los determinantes asociados a los embarazos no deseados (END) y abortos, así como las percepciones de los END/aborto. Interés particular :

- A la experiencia de las promotoras, los discursos y percepciones de los embarazos no deseados entre los adolescentes y los jóvenes ;
- A las prácticas en términos de información para la prevención, de acceso a los anticonceptivos y cuidados y de atención (comunitaria y médica) en el distrito concernido.

Objetivo general : Identificar y comprender los problemas relacionados a los embarazos no deseados, las acciones en materia de prevención de embarazos no deseados y abortos, los límites y las capacidades de organización de las distintas estructuras ejecutantes, las representaciones acerca de los embarazos no deseados y de los abortos.

NB : Las preguntas serán adaptadas en función del status de los actores y del contexto.

En itálico, ejemplos de relanzamientos o precisiones para mejor delimitar la respuesta, si posible se intentará pedir ejemplos concretos teniendo en cuenta el respeto a la ética y el secreto médico.

Empezar por presentar los objetivos de la entrevista, la duración prevista y recordar la confidencialidad de la misma.

IDENTIFICACIÓN (PARA COMPLETAR AL INICIO O AL FINAL DE LA ENTREVISTA) :

¿Podría presentarse por favor?

- Tipo de informante (miembro ONG, asociación, líder religioso, etc.)
- Nivel de estudio y grado (número de años de estudio, tipo de grado o formación)
- Función/responsabilidades (jefe de servicio, responsable por la comunidad, etc.)
- Número de años en servicio (si función)
- Localidad
- Edad
- Religión (practicante o no practicante)

PREGUNTAS INTRODUCTORAS

A.1 ¿Usted podría decirme cuál es su papel como promotora? ¿Cuáles son sus actividades?

A.2 ¿Quiénes son las personas que viven acá en ese distrito? *(¿las principales características socio-culturales de las comunidades en las cuales usted actúa/ interviene : religión, lengua, prácticas rituales ligadas al nacimiento y otras etapas del crecimiento, incluyendo la muerte, etc.)?*

SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LOS END

A.1 **¿Cuáles son los métodos anticonceptivos y de planificación familiar** (objetivo, métodos, dónde conseguir anticonceptivos, población a la cual están dirigidos, etc.)? *(Ejemplos de relanzamientos : educación sexual en la escuela, visitas de agentes de salud comunitaria, consultas ginecológicas sobre anticoncepción, acceso gratuito a los anticonceptivos, inclusión de los hombres/maridos/parejas,...)* ¿Cómo y dónde se puede obtener informaciones sobre los métodos anticonceptivos?

A.2 **¿A qué medios anticonceptivos tienen acceso los jóvenes si lo desean?** ¿Los jóvenes encuentran dificultades para acceder a esos medios? ¿Por qué?

SOBRE LAS PERCEPCIONES RELACIONADAS CON LOS END

B.1 Según usted, ¿qué es lo que hace con que algunos jóvenes se encuentran en una situación de embarazo o de ser padres sin quererlo? ¿Usted conoce a personas que han estado o que están en esa situación? ¿Cómo lo viven?

B.2 ¿Qué piensa usted, personalmente de la anticoncepción y de la planificación familiar? ¿Cuál es su opinión sobre los jóvenes que utilizan anticonceptivos?

B.3 ¿Qué hace usted si una joven queda embarazada sin quererlo? ¿A qué servicios la orienta usted para sus cuidados (CMI, otro centro de salud, ONG, asociaciones, estructuras religiosas, etc.)?

SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE ABORTO

C.1 ¿Qué puede decirme sobre el aborto inseguro/seguro? (*riesgos sanitarios, riesgos sociales, disposiciones jurídicas, principios morales, etc.*)

C.2. ¿Cuáles son las estrategias utilizadas para abortar?

C.3. ¿Qué hace usted si descubre que una joven intentó abortar o ha abortado clandestinamente? (*cuidados, relación con los próximos, familiares, orientaciones...*)

C.4. ¿Cuál es el papel de los hombres (padres o parejas) en las prácticas de aborto?

SOBRE LAS PERCEPCIONES RELACIONADAS AL ABORTO

D.1. ¿Qué piensa usted del aborto? (*¿Problema de salud pública? ¿Legitimidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos? ¿Es moralmente condenable?*) Según usted, ¿qué lleva a una joven a querer abortar? ¿Qué piensa usted de las mujeres que han hecho un aborto o que practican abortos? Según usted, si una mujer dice querer abortar, ¿qué se puede hacer y que se debe hacer para ella? (*¿orientaciones, disuasión, información para hacerlo de forma segura?*)

D.2 ¿Usted conoce casos de mujeres que han fallecido por causas de un aborto clandestino? ¿Sabe lo que ha pasado? ¿Cuáles son los cuidados médicos después de un aborto clandestino/inseguro? ¿Dónde hay que ir para esos cuidados? ¿Hay que pagar para esos cuidados?

GUÍA DE ENTREVISTA PARA OTROS ACTORES (TRABAJADORES SOCIALES)

Objetivo de la entrevista : Identificar y comprender los problemas relacionados con los embarazos no deseados (causas y consecuencias sociales), las capacidades y los límites de organización de las distintas estructuras, las representaciones de los profesionales de la salud y otros profesionales.

Personas susceptibles de ser entrevistadas : trabajadores sociales, miembros de las comunidades (agentes de salud comunitaria, líderes religiosos y/o tradicionales, autoridades administrativas, asociaciones/ONG, autoridades judiciales, etc.).

NB : Las preguntas serán adaptadas en función de los actores y del contexto.

En itálico, ejemplos de relanzamientos o precisiones para mejor delimitar la respuesta, si posible se intentará pedir ejemplos concretos teniendo en cuenta el respeto a la ética y el secreto médico.

Empezar por presentar los objetivos de la entrevista, la duración prevista y recordar la confidencialidad de la misma.

IDENTIFICACIÓN (PARA COMPLETAR AL INICIO O AL FINAL DE LA ENTREVISTA):

¿Podría presentarse por favor?

- Tipo de informante (trabajadora social, educador social, etc.)
- Nivel de estudio y grado (número de años de estudio, tipo de grado o formación)
- Función/responsabilidades (jefe de servicio, responsable por la comunidad, etc.)
- Número de años en servicio (si función)
- Localidad
- Edad
- Religión (practicante o no practicante)

PREGUNTAS INTRODUCTORAS

A.1 ¿Desde cuándo ejerce su trabajo actual y en qué consiste principalmente su actividad?

A.2 ¿Cuáles son las principales características socio-culturales de la comunidad en la cual usted actúa/ interviene (*religión, lengua, prácticas rituales ligadas al nacimiento y otras etapas del crecimiento, incluyendo la muerte, etc.*)?

SOBRE LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS (END)

B.1 **¿Cuáles son los métodos de planificación familiar y los anticonceptivos disponibles en su distrito?** ¿Cuáles están prohibidos? Según su experiencia, ¿a qué público(s) están dirigidos esos métodos? (*Ejemplos de relanzamiento : educación sexual en la escuela, visitas de agentes de salud comunitaria, consultas ginecológicas sobre anticoncepción, acceso gratuito a la anticoncepción, inclusión de los hombres/ maridos/pareja,...*) ¿Cuáles son, según usted, los métodos/dispositivos de anticoncepción más eficaces? ¿Por qué (*puede justificar esa respuesta*)? ¿Cuáles son los actores/instituciones responsables de la implementación de esos dispositivos? (*Ministerio de la salud nivel central, nivel local, alcaldía, ONG, otros,...*)

B.2 Según su experiencia profesional o privada, ¿cómo funciona en la práctica **el acceso a la información sobre los métodos de planificación familiar y a los anticonceptivos?** ¿Todo aquel que desee obtener informaciones y anticonceptivos lo obtiene o existen eventuales dificultades/obstáculos? ¿Cuáles pueden ser esas dificultades? ¿Existen diferencias, ventajas e inconveniencias propias de cada método? ¿Existe alguna categoría poblacional que tiene un acceso menor a estos métodos y si la hay, cuál puede ser la razón? (¿Son disponibles para mujeres en unión? ¿Hay un acceso para menores, adolescentes y jóvenes? (*cf. costo financiero, representaciones sociales cf. imagen, valores religiosos, accesibilidad de los servicios de salud...*) En particular, ¿los métodos existentes son adaptados para los adolescentes y jóvenes? Si no, ¿por qué? ¿Cuáles serían los métodos adaptados (de acceso a la información como a los anticonceptivos)?)

B.3 **¿Qué piensa usted, personalmente, de los métodos anticonceptivos, cuáles son sus convicciones propias y las de la sociedad con respecto a los anticonceptivos?**

B.4 Según su percepción, ¿cuáles son las **necesidades en materia de prevención de embarazos**

no deseados y de anticoncepción – en particular para los adolescentes y los jóvenes – en su área de intervención? ¿Esas necesidades están satisfechas o hay necesidades no satisfechas? ¿En qué nivel, y por qué?

Según su experiencia, **¿cuáles son las personas más vulnerables al problema de los embarazos no deseados?** ¿Por qué?

los embarazos no deseados y luchar contra los abortos inseguros?

SOBRE LA ATENCIÓN A LOS END Y A LOS ABORTOS

C.1 Durante **su experiencia** profesional o privada, ¿usted ya ha atendido el caso de una mujer (joven) que quedó embarazada sin quererlo? ¿Qué tipo de atención usted le dio? ¿Usted sintió la necesidad de ir asesorarse en otra parte (otro servicio de salud, a una ONG, instituciones de beneficencia o grupos religiosos, etc.)?

C.2 **¿Qué piensa usted, personalmente del aborto**, cuáles son sus **convicciones propias y aquellas de la sociedad** con respecto al aborto? (*¿Problema de salud pública? ¿Legitimidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos? ¿Es moralmente condenable?*) ¿Qué piensa usted de las jóvenes y mujeres que ante un embarazo no deseado piden abortar o que practican el aborto? Según su conocimiento, ¿cuál es el rol de los hombres ante un embarazo no deseado (parejas, padres)?

C.3 ¿Usted ya se ha encontrado en la consulta con una joven o una mujer que ha manifestado querer abortar? ¿Cómo reaccionó usted? (*Una orientación en el caso en que el aborto sea legal, una disuasión si es ilegal, algunas medidas de orden médico y/o psicológico*) ¿Ya ha acompañado/asistido a una mujer joven o una pareja en la realización de ese deseo? ¿Por qué?

C.4 ¿Cuáles son las disposiciones jurídicas o comunitarias en materia de aborto en su país? Y según su conocimiento, **¿cuál es la situación de los abortos inseguros/ clandestinos en el distrito?** ¿Cuáles son los principales riesgos asociados a los abortos inseguros (*Riesgos para la salud de la mujer, de orden legal, consecuencias escolares, profesionales, riesgo social, comunitario, familiar, emocional (estabilidad) ...*) ¿Usted conoce algún caso de mujeres que han fallecido por causa de un aborto inseguro?

C.5 Según usted, **¿qué se podría hacer para evitar**

GUÍA DE ENTREVISTA Y DISCUSIÓN PARA GRUPOS FOCALES

Los participantes :

- Grupos estratégicos previamente identificados en el distrito concernido por la investigación :
- mujeres y hombres jóvenes (15-24 años)
- promotoras de salud
- líderes comunitarios o de opinión
- Número de participantes : 6 a 7 al máximo/encuentro
- Presentación de los participantes al inicio : sexo, edad, formación, trabajo, localidad, religión

Objetivo de los encuentros : Identificar los determinantes asociados a los embarazos no deseados (END) y abortos, así como las percepciones de los END/aborto. Interés particular :

- A los discursos y percepciones de los embarazos no deseados entre los adolescentes y los jóvenes ;
- A las prácticas de prevención, de acceso a los cuidados y de atención (comunitaria y médica) en el distrito concernido.

Empezar por presentar los objetivos de la discusión

ESQUEMA DE DISCUSIÓN

SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LOS END

A.1 ¿Qué saben sobre los métodos anticonceptivos y sobre la planificación familiar (objetivo, métodos, dónde conseguir anticonceptivos, población a la cual están dirigidos, etc.)? [*Ejemplos de relanzamientos : educación sexual en la escuela, visitas de promotoras salud comunitaria, consultas ginecológicas sobre anticoncepción, acceso gratuito a los anticonceptivos, inclusión de los hombres/maridos/parejas,...*] ¿Cómo y dónde han obtenido esas informaciones?

A.2 ¿A qué métodos anticonceptivos tienen acceso los jóvenes si lo desean? ¿Los jóvenes encuentran dificultades para acceder a los anticonceptivos?

Si grupo jóvenes ¿Cuáles medios utiliza usted y cuáles son aquellos que usted no utiliza? ¿Por qué?

A.3 ¿Qué piensa usted, personalmente de los anti-conceptivos y de la planificación familiar? ¿Cuál es su opinión sobre los jóvenes que utilizan anticonceptivos?

SOBRE LAS PERCEPCIONES RELACIONADAS CON LOS END

B.1 Según usted, ¿por qué algunos jóvenes se encuentran en una situación de embarazo o de ser madre/padre sin quererlo? ¿Usted conoce a personas que han estado o que están en esa situación? ¿Cómo lo viven?

B.3 ¿Qué hace usted si una joven (usted / su novia / su hija) queda embarazada sin quererlo? ¿Dónde tiene que ir ella (CMI, otro centro de salud, *ONG, asociaciones, instituciones benéficas/religiosas, etc.*) para sus cuidados?

SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE ABORTO

C.1 ¿Qué pueden decirnos sobre el aborto seguro/inseguro? [*¿cuáles son los riesgos sanitarios/sociales, disposiciones jurídicas, principios morales, clandestinos : dónde se hace? ¿Secretamente hay redes de atención seguras? etc.*]

C.2. ¿Cuáles son las estrategias utilizadas para abortar?

C.3. ¿Qué hace usted si descubre que una joven o una mujer intentó abortar o ha abortado clandestinamente? [*cuidados, relación con los próximos, familiares, orientaciones...*]

C.4. ¿Cuál es el papel de los hombres (*padres/pareja*) en las prácticas de aborto?

SOBRE LAS PERCEPCIONES RELACIONADAS AL ABORTO

D.1. Como (joven / promotora / líder de opinión,...) ¿qué piensa usted del aborto? [*¿Problema de salud pública? ¿Legitimidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos? ¿Es moralmente condenable?*] Según usted, ¿qué lleva a una joven a querer abortar? ¿Qué piensa usted de las mujeres que han hecho un aborto o que practican abortos? Según usted, si una mujer desea abortar, ¿qué se puede hacer y que se debe hacer

ANEXOS

para ella? *{Una orientación en el caso en que el aborto sea legal, una disuasión si es ilegal, algunas medidas de orden médico y/o psicológico}*

D.2 ¿Usted conoce a personas que fallecieron por causas de un aborto clandestino? ¿Sabe lo que ha pasado? ¿Usted está al tanto de cómo es la atención y los cuidados médicos después de un aborto clandestino/inseguro? *{Local de atención,...}*

GUÍA DE ENTREVISTA CON LAS MUJERES (JÓVENES Y OTRAS MUJERES QUE TUVIERON EXPERIENCIA DE EMBARAZOS NO DESEADOS)

Objetivo de la entrevista : Médicos del Mundo (Mdm) busca comprender mejor los determinantes y las experiencias relacionadas a los embarazos no deseados (END) y a los abortos en el distrito de Villa El Salvador (Lima).

Los objetivos son identificar las necesidades no satisfechas en el tema y a los obstáculos, todo lo cual limita la prevención y la atención a los END. Esta investigación busca contribuir con la reducción de la mortalidad materna asociada a los embarazos no deseados.

Indicaciones de relanzamiento y de conducción de la entrevista

- Empezar por presentar los objetivos de la entrevista, la duración prevista y recordar la confidencialidad de la misma.
- Proponer que se firme el término de consentimiento, seguir con la entrevista.
- En un primer momento, hacer únicamente preguntas factuales, como « ¿y después?, ¿y entonces? » o pasar la palabra a la persona enfatizando lo ha terminado de decir. Dejar la entrevistada utilizar sus propias palabras.
- En un segundo momento, hacer relanzamientos temáticos abordando los temas que la persona entrevistada no ha mencionado o volviendo a las preguntas demasiado elípticas (*precisiones en itálico*).

TEMAS A EXPLORAR

EL ACONTECIMIENTO DEL END

- Cuando usted estuvo embarazada sin haberlo planeado, ¿puede contarme como eso ocurrió?
- Reacciones a la constatación del estado de embarazo
- Reacciones de la pareja y del entorno (*¿en qué momento o en cuales condiciones él fue informado, reacciones y actitudes ante el embarazo?*)
- Situación afectiva, familiar, profesional, material y financiera en el momento del embarazo.
- Proyecto[s] de tener hijo[s] (*¿Cuándo planeaba tener hijos? Cf. Después del matrimonio, con mejor situación económica, no quería tener hijos, etc.*)

- Implicación de la pareja en el/los proyecto[s]
- Embarazos anteriores eventuales no planeados
- Si el embarazo fue producto de una violación, ¿a dónde acudió? Le dieron algún método para evitar el embarazo (*AOE, Método Yuzpe?*)

PROCESO DECISIONAL :

Si ha decidido continuar con el embarazo

- ¿Cómo transcurrió el embarazo?
- ¿Consideró hacer un aborto? Motivos de la decisión de continuar el embarazo
- Reacciones de la pareja y del entorno (apoyo, rechazo, negación)
- Se controló al embarazo
- Tipos de apoyo recibidos (moral, financiero, psicológico, material, etc.)
- Actores implicados (familia, pareja, amigos, trabajadores sociales, ONG, etc.)
- Impactos sobre los estudios/la vida profesional/la vida familiar
- Dificultades encontradas

Si ha decidido abortar clandestinamente

- Cuando usted eligió abortar, ¿qué hizo usted?
- Motivos de la decisión (*¿influencia de familiares o pareja?*)
- Primer/a interlocutor/a
- Acciones emprendidas
- Elección del local de la intervención
- Estrategias utilizadas (técnicas para abortar, personas implicadas, descripción de las condiciones en las cuales se hizo el aborto o la tentativa de aborto ...)
- Dificultades encontradas (problemas de salud/ida a centro de salud)

ACCESO A LOS CUIDADOS O ATENCIÓN DURANTE EL PROCESO DEL ABORTO (SI HUBO)

- ¿Cómo llegó usted al centro de salud y qué pasó?
- Descripción del proceso que la condujo al centro de salud (*si tuvo hemorragia, ¿a dónde fue?*)
- Tipos de cuidados recibidos (*descripción de la atención médica*)
- Cobertura financiera de los cuidados (*¿Gratis? Si cuidados pagos : ¿quién pagó?*)
- Comportamiento de los profesionales de la salud (*acogida*)
- Comportamiento del entorno (familiar, pareja, amigos, si fueron informados)

ANEXOS

- Percepciones y vivencia de los cuidados
- Una vez que terminó el aborto, acudieron a un médico privado o a una ONG?

RELACIÓN A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN (PERCEPCIONES Y USO)

- ¿Qué puede decirnos sobre la anticoncepción (o los anticonceptivos)?
- Experiencia personal de la anticoncepción [*desde el inicio de la vida sexual, insistiendo sobre la primera relación sexual*]
- Información sobre anticonceptivos [*charlas sobre sexualidad y/o planificación familiar en la familia, escuela, con la(s) pareja(s) ; estrategias de acceso a la información y a los métodos anticonceptivos*]

Si utilizaba anticoncepción en la época del embarazo no planeado [*explicación del funcionamiento inefectivo, uso de AOE*]

Si no utilizaba anticoncepción : conocimiento/consciencia del riesgo de embarazo en el momento de la relación que originó el embarazo no planeado

- Método de anticoncepción actual [*implicación de la pareja, rol del profesional (médico u otro profesional de la salud) que prescribió/recetó el anticonceptivo en la elección del método, etc.*]
- Opinión global sobre los métodos anticonceptivos [*comparación de beneficios e inconvenientes de los diferentes métodos, discursos populares,...*]
- Opinión sobre el acceso de los jóvenes y adolescentes a los métodos anticonceptivos [*discursos, acceso, dificultades, etc.*]

CONTEXTO NORMATIVO

- ¿Qué piensa usted de los END y del aborto?
- Opinión personal
- Actitud y opinión del entorno [*familiar, amical, comunitario, religioso*]
- Conocimientos sobre las disposiciones jurídicas
- Conocimientos sobre los riesgos [*sanitarios, sociales, etc.*]
- Conocimiento de personas que ya habían hecho un aborto [*explorar el contexto y las razones*]

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS PARA COMPLETAR AL FINAL DE LA ENTREVISTA

- Edad
- Nivel de estudio y grado (número de años de estudio, tipo de grado o formación)
- Religión (practicante o no practicante)
- Antecedentes de embarazos (no deseados y deseados) y aborto(s)
- Número y edad de los hija/os
- Local de residencia (ciudad/barrio)
- Tipo de seguro salud (SIS, EsSalud)

6.4. CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA



CONSTANCIA 364 - 09- 15

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética.

Título del Proyecto : "Estudio transversal y análisis comparativo de los determinantes socioculturales y comunitarios de los embarazos no deseados y los abortos, especialmente en el tramo de edad entre 15 y 24 años" Estudio multipaís."

Código de inscripción : 15003

Investigadores principales : N'Koué Emmanuel Sambieni
Alila Brossard Antonielli

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación**, versión 3 de fecha 22 de mayo del 2015.
2. **Consentimiento Informado (adultos)**, versión recibida en fecha 21 de julio del 2015.
3. **Consentimiento informado (padres de menores entrevistados)**, versión recibida en fecha 21 de julio del 2015.
4. **Asentimiento informado (de 15 a 17 años)**, versión recibida en fecha 21 de julio del 2015.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada **seis meses** el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **23 de julio del 2016**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 24 de julio del 2015.

Dr. José Luis Rojas Vilca
Presidente (e)
Comité Institucional de Ética en Investigación

6.5. FOTOGRAFÍA DE LOS CARTELES DE “RETRASO MENSTRUAL”

Ejemplo de un cartel anunciando “solución inmediata para atraso menstrual” indicando números de contacto plegado en un muro cerca de la estación del tren. Al fondo un carro de la policía pasa, ilustrando la paradoja de la difusión masiva de estos carteles en VES en un contexto nacional de fuerte penalización del aborto.



Foto : Alila Brossard Antonielli, 22/O7/2015



**SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE**