



KIT Royal
Tropical
Institute



Sociedad Peruana de
Obstetricia y Ginecología

Informe de País: PERÚ

EVALUACIÓN DE NECESIDADES EN *ADVOCACY* SOBRE ABORTO SEGURO

PARA LA SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (SPOG)

COMISIONADO POR LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO)
REALIZADO POR KIT-ROYAL TROPICAL INSTITUTE – UNIDAD DE SALUD

Susana Guevara, Lisa Juanola¹

Abril 2018

KIT - Health

Mauritskade 63

1092 AD Amsterdam

Telephone +31 (0)20 568 8711

Fax +31 (0)20 568 8444

www.kit.nl/health

¹ Ambas autoras contribuyeron por igual al desarrollo del informe

Agradecimientos

El equipo consultor quiere agradecer a todas las personas que hicieron posible esta evaluación de necesidades. En primer lugar, a los miembros de la SPOG por compartir con nosotras sus opiniones y perspectivas. Un agradecimiento especial al Presidente Dr. Pedro Mascaró y al Dr. Enrique Guevara por su compromiso a lo largo de la evaluación de necesidades tanto con sus insumos, asesoría, tiempo y todo el apoyo logístico.

El equipo quiere también dar las gracias a todos los y las participantes del taller por su activa participación.

Finalmente, agradecer también el apoyo y las retroalimentaciones del equipo de la sede regional y global de FIGO, especialmente a Marina Gil.

Índice

Resumen Ejecutivo	i
Introducción	1
Propósito de la Evaluación de Necesidades	1
Objetivos de la Evaluación de Necesidades.....	1
Metodología	2
Revisión de Literatura.....	2
Encuesta en línea.....	2
Entrevistas	2
Taller con Actores Clave	3
Retos y limitaciones.....	3
Resultados	5
Revisión documental y de literatura.....	5
Encuesta online.....	11
Entrevistas semiestructuradas.....	14
Taller con actores clave	18
Conclusiones.....	22
Recomendaciones.....	23
Referencias	24
Anexo 1: Entrevistas con actores clave	27
Anexo 2: Invitación y programa del taller.....	1
Anexo 3: Adiciones a la revisión de literatura	3
Anexo 4: Respuesta a la Encuesta en Línea	7
Anexo 5: Redes Sociales y Alianzas.....	1
Anexo 6: Análisis FODA.....	1
Anexo 7: Borrador plan de acción	2

Resumen Ejecutivo

La evaluación de necesidades tuvo el propósito de identificar y analizar las capacidades y necesidades de la Sociedad Peruana de Obstetricia y ginecología - SPOG sobre *advocacy* de aborto seguro. Forma parte de una evaluación de necesidades en diez países y se realizó a solicitud de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) donde apoyará intervenciones en los próximos años.

La evaluación se realizó en base a una revisión de literatura sobre el tema de aborto en el Perú, la aplicación de una encuesta en línea la cual tuvo una respuesta de 155 personas miembros y no miembros de la SPOG, la realización de 15 entrevistas en profundidad dirigidas a miembros de SPOS, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y funcionarios públicos. Asimismo, se realizó un taller participativo con actores clave para identificar las necesidades y prioridades en materia de *advocacy* sobre aborto seguro en el Perú y generar insumos para el plan de acción de la SPOG.

Los resultados de la revisión de literatura, entrevistas y taller con actores clave confirman que, a pesar de la legalidad del aborto terapéutico y la disminución del aborto inseguro por el creciente uso del aborto médico, el acceso al aborto seguro es restringido en el Perú, especialmente para las mujeres con menores recursos y fuera de la capital. Esto es debido a la desinformación sobre el marco legal y sobre la norma técnica del aborto terapéutico entre el personal médico, usuarias y la población en general y un fuerte y generalizado estigma alrededor del aborto. En consecuencia, prevalece el secretismo y la clandestinidad lo cual lleva a riesgos para la salud de las mujeres y a una falta de visibilidad de la prevalencia del aborto por la ausencia de datos y registros.

Las recomendaciones del estudio son las siguientes:

- **Fortalecimiento de la SPOG** tanto a nivel organizacional como a nivel de sus capacidades en materia de *advocacy*, especialmente el desarrollo de habilidades liderazgo y comunicación.
- **Promover la perspectiva de derechos** en relación a la atención integral del aborto y en la salud sexual y reproductiva en general con formación y sensibilización para la transformación de actitudes
- **Asegurar la implementación de la Guía Técnica Nacional** sobre al aborto terapéutico y liderar discusiones sobre su interpretación
- **Expandir la red de apoyo al acceso al aborto seguro** con la involucración de nuevos sectores tanto del sector salud (médicos generales, psiquiatría) como de otros sectores (legal, social)
- **Promover la generación de datos sobre aborto** a través del uso y mejora de los sistemas y formatos de registro existentes para el monitoreo y planificación de servicios y para alimentar el debate sobre el aborto

Introducción

Este informe de país es el resultado de una evaluación de necesidades realizada por KIT Royal Tropical Institute con la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) sobre *advocacy*²³ en aborto seguro. Perú es uno de los diez países que participan en una Evaluación de Necesidades más amplia para un próximo proyecto multinacional liderado por FIGO que busca aumentar la capacidad de las sociedades nacionales de obstetricia y ginecología para convertirse en líderes nacionales en el trabajo de *advocacy* sobre aborto seguro.

Propósito de la Evaluación de Necesidades

Esta evaluación de necesidades es la primera fase de un próximo proyecto sobre aborto seguro. El propósito es proporcionar una mejor y más profunda comprensión de las capacidades y necesidades de la SPOG que permita identificar las principales necesidades en materia de *advocacy* sobre aborto seguro que el proyecto multinacional podría abordar. Además, debería proporcionar insumos sobre cómo la FIGO puede fortalecer de manera más efectiva las capacidades de las sociedades nacionales, en este caso la SPOG. Esto incluye la provisión de recomendaciones sobre el contenido del programa de desarrollo de capacidades mediante el desarrollo de planes de acción nacionales con presupuesto, así como una propuesta de programa integral para los diez países.

Objetivos de la Evaluación de Necesidades

Los objetivos específicos son que al final de la evaluación de necesidades en diez países, la FIGO debería tener:

- Información sobre la situación del aborto en cada país
- Comprensión de las capacidades y las necesidades de cada Sociedad Nacional de Obstetricia y Ginecología en materia de *advocacy* sobre aborto seguro
- Planes de acción para cada Sociedad Nacional de Obstetricia y Ginecología desarrollados a través de un proceso colaborativo
- Recomendaciones sobre el papel de la FIGO para fortalecer la capacidad de las diez Sociedades Nacionales para realizar *advocacy* sobre aborto seguro, traducidas en una propuesta integral

² Esta palabra se utiliza sin traducción porque no existe un equivalente en español. Las traducciones más cercanas y comunes como 'defensa' o 'promoción' son menos precisas y pueden su uso en relación al aborto seguro puede ser mal interpretado y problemático en ciertos contextos. Es común el uso del término inglés en las publicaciones en español de organizaciones especializadas en *advocacy* en aborto como IPAS.

³ En este informe y a lo largo de la evaluación de necesidades realizada, *advocacy* se define como el uso estratégico de información y acción para desarrollar opiniones, políticas y prácticas que afectan la vida de las personas (IPAS, 2009) (Adaptado de Hord, 2001 y Sharma 1997)

Metodología

La evaluación de necesidades fue de carácter formativo con un enfoque altamente participativo. Hubo una comunicación constante y fluida con la SPOG para lograr un entendimiento común sobre los objetivos de la evaluación. A lo largo del proceso se compartieron insumos a modo de retroalimentación mutua fortaleciendo el trabajo conjunto y colaborativo.

Los métodos utilizados para alcanzar los objetivos de la evaluación de necesidades fueron los siguientes:

Revisión de Literatura

La revisión de literatura se inició entre febrero y marzo de 2018 en base a una herramienta guía común desarrollada para los 10 países. La SPOG compartió una selección de documentos y artículos sobre el contexto del aborto en Perú. Se realizó una búsqueda de artículos académicos en revistas científicas nacionales como la Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología (RPOG) Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública e internacionales. También se solicitaron datos estadísticos a través del portal del Ministerio de Salud de Perú y se consultaron informes de actores clave nacionales e internacionales en materia de salud reproductiva como el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Adicionalmente, también se tomó en cuenta literatura gris para complementar las diferentes áreas de la herramienta marco para la evaluación de necesidades.

Encuesta en línea

Se envió una encuesta auto administrada en línea a los 590 miembros de la SPOG utilizando la plataforma Survey Monkey. La encuesta fue diseñada en inglés para los diez países por lo que se solicitaron los insumos de la SPOG para asegurar que tanto la terminología en español como las preguntas eran apropiadas para el contexto de Perú. La encuesta fue enviada desde la plataforma Survey Monkey a través de una invitación por correo electrónico personalizado que cada miembro recibía y no podía ser reenviado. Se garantizó que las respuestas fueran anónimas. La invitación se enviaba con un mensaje a nombre del Presidente de la SPOG y se programó que fuera el correo general de la Sociedad el que apareciera como remitente. En primera instancia la encuesta fue enviada únicamente a los miembros asociados (491) y después del taller se hizo llegar también los miembros titulares (99)⁴. Se mandaron diez recordatorios y la tasa de respondientes fue en aumento.

La encuesta estuvo abierta durante dos meses del 26 de Febrero hasta el 6 de Mayo con el objetivo de conseguir más respondientes durante el la I y II Sesión Científica de la SPOG que tuvo lugar el 10 y 24 de abril donde la SPOG promovió la encuesta. Se obtuvieron 155 respuestas equivalente a una tasa de respuesta de 26%. La tasa estimada de completación fue de 81%.

Entrevistas

Se realizaron un total de 15 entrevistas, la mayoría de las cuales tuvo lugar los días 2, 3 y 4 de abril en Lima. Algunas se realizaron en fechas posteriores debido a limitaciones en las agendas y porque se identificaron otras personas clave para entrevistas. Las entrevistas se realizaron con representantes de la SPOG, otras Sociedades médicas como la Sociedad Peruana de Contracepción y Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Infancia y Adolescencia, organizaciones de salud privadas como el Instituto de Salud Popular, el sector académico a través de un representante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, integrantes del grupo de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud, entidades de las Naciones Unidas (UNFPA y OPS), organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales (Católicas por el Derecho a Decidir, Manuela Ramos, Flora Tristán, Planned Parenthood Global) y la Red Peruana de Apoyo al Acceso al Aborto Seguro (Ver Anexo 1).

⁴ El primer listado de contactos que se compartió para el envío de la encuesta no incluía los miembros titulares. Durante el taller eso salió a la luz debido a que varios no habían recibido la invitación.

Las entrevistas se realizaron en las oficinas de las organizaciones y en los propios centros hospitalarios y tuvieron una duración promedio aproximada de 45 minutos. Todas fueron grabadas con el consentimiento de las personas entrevistadas y se tomaron notas durante el transcurso de la entrevista. Las notas se limpiaron a posteriori complementándose con los audios y se analizaron en base a áreas temáticas utilizadas también para presentar los resultados en el informe. En el Anexo 2 se detalla el listado de entrevistas realizadas.

Taller con Actores Clave

Junto con la SPOG se organizó un taller de dos días con actores clave que tuvo lugar en el Hotel José Antonio Deluxe los días 5 y 6 de abril. El propósito del taller era identificar las necesidades y prioridades en materia de *advocacy* sobre aborto seguro en el Perú y generar insumos para el plan de acción de la SPOG para el proyecto de la FIGO que se desarrollará en los diez países parte de la evaluación de necesidades.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Discutir e identificar las oportunidades y barreras para hacer *advocacy* sobre aborto seguro en Perú en base a la presentación de la revisión documental y la experiencia propia de los y las participantes
- Explorar valores personales y profesionales relacionados con el aborto e identificar actividades para mejorar el acceso a servicios de aborto seguro y legal y de atención post aborto basados en la ética profesional
- Explorar las implicaciones de los marcos legales y políticos sobre el aborto
- Discutir el concepto de *advocacy* e identificar los desafíos y las barreras para hacer *advocacy* sobre aborto seguro en Perú
- Identificar las fortalezas y debilidades de la SPOG en *advocacy* sobre aborto seguro
- Proporcionar puntos de acción para un proyecto de *advocacy* sobre aborto seguro

El taller contó con la participación de 30 personas el primer día y 27 el segundo. Si bien todos los participantes eran miembros titulares o asociados de la SPOG, por sus diversos cargos se contó con la representación de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Infancia y Adolescencia, la Sociedad Peruana de la Contracepción, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Pathfinder International, el Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES), la Red Peruana de Apoyo al Acceso al Aborto Seguro (REDPAAS), el Instituto de Salud Popular, Dirección de Salud del Callao, Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital María Auxiliadora. La SPOG también tomó el rol de facilitador con una presentación sobre los avances en materia de aborto seguro en los últimos años. El Anexo 2 detalla el programa del taller.

Retos y limitaciones

Dos semanas antes de la visita del País el entonces Presidente de Perú presentó su dimisión. Por ende, los contactos de más alto nivel del Ministerio de Salud proporcionados por la SPOG no podían conceder entrevistas hasta que hubiera una mayor claridad sobre los nuevos nombramientos en los cargos políticos dentro del Ministerio, como son el Ministro de Salud, los Vice Ministros de Salud y el Director de Salud Sexual y Reproductiva. Las entrevistas no pudieron realizarse una semana después de la visita porque no había definición en la renovación del cargo del Vice Ministerio de Salud Pública y por la negativa de conceder una entrevista por un director de salud reproductiva. La rotación de representantes en el Ministerio de Salud (MINSa) es un reto general señalado por la SPOG en el trabajo en materia de salud reproductiva en general, incluyendo el aborto seguro. Otra limitación fue que durante las fechas fijadas para el taller, el MINSa agendó otro evento sobre mortalidad materna que incluía la firma de convenios por lo cual representantes del MINSa y de agencias de las Naciones Unidas (UNFPA, OPS) no pudieron asistir al taller con la SPOG sobre aborto seguro.

La encuesta en línea tuvo una tasa de respuesta menor de la esperada (20%) haciendo que los resultados no sean representativos de la totalidad de la SPOG. Adicionalmente, cabe mencionar que la mayoría de las personas que proporcionaron insumos en la evaluación de necesidades a través de la encuesta, entrevistas y/o taller eran favorables al aborto seguro y con posicionamientos bastante abiertos sobre el aborto en general. Si bien este posicionamiento pueda representar la junta directiva de la Sociedad y parte de los miembros, no es un posicionamiento homogéneo y por lo tanto otras perspectivas no están representadas en los resultados presentados en el presente informe.

Resultados

Revisión documental y de literatura

Los principales hallazgos de la revisión de la literatura se presentan en las siguientes subsecciones: situación demográfica y socioeconómica, derechos sexuales y reproductivos, contexto político y legal sobre el aborto, estigma sobre el aborto, provisión de servicios, barreras en el acceso al aborto terapéutico, y actividades sobre aborto seguro

Situación demográfica y socioeconómica

Los Censos Nacionales de Población del Perú reflejan un crecimiento de la población: de 7 millones de personas en el año 1940 a 28.7 millones de personas en el año 2007, cuando se registró el último censo de población y vivienda (Instituto Nacional de Estadística, INEI). La población estimada en 2018 en base a las proyecciones del INEI es de 32 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 1.07% en el periodo 2016-2017 (INEI, 2009a). Por sexo, se estima que la composición de la población es de 50.1% varones y 49.9% mujeres (INEI, 2009b). La Tasa Global de Fecundidad (TGF) para el periodo 2012-2016 fue de 2.5 hijos por mujer a nivel nacional, con un promedio mayor en el área rural que en el área rural (3.3 vs 2.3 hijos por mujer) (INEI, 2016a).

En cuanto a la situación de pobreza, el Perú ha mostrado avances importantes en los últimos años en la reducción la pobreza extrema tanto urbana como rural. Entre 2013 y 2016 la tasa de pobreza extrema en el Perú pasó de 4.7% a 3.8% y la tasa de pobreza total descendió de 23.9 % a 20.7% (INEI, 2016b).

Salud sexual y reproductiva

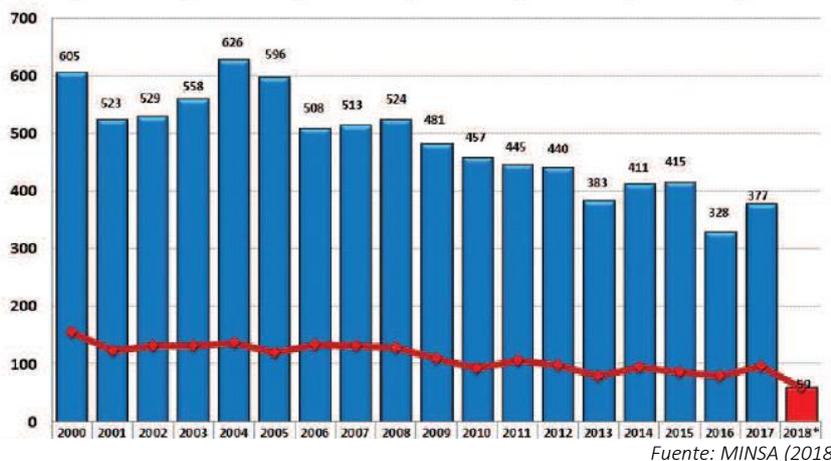
Mortalidad materna

Los datos sobre la mortalidad materna en el Perú indican un claro descenso en las últimas dos décadas, especialmente en las zonas urbanas. Según los registros del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA, el número total de muertes maternas en el Perú pasó de 605 en el año 2000 a 377 en el 2017⁵ (Gráfico 1⁶). Si bien estas muertes maternas se concentran en las mujeres

entre los 20 y 35 años (62.9% de todas las muertes maternas en el año 2017), desde el año 2013 se observa un incremento en el porcentaje muertes maternas en mujeres menores de 19 años, pasando del 8.9% en 2013 al 15.9% en 2017. En números absolutos, en el año 2017 hubo 377 muertes maternas, de las cuales 58 fueron de mujeres menores de 19 años (MINSA, 2018).

La razón de mortalidad materna (RMM) se estima en 93 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos según datos de 2010 (GOBIERNO DEL PERÚ, 2017). Otras proyecciones realizadas en base a registros de muerte materna a través de la vigilancia epidemiológica estiman la RMM en 83.3 por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2014 y

Gráfico 1. Número de muertes maternas en el Perú, 2000-2018



⁵ En estos datos consideran los casos de muerte materna de clasificación preliminar directa e indirecta

⁶ En el gráfico las columnas azules representan el número total de muertes materna y la línea roja representa la razón de mortalidad materna

en 66.1 por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2016 (MINSa, 2017). Según el UNFPA “en los últimos años, este descenso de la RMM ha sido más lento que en la década pasada” (Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, MCLCP, 2014, p.6). Según la MCLCP (2014), la reducción de la mortalidad materna se debe a diferentes intervenciones, acciones y estrategias orientadas a reducir las posibilidades de embarazo no planificado, La mejora de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para la atención de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, así como el parto institucional con enfoque de interculturalidad y equidad en poblaciones más pobres.

En cuanto a la clasificación epidemiológica de las muertes maternas según datos del 2017, el 59.4% fue calificada como muerte materna directa, el 31.1% fue muerte materna indirecta y el 9.4% como muerte incidental (MINSa, 2018). En el año 2014, mientras que GUZMÁN (2014) estimó que del total de causas directa, el 17.5% de las muertes maternas fueron por abortos inseguros, el MINSa menciona que las principales causas de muerte materna son las hemorragias (36.5%), trastornos hipertensivos del embarazo (31.5%), sepsis (21.5%) y otras causas (10.5%). Para acercarnos a una estimación del aborto, se sumaron todas las causas relacionadas con el aborto identificadas dentro de estas grandes causas, llega al 9% (MINSa, 2016).

Planificación familiar y embarazos adolescentes

Otro tema en el que los datos señalan un avance en el Perú es el uso de métodos anticonceptivos. En el año 2016, el 53.4% de mujeres entre 15-49 años usó métodos anticonceptivos. Un 38.9% usó métodos anticonceptivos modernos, y un 14.5% utilizó métodos tradicionales. Los métodos modernos más utilizados fueron el inyectable (19%) y el condón (13.6%), un 9% declaró estar esterilizada y un 8.6% mencionó usar la píldora (INEI, 2016^a). La demanda total por servicios de planificación familiar⁷ entre las mujeres unidas se estimó en 84%; 52% para limitar el tamaño de la familia y 32% para espaciar los nacimientos. La necesidad satisfecha de planificación familiar es de 76.2%; 27.9% es para espaciar y 48.3% para limitar. El porcentaje de mujeres unidas de 15 a 49 años que reportaron necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar en el año 2016 fue de 6%; 2.6% para espaciar y 3.4% para limitar. La mayor demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar se presenta en las adolescentes de 15 a 19 años (12.4%), las mujeres sin educación (8.4%), las de mayor pobreza (7.4%) y de zonas rurales (6.8%) (INEI, 2016a).

En cuanto a las intenciones reproductivas, el INEI (2016a) menciona que el 19.3% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados, un porcentaje que era más elevando entre las adolescentes de 15 a 19 años (58% lo quería después y 7% el nacimiento fue no deseado). La tasa de embarazos adolescentes no ha variado en los últimos 15 años: 13% de adolescentes de 15 a 19 años se encontraba embarazada o ya era madre en el año 2000, 13.6% en el periodo 2014-2015 y 12.7% en el periodo 2015-2016 (INEI, 2000 y INEI, 2016^a). En 2015 hubo 1,538 nacimientos de adolescentes entre 11 a 14 años y 24,049 en adolescentes de 15 a 17 años (RENIEC).

Aborto

No existen cifras oficiales sobre el aborto y las estimaciones existentes no son actuales. Según estimaciones realizadas en el año 2006, en el país ocurrieron 371,420 abortos clandestinos (cifra calculada en base a la cifra oficial de abortos incompletos en establecimientos del MINSa, de la seguridad social y del sector privado y excluyendo los abortos espontáneos (FERRANDO, 2006). Otra aproximación más reciente estima que el aborto inseguro llevó a 28,652 hospitalizaciones anuales y 58 muertes (TAYPE y MERINO, 2016).

Respecto a los abortos terapéuticos, los datos tampoco son completos. Una de las explicaciones por las cuales es difícil obtener información confiable de la atención de abortos por razones terapéuticas en los establecimientos de salud es por el largo periodo que tardó el MINSa en aprobar una guía sobre este tema (GUEVARA, 2015). El MINSa reporta que hubo 265 casos en el año 2017 (MINSa, 2018a). Esta cifra es muy inferior a la estimación

⁷ uso de métodos más necesidad insatisfecha

realizada por GUEVARA (2015) en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el período 2009-2013 que llega a 61 atenciones (0.23%) de interrupción terapéutica del embarazo de un total de 26,214 casos de abortos atendidos. Las causas del aborto terapéutico fueron por riesgo de salud materna (87%) y por riesgo de muerte materna (13%).

Asimismo, otra estimación realizada por TÁVARA y otros (2016) entre el año 2010 al 2014 en 10 hospitales llega a la cifra de 68,777 abortos, de los cuales 257 fueron abortos terapéuticos. Del total de abortos terapéuticos, el 38.91% fueron por enfermedad de la madre y 61.09% por malformaciones congénitas severas. La misma fuente revela que el 65% de los abortos terapéuticos ocurrió entre las 13 y las 20 semanas de embarazo y que menos del 20% de los casos fueron atendidos antes de las 12 semanas. En el periodo analizado, el 98.05% de los casos no tuvo complicaciones, el 1.17% tuvo una hipertermia y 0.78% sufrió de hemorragia después del procedimiento. No hubo ninguna muerte materna por aborto terapéutico.

Respecto a los métodos utilizados para el aborto terapéutico, TAVARA y otros (2016) encuentra que del total de abortos terapéuticos, el 62.7% utilizó un procedimiento combinado entre misoprostol y curetaje, en el 28.8% de abortos terapéuticos el procedimiento fue la combinación de misoprostol y Aspiración Manual Endouterina (AMEU), el 3.1% utilizó misoprostol, el 2.3% AMEU, el 1.6% curetaje y 1.6% otros. GUTIERREZ y GUEVARA (2015) mencionan que el aborto incompleto no complicado es una de las emergencias obstétricas más frecuentes de los servicios de salud, los cuales ocasionan altos costos en su atención. Para el manejo del aborto incompleto los servicios de ginecología y obstetricia del país utilizan la tecnología de aspiración manual endouterina - AMEU y el tratamiento médico con misoprostol, ambas con la misma seguridad y efectividad.

Contexto político y legal sobre el aborto

En el Perú, el Código Penal de 1991 (Decreto Legislativo N° 635) considera el aborto como un delito contra la vida, el cuerpo y la salud, salvo cuando la vida o la salud de la madre corre peligro. “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en salud un mal grave y permanente” (artículo 119). En este sentido, la legislación peruana estipula que se penaliza todas las formas de aborto con excepción del terapéutico, que está permitido desde 1924, e incluye como figuras atenuantes el aborto ético o sentimental y el aborto eugenésico.

Ante la ausencia de la protocolización nacional del aborto terapéutico, entre los años 2005 y 2014, 28 hospitales desarrollaron protocolos para el manejo del aborto terapéutico. En el año 2014 se elaboró y aprobó la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119º del Código Penal” (RM N° 486-2014/MINSA). Esta guía incluye un listado no exhaustivo de situaciones clínicas de la gestante que ameritan evaluar la interrupción terapéutica del embarazo (Listados detallados en Anexo 3)

LEYVA (2016) señala que la incorporación de la Guía Técnica del aborto terapéutico en la agenda política gubernamental fue posible gracias a la confluencia de los siguientes factores: 1) factores políticos e institucionales del ámbito nacional, 2) las estrategias de los grupos a favor y en contra de dicha reglamentación, 3) y la influencia internacional. En cuanto a la corriente del problema, esta se plasmó en que aun cuando el aborto terapéutico estaba despenalizado en nuestro país, no se podía llevar a cabo en caso la gestante así lo decidiera. Esto conllevaba a dificultades como la posible afectación de la salud mental y física de la madre, y las prácticas abortivas llevadas a cabo de manera clandestina e insegura que podían generar la muerte de las mujeres. La ventana de oportunidad creada por dichas corrientes permitió el ingreso en la agenda de la reglamentación del aborto terapéutico. Según LEYVA (2016), ninguna autoridad del más alto nivel del MINSA parece haber cumplido un verdadero rol de “empresario político” que se movilizara a su favor.

El Perú cuenta a la fecha con dos sentencias de las cortes internacionales debido a la falta de atención de aborto por razones de salud, que afectó la vida de dos adolescentes. La primera fue resuelta por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas en octubre de 2005 y la segunda emitida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) en el 2009. En los dos casos las afectadas son menores de edad de 17 y 13 años respectivamente, y se determinó que ambas sufrieron discriminación, pues a pesar que estaban en su derecho de acceder al aborto legal, se les fue negado. A ello se añadió trato cruel y negligente debido a que fueron expuestas a un sufrimiento innecesario (CHÁVEZ, 2013 y MEZA, 2016). En el año 2017, “la Comisión de Protección al Consumidor del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) multó a la clínica privada El Golf por no tramitar una solicitud de aborto terapéutico de acuerdo con la referida Guía y por no haber garantizado el aborto terapéutico pese a que la gestante demostró sería afectación a su salud mental” (Diario La República, 22 de agosto 2017).

Cabe señalar que en el Perú, pese a que la anticoncepción oral de emergencia estuvo incluida en la Norma Técnica de Planificación familiar en el año 2001, tuvo un largo proceso en el que interpusieron demandas judiciales para evitar que el Ministerio de Salud distribuya estos anticonceptivos, con el argumento falso de que produce aborto. Durante ese periodo no se pudo distribuir la AOE en los servicios de salud públicos. En el año 2016 de acuerdo a lo dispuesto por el Primer Juzgado Constitucional de la Corte de Lima el 22 de agosto del año 2016, el MINSA está cumpliendo la adquisición y distribución gratuita del levonorgestrel de 0.75 mg en todos los establecimientos de salud.

Estigma sobre el aborto

Existen pocos estudios enfocados en el estigma sobre el aborto en el Perú. ZAMBERIL (2015) argumenta que el discurso general del aborto entre la sociedad peruana es altamente sancionador, visto como un evento indeseable y con un lenguaje marcado por las connotaciones negativas. La interrupción de un embarazo va en contra de los roles reproductivos y de cuidados esperados de las mujeres. Por ello, a las mujeres que abortan se les atribuyen características desvalorizantes como promiscua, pecadora, egoísta, asesina, etc.

ZAMBERIL (2015) encuentra una relación entre estigma y objeción de conciencia por parte de los prestadores de salud; también entre estigma y aborto inseguro. El estigma lleva a que el servicio de aborto sea manejado de manera separada, también es excluyente la capacitación a profesionales de salud de áreas urbanas y rurales o la formación profesional de pre grado tampoco lo incluye.

Este estigma se ve reforzado por las leyes que regulan, limitan, prohíben o criminalizan el aborto y que llevan la práctica del aborto a una situación de secretismo y clandestinidad. La mujer no cuenta con el apoyo de la comunidad por lo que muchas veces aborta sin apoyo. En la comunidad, la percepción sobre las consecuencias negativas del aborto va desde mitos sobre la pérdida de la pareja, deterioro de las relaciones familiares, o relación con el cáncer a preocupaciones sobre consecuencias en la salud como infertilidad. De este modo, se genera un círculo vicioso de retroalimentación mutua, en el cual la penalización perpetúa el estigma, y a su vez el estigma legitima la penalización del aborto. (ZAMBERLIN, 2015, 9.183).

Provisión de servicios

A nivel nacional se cuenta con 10,922 establecimientos de salud entre hospitales, instituto de salud especializado, centros de salud y puestos de salud en el nivel nacional. La mayor concentración se encuentra en la provincia de Lima (INEI, 2018b). La información proporcionada por el MINSA da cuenta que en el año 2017 hubo 1,229 médicos especialistas en ginecología y obstetricia en el nivel nacional (MINSa, 2018a). El aborto terapéutico puede ser ofrecido en cualquier establecimiento de salud a partir del segundo nivel de atención (RM N° 486-2014/MINSa) y su financiamiento está incluido en el Seguro Integral de Salud (SIS). El aborto incompleto es atendido en establecimientos del nivel secundario y terciario y en algunos de nivel I-4 (Centro de Salud con médico), siempre que el médico tenga competencias para usar Aspiración Manual Endouterina (AMEU). La atención de este aborto incompleto está cubierta por el SIS (JUAREZ, 2017).

El procedimiento para acceder a un aborto terapéutico está detallado en la Norma Técnica Nacional. La mujer gestante, tras ser informada por el o la médico de que el embarazo pone en riesgo su vida o causa un mal grave y permanente en la salud, la mujer debe presentar una solicitud por escrito al departamento de gineco obstetricia con conocimiento de la dirección general del establecimiento de salud. Tras recibir la solicitud se convoca una Junta Médica con tres médicos que decide si se puede aprobar el aborto terapéutico. La paciente es hospitalizada y se procede a administrar misoprostol hasta que se produzca la expulsión del producto, para luego proceder a realizar una aspiración manual endouterina o un legrado uterino, dependiendo de la edad gestacional. Luego de la intervención, la paciente debe recibir instrucciones sobre los cuidados y el reconocimiento de los signos de alarma. Asimismo, se le debe brindar orientación, consejería en salud sexual reproductiva y ofrecer anticoncepción para la prevención de un nuevo embarazo. A la semana de la intervención se debe realizar una consulta para asegurar la evolución normal de la paciente post intervención y reforzar el apoyo emocional y la consejería en salud sexual y reproductiva. La segunda consulta se debe realizar al mes con la primera menstruación.

Cabe mencionar que si bien las farmacias exigen receta médica para la venta del misoprostol, por internet se ofrece medicamentos abortivos como el misoprostol con envíos al interior del país⁸. Los precios fluctúan entre 80 y 200 soles (24-60 USD). En Lima funciona una línea que proporciona información sobre Aborto Seguro, a través del uso del misoprostol, atienden dos veces por semana desde dos números de celulares. También se encuentran avisos en diarios de circulación nacional enmascarados en ofertas del tipo: “Atraso menstrual?”, “Dra. Regulariza menstruación”, o “Limpieza directa sin dolor”⁹. Por otro lado, en la calle se prenden carteles en los postes de alumbrado público con número de celulares que contactan con los llamados “jaladores” personas encargadas de llevar a las mujeres a las clínicas y lugares donde se practican abortos clandestinos. El costo varía entre 350 soles (106 USD) si es sólo con medicamentos hasta 3,500 soles (1000 USD) si el procedimiento es con pinzas o succionadores.

El costo en que incurren los sistemas de salud en el tratamiento de las complicaciones del aborto incompleto es alto. El costo promedio general por caso en que incurrieron los gobiernos se estimó USD 130 dólares en América Latina (dólares americanos del año 2006) (VLASSOF, 2008). En cuanto al costo total para la atención de abortos incompletos no complicados (calculados en 4 hospitales) llegó entre US\$ 110 y US\$ 150 y para abortos complicados varió entre US\$ 376 y US\$ 858. El costo total de atención de los abortos electivos fue similar a la atención del aborto no complicado en los hospitales (TÁVARA y otros, 2016).

Barreras en el acceso al aborto terapéutico

En un estudio realizado por JUAREZ (2017) encuentra las siguientes barreras identificadas para los servicios de aborto terapéutico son:

- a) Factores relacionados a los proveedores del servicio: desconocimiento de la RM 486-2014/MINSA, falta de competencias de los profesionales para abordar en aborto terapéutico, discriminación por parte del personal profesional, principalmente cuando son adolescentes, temor a participar en las Juntas Médicas y a realizar el procedimiento de interrupción del embarazo por las implicancias legales que podrían ocasionar por desconocimiento del mismo, objeción de conciencia por algunos profesionales, falta de decisión política de los responsables de los establecimientos de salud;
- b) Factores relacionados a los servicios: ausencia de información sobre derechos y flujogramas de atención del aborto terapéutico para los pacientes que acuden a los establecimientos de salud, ausencia de recursos

⁸ Venta por Facebook de Cytotec: <https://www.facebook.com/Soluci%C3%B3n-de-embarazo-no-deseado-peru-396130787435011/www.cytotecperu.net>

⁹https://www.google.com.pe/search?q=AVISO+DE+ABORTO+EN+PERIODICOS&rlz=1C1SQL_esPE772PE772&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKewj85dLN1vPZAhUBIJAKHfLAAjoQ_AUICigB&biw=908&bih=411

materiales, equipos e insumos, horarios de atención muy restrictivos, demora injustificada para la atención de la solicitud del aborto (por demora en la presentación de la solicitud de parte de la mujer, porque la junta médica no se reúne o porque los médicos priorizan otros procedimientos como las cesáreas), larga duración del proceso (muchas veces la mujer ha tenido que esperar hasta 7 días para recibir una respuesta);

- c) Factores relacionados con el entorno de la mujer, principalmente el factor religioso, desinformación sobre la disponibilidad del aborto legal y de las causales por las cuales pueden solicitar un aborto terapéutico, las mujeres menores de edad porque están obligadas a asistir con los padres o tutor.

Sobre las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud para aborto a nivel de los profesionales de salud, el estudio detalla más tres aspectos: a) bajo conocimiento sobre los marcos normativos que regulan las prácticas del aborto en los distintos contextos y sobre aspectos técnicos relacionados con el aborto médico, b) barreras culturales, subjetivas, ideológicas y religiosas que afectan las prácticas clínicas de los médicos por la criminalización del aborto y el miedo a ser denunciados, por el estigma social del aborto, debido a la falta de entrenamiento y formación adecuados y c) concepciones tradicionales de género relacionadas con la heteronomía de la mujer, el culpar y responsabilizar a la mujer por sus decisiones sexuales y reproductivas. Se registra de manera general la relación de los profesionales con la objeción de conciencia en el acceso al aborto legal. Los estudios aportan información sobre el factor subjetivo implicado en las prácticas profesionales, así como sobre la relación entre lo personal y lo profesional (LOPEZ GOMEZ, 2015). El compromiso religioso puede influir en la toma de decisiones por parte del personal de salud, especialmente frente al aborto. MONTESINOS-SEGURA y otros (2016) encuentra que los estudiantes de medicina con un mayor nivel de compromiso religioso tuvieron menos probabilidad de estar de acuerdo con la legalización del aborto en casos de violación, mientras que el 57.5% de los encuestados están de acuerdo con que el aborto se debe legalizar en casos de violación. Estar de acuerdo con la legalización del aborto en casos de violación estuvo asociado a la aprobación de la legalización del aborto en sus familias, lo cual demuestra la influencia del entorno familiar en los principios morales de los estudiantes. Más del 80% de los estudiantes encuestados opinaron que se debería abordar los aspectos legales del aborto en las escuelas de Medicina Humana, pero solo alrededor del 40% opinó que se debería enseñar el procedimiento para realizar un aborto Sólo el 7,9% de los encuestados manifestó estar de acuerdo con la legalización del aborto siempre que la madre lo solicite.

SANCHEZ-CALDERÓN (2015) encuentra que otra barrera para el acceso a los servicios de salud en caso de abortos inducidos es la práctica de los médicos de denunciar este hecho a la policía, agregando complicaciones policiales y judiciales a las mujeres que llegan a los establecimientos de salud públicos. Las denuncias son frecuentes y se hace básicamente para cumplir el artículo 30 de la Ley General de Salud y de esta manera no ser declarado como encubridor del hecho. Sin embargo, este artículo es contradictorio con el secreto profesional consagrado en el numeral 18 del artículo 2 del Capítulo I (Derechos fundamentales de la persona) de la Constitución del Perú. Algunos médicos entrevistados justificaron el informar a la policía como una estrategia para identificar y castigar a quienes se dedican a prácticas abortivas y otros justifican la denuncia a la policía como una actitud de castigo hacia la mujer. El 43.5% informó a la policía el último caso de aborto inducido.

Actividades sobre aborto seguro

Las publicaciones de la Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología evidencian el aporte de la SPOG a la especialidad de obstetricia incluyendo la visibilidad del tema del aborto a través de la generación y difusión de evidencias. GUEVARA (2017) refiere que en los 70 años de existencia de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia, la Revista ha publicado 28 artículos sobre mortalidad materna y 234 artículos sobre las cuatro principales causas de muerte materna en el Perú: hemorragia (71), preclamsia (100), infección (36) y aborto (27).

En setiembre 2014, una iniciativa ciudadana que recolectó cerca de 80 mil firmas, impulsada por el movimiento de mujeres (Manuela Ramos, Promsex, Demus, Flora Tristán entre otras), presenta al Congreso de la República una propuesta de ley para la despenalización del aborto por violación sexual y malformaciones congénitas. Esta propuesta fue archivada por la Comisión de Constitución del Congreso. En el año 2016, dos Congresistas del Frente Amplio presentaron un proyecto similar apoyado por las organizaciones feministas y de mujeres y que se espera que entre a debate (sin posibilidades reales de aprobación) en 2018 (Diario el Comercio, 2016).

Encuesta online

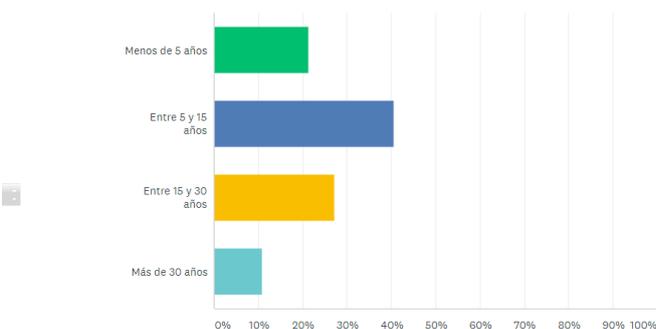
Si bien la tasa de respuesta de la encuesta fue baja y por ende los resultados no son representativos de toda la persona miembro de la SPOG, los resultados proporcionan información valiosa sobre la posición de la SPOG a nivel de fortalecimiento organización y sobre los posicionamientos alrededor del aborto. En el Anexo 4 se incluye una visualización de las respuestas a todas las preguntas de la encuesta.

Miembros de la SPOG

Los resultados indican que la mayoría de respondientes hace más de 30 años que son gineco-obstetras y son miembros de la SPOG desde hace 5-15 años lo cual sugiere que hay poca membresía de especialistas jóvenes. Adicionalmente, el 67% reportaron ser miembros de otros cuerpos profesionales además de la FIGO y FLASOG, generalmente asociaciones de otras especialidades como anticoncepción, cirugía, sexología, infertilidad, entre otras.

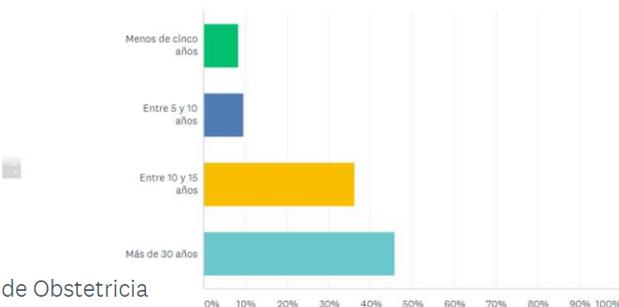
¿Cuánto tiempo hace que es miembro de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología?

Answered: 155 Skipped: 0



¿Cuánto tiempo hace que es obstetra / ginecólogo/a?

Answered: 155 Skipped: 0

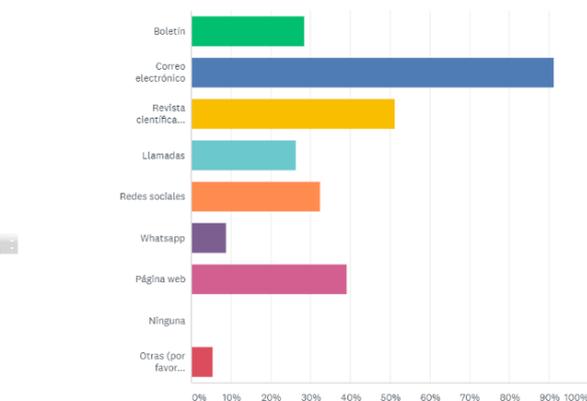


Involucración y comunicación con la SPOG

La mayoría de los respondientes reportaron cierto nivel de involucración con la SPOG (12% muy involucrado, 28% involucrado y 42% moderadamente involucrado). Las actividades a las que los miembros más parecen asistir las conferencias (61%), reuniones regulares (59%) y reuniones temáticas (45%). Los resultados muestran que la SPOG utiliza múltiples rutas de comunicación con los miembros, los más mencionados de mayor a menor: correo electrónico, revista científica, página web, redes sociales, boletín, llamadas y WhatsApp generalmente con una frecuencia mensual (61%). La mayoría de respondientes expresaron estar satisfechos con la comunicación existente aunque más de la mitad (53%) mencionaron que se puede fortalecer.

¿Cuáles son las rutas de comunicación existentes entre la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y sus miembros? (puede marcar multiples respuestas)

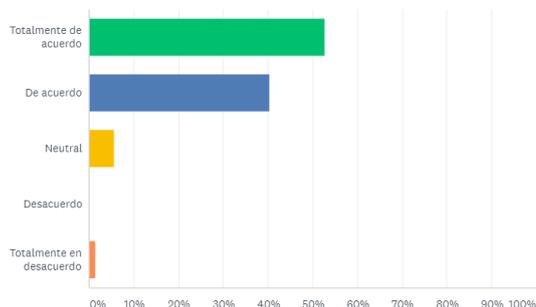
Answered: 148 Skipped: 7



Sobre la posición de la SPOG en relación al aborto

¿En qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo con la posición de la SPOG respecto el aborto seguro?

Answered: 72 Skipped: 83



Más de la mitad de los respondientes (53%) afirmaron que la SPOG tiene una posición clara respecto el aborto seguro. Sin embargo, un 37% respondieron no saber. Las descripciones de dicha posición mostraron variedad. La mayoría respondió que la SPOG está de acuerdo. Varios mencionaron que se ve como un derecho de las mujeres incluso especificando

casos de malformación y de violación. Otros pocos lo describieron como apoyo al aborto terapéutico, hubo un par de menciones que enfatizaban ‘dentro del marco legal’ y en un caso de respondió ‘que no se legalice’. La gran mayoría reportaron estar de acuerdo con la posición de la SPOG.

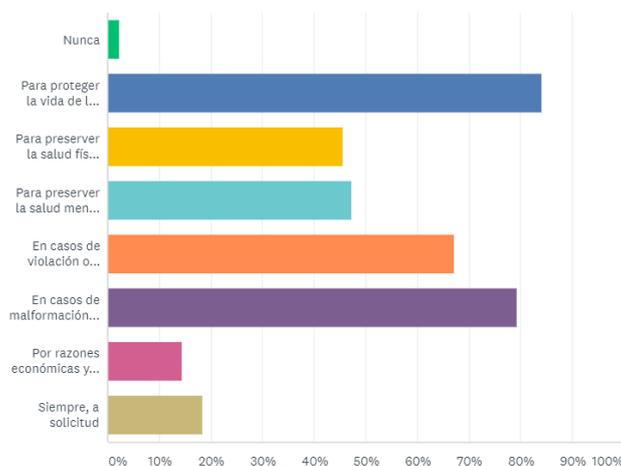
Sobre la información y posición de las personas respondientes respecto el aborto

Las respuesta sobre si la SPOG informa a sus miembros sobre nueva evidencia y materiales sobre el aborto fue diversa; un 45% dijo que sí, el 29 % no, y 26% no sabía. No obstante, casi todos (91%) afirmaron querer recibir más información sobre temas relacionados con el aborto. Las especificaciones de los temas señalaron varios intereses: mayor conocimiento de los marcos legales nacionales y en otros países, experiencias en otros países, clarificación del concepto de aborto seguro, protocolos sobre aborto terapéutico, datos y relaciones con mortalidad y morbilidad materna, adolescentes y aborto, entre otros.

Los resultados sobre en qué situaciones el aborto seguro debería estar permitido por y ser legal demuestran que hay una posición general favorable al aborto terapéutico: protección de la vida de la vida de la mujer (84%), preservar la salud física (46%), preservar la salud mental (47%). Fue especialmente elevando el porcentaje sobre causales no despenalizadas en el Perú: malformación del feto (79%) y violación (67%). Además, un 18% indicaron que el aborto seguro debería estar permitido siempre, a solicitud mientras que también hubo un pequeño porcentaje 2% que respondieron ‘nunca’.

¿En qué circunstancias cree que el aborto seguro debería ser permitido / legal?(puede marcar múltiples respuestas)

Answered: 125 Skipped: 30



Respecto al papel de los trabajadores/as de salud como proveedores de servicios de aborto, los respondientes reportaron estar de acuerdo con las siguientes afirmaciones (de mayor a menor):

- La atención postaborto es parte de la atención médica y no debe separarse del resto de la medicina
- Los trabajadores/as de la salud deben estar obligados a proporcionar atención post aborto a todas las mujeres, sin importar si el aborto fue legal o no.
- El aborto seguro es parte de la atención médica y no debe separarse del resto de la medicina
- Los trabajadores/as de la salud deberían tener el derecho de decidir si realizan o no abortos seguros de acuerdo con sus valores personales y su posición hacia el aborto.
- Los trabajadores/as de salud tienen un papel que desempeñar como defensores del aborto seguro
- Los trabajadores/as de salud que se oponen a realizar abortos seguros deben ser obligados a derivar a las mujeres a otros trabajadores de la salud que realizarán un aborto seguro.
- Los trabajadores/as de salud deben informar a las autoridades respectivas casos con signos de abortos ilegales
- Los trabajadores/as de salud especializados (ginecólogos y obstetras) deben estar obligados a realizar abortos seguros en los casos en que lo permita la ley

Y en desacuerdo con:

- Los abortos seguros solo deben realizarse en clínicas privadas, no en el sistema de salud pública

Finalmente, la mayoría afirmó que apoyaría a la SPOG en la defensa del aborto seguro; 56% definitivamente sí, 22% muy probablemente y 9% posiblemente

Entrevistas semiestructuradas

A partir del análisis de las 15 entrevistas realizadas, se estructura la presentación de resultados en los siguientes puntos:

- Magnitud del aborto
- Métodos para el aborto
- Atención post aborto
- Barreras en el acceso al aborto seguro legal
- Posiciones respecto el aborto
- Retos y oportunidades para hacer *advocacy* sobre aborto seguro
- Otros temas pendientes

Magnitud del aborto

Todas las personas entrevistadas señalaron que es difícil sugerir cuál es la magnitud del aborto por cuanto la última estimación se realizó en el año 2006. La clandestinidad y secretismo alrededor de los abortos inducidos y el sub-registro de los abortos terapéuticos llevan a una falta de datos sobre la prevalencia del aborto en el país. Las entrevistas mostraron diferentes argumentaciones sobre las razones de la falta de datos lo cual sugiere que no hay claridad sobre los sistemas y procedimientos de registro. Algunas personas entrevistadas argumentaron que el Ministerio de Salud no ha establecido la exigencia del registro de casos de abortos incompletos que llegan a los hospitales y de abortos terapéuticos. Otros especificaron que esta información sí se solicita a través del CIE-10 pero que no se llena adecuadamente. La mayoría explicó que existe miedo a registrar un aborto terapéutico por lo cual muchas veces no se registra o se reporta como un aborto incompleto. Existen excepciones como el Instituto Materno Perinatal para el que sí se cuenta con datos sobre los abortos terapéuticos e incompletos atendidos. No existen estimaciones sobre el número de abortos que se están realizando fuera de los hospitales.

Varios señalaron que tampoco se cuenta con datos específicos sobre la influencia del aborto inseguro en la mortalidad materna. Las argumentaciones al respecto tampoco fueron homogéneas. Por un lado, hubo esfuerzos de señalar al Ministerio de Salud sobre la necesidad de un mayor nivel de detalle en la especificación de causas de muerte materna para evitar que el aborto quede invisibilizado en la causa "hemorragias". Los participantes argumentaron que en algunos años se contó con estos datos y algunos indicaron que este dato existe. Por otro lado, la mayoría argumentó que no se cuenta con datos de aborto por falta de reporte en la presentación de los datos oficiales y, sobre todo, la ausencia de decisión política de visibilizar el aborto como la tercera causa de muerte materna en el Perú en el 2017.

Métodos para el aborto

Las entrevistas evidenciaron un buen conocimiento sobre el marco legal respecto al aborto y la Norma Técnica sobre el Aborto Terapéutico que también establece los métodos. Todos los entrevistados argumentaron que el método más utilizado para el aborto terapéutico es el AMEU por ser un procedimiento mínimamente invasivo, rápido y sin complejidad que se puede hacer ambulatoriamente. En los últimos años ha habido múltiples esfuerzos en capacitar a los y las gineco-obstetras sobre la técnica AMEU y en proporcionar el equipo técnico a todos los hospitales de segundo y tercer nivel. Sin embargo, varios entrevistados señalaron que el método de legrado se continúa utilizando en algunos hospitales, de manera más frecuente en hospitales fuera de la capital. No se cuenta con un mapeo de la situación de capacitación humana y equipo técnico para AMEU en todos los hospitales, no se realiza supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios de atención del aborto en los hospitales nacionales y regionales. Además, varios señalaron que algunos profesionales continúan utilizando el legrado a pesar de haber recibido capacitación y tener el equipo debido a miedos o la doble moral. En la práctica privada generalmente se utiliza el AMEU.

Adicionalmente, el aborto médico con misoprostol es común en el Perú. Este medicamento está registrado en el Petitorio nacional y es vendido en farmacias y en el mercado negro. Según los protocolos de la OMS se debería utilizar el Mifepristone + Misoprostol para aborto terapéutico. En el Perú no está registrado el Mifepristone. A pesar que la comercialización es bajo receta médica, las mujeres lo adquieren en algunas farmacias a mayor precio. La mayor parte lo obtiene a través de las redes sociales. En los medios de comunicación o en las calles se vende la “pastilla milagrosa”. Los médicos entrevistados refieren que en los hospitales que trabajan llegan un número regular de personas con abortos incompletos, cuyos síntomas son la fiebre, dolor pélvico, hemorragias. A veces, al revisarlas, pueden observar la pastilla en la vagina.

La percepción de las personas entrevistadas es que la situación del aborto inseguro ha variado en el país en los últimos 20 años. Hasta hace aproximadamente 15 años el aborto se hacía de diferente manera: manipulación del útero, introducción de instrumentos traumáticos por la vagina (palitos de tejer o ganchos de ropa, por ejemplo) o introducción de líquidos en el útero con una sonda o bombilla (agua con jabón, kerosene, entre otros) lo cual provocaba la rotura del útero o abortos sépticos, complicados y hasta la muerte de las mujeres. Las personas entrevistadas explicaron que el uso de estos métodos ya prácticamente no se da y consideran que la causa de mortalidad materna por abortos inducidos aparentemente ha disminuido por la introducción del misoprostol en el mercado peruano. Sin embargo, también se señaló que el consumo del misoprostol sin asesoría médica trae como consecuencia sangrados, hemorragias o abortos frustrados debido a que las mujeres usan dosis que no son correctas o los toman sin tener en cuenta el estado de salud de la mujer o su edad gestacional. Por ejemplo, se usa cuando la gestación está muy avanzada, lo cual produce hemorragias.

Atención post aborto

Luego del aborto terapéutico o la atención de abortos incompletos, las mujeres tienen una atención por un equipo multidisciplinario. Esta atención está escrita en la Norma Técnica de Aborto Terapéutico y en los protocolos de atención de los hospitales. Las mujeres reciben información de parte del médico, consejería de parte de la obstetra o enfermera, orientación del psicólogo y asistente social. La orientación es para que supere los problemas que condujeron a la situación en la que se encuentra y para que tome una decisión informada de un método anticonceptivo. En los servicios de emergencia se fomenta el uso de métodos anticonceptivos de larga duración como el implante y el inyectable.

El servicio para adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) cuenta con un servicio especializado en post aborto especialmente orientado a la salud mental. Tienen una red de apoyo a la familia, servicio de métodos anticonceptivos y apoyo legal en caso de violencia sexual. Trabajan con un equipo multidisciplinario conformado por psiquiatra, psicólogo, enfermera, abogado, médico. Todo el equipo atiende a la adolescente y la apoya en su recuperación física y mental, dado que en la mayor parte las adolescentes fueron víctimas de violencia sexual, la recuperación de la salud mental adquiere gran importancia.

Barreras para el acceso al aborto seguro legal

Las personas entrevistadas identifican diferentes barreras para el acceso del aborto seguro, la mayoría a nivel del personal médico o de los centros de salud, pero también a nivel de las mujeres mismas.

- Desconocimiento de la norma por médicos de diferentes especialidades. Por ejemplo, mujeres con problemas cardiacos o cáncer y que se encuentran embarazadas no so informadas del servicio y se las deriva de un consultorio a otro hasta que pasan las 22 semanas de embarazo.
- Desconocimiento o prejuicios de los médicos ginecólogos quienes no toman la decisión correcta de informar a la gestante sobre la afectación del embarazo para su salud y hace pasar el tiempo de la gestante para que sobrepase el tiempo normado y no realizar el aborto.

“... en Chiclayo, una mujer solicitó el aborto y los médicos alargaron el tiempo para que pase las 22 semanas que es la que establece el protocolo. La retuvieron en el hospital y cuando pasó el tiempo la dejaron ir a pesar que se había cumplido todas las exigencias del protocolo”.

- Actitudes y creencias sobre el aborto de los proveedores de salud (doble moral). Muchos médicos prefieren mantener oculta su opinión sobre el aborto para no ser marginado o catalogado de “abortero” lo cual puede ocasionarle problemas en su trabajo y con su familia.
- Dudas y temores a las sanciones administrativas que pueda acarrear si realizan abortos terapéuticos, a pesar que hay una norma legal que los respalda. En parte esto sucede porque los médicos no tienen seguros que pueda respaldarlos frente a cualquier complicación con las pacientes. Las personas entrevistadas mencionaron que en muchos establecimientos de salud se informa a la policía sobre estas situaciones cuando se presentan por temor a que ellos puedan ser sancionados. Luego de esta denuncia no hacen seguimiento para conocer si la mujer fue juzgada o fue a la cárcel. Recientemente se dio un caso de un establecimiento de salud donde se colocó un cartel informando que todos los abortos incompletos serían reportados a la policía
- Desconocimiento de las mujeres sobre el derecho a solicitar este tipo de aborto y las situaciones en las cuales ella puede acceder a este servicio así como son las creencias religiosas que influyen en las mujeres e infunden sentimientos de culpa y temor.

Posiciones respecto el aborto de las organizaciones

A nivel de la SPOG existe una clara posición a favor del aborto seguro que se ha venido manteniendo a lo largo de los años dentro de la junta directiva. La SPOG se ha contribuido a generar y alimentar el debate sobre el aborto seguro desde la perspectiva técnico-científica sobre todo a través de observaciones, formaciones, congresos y publicación de estudios. La SPOG muestra una extensa experiencia de trabajo colaborativo y alianzas con varios actores: con el MINSA en temas de asesoría técnica y esfuerzos de capacitación del personal médico, con ONGs para iniciativas de sensibilización del personal médico, y con el sector académico, especialmente las facultades de medicina, para la revisión de contenidos del currículo. Sin embargo, al mismo tiempo, la SPOG reconoce que no existe entre todos los miembros asociados una posición homogénea y favorable respecto al aborto seguro.

A nivel el Ministerio de Salud existe bastante silencio y no es un tema sobre el que haya un posicionamiento público claro. El trabajo que se realiza está más enfocado en la prevención de la mortalidad materna por hemorragia post parto y por preeclampsia, incluso sepsis. No existe una decisión para promover los métodos anticonceptivos y menos los de larga duración como una estrategia clave para la reducción de la muerte materna. Estas posiciones dependen de la rotación en los puestos políticos de liderazgo dentro del Ministerio y del Gobierno. Entre las organizaciones internacionales, el enfoque es de trabajar dentro del marco legal existente con un enfoque en la prevención de la mortalidad materna y la promoción de la planificación familiar. Por el contrario, las organizaciones no gubernamentales internacionales tienen un enfoque más frontal y posicionamiento claro a favor de la ampliación del marco legal sobre el aborto y trabajan bastante a nivel de formación, capacitación y sensibilización.

Finalmente, las organizaciones y movimientos feministas y de mujeres centran su discurso en la autonomía reproductiva de las mujeres, el enfoque de derechos y son quienes están liderando iniciativas de propuestas de ley para la despenalización de causales como el de la violación y la malformación congénita.

Retos y oportunidades para hacer advocacy sobre aborto seguro

- Grupos opositores

Existen grupos religiosos (católicos y evangélicos) que se encuentran en el poder (Congreso de la República, han llegado a ser Ministros de Salud), quienes realizan un trabajo muy minucioso para atacar los problemas fundamentales, como la educación sexual o difundir mensajes erróneos como la denominada “ideología de género”. Los grupos conservadores contra el aborto no tuvieron éxito en detener la aprobación de la norma técnica de aborto terapéutico. Sin embargo, estos grupos hacen un trabajo individual con cada médico y generan culpabilidades en los alumnos de medicina. El pensamiento conservador está infiltrado en varias instancias del MINSA, incluyendo la DIGEMID (dirección de medicamentos).

- Oportunidades

Existen varias oportunidades para el trabajo de advocacy en aborto seguro: i) el trabajo en red que vienen realizando diferentes instituciones de la sociedad civil para promover los derechos sexuales y reproductivos en general y la despenalización del aborto, ii) la iniciativa de Ley presentada por dos Congresistas para la despenalización del aborto por violación o malformaciones congénitas, iii) las alianzas con las facultades de medicina de las universidades peruanas para introducir el tema de aborto terapéutico en los planes de estudio, iv) el prestigio de la SPOG como entidad científica que hace que sus opiniones sean respetadas.

- Retos

Uno de los retos de la SPOG es la formación de líderes jóvenes y la incorporación de miembros jóvenes con el fin de que se hagan visibles en los medios de comunicación. Asimismo, el trabajo para el cambio de actitudes en los médicos gineco-obstetras constituye un reto porque ellos tienen un conflicto entre lo individual y lo profesional. Otro reto de la SPOG es desarrollar el aspecto comunicacional a través de medios y producción de material contando con un presupuesto adecuado, asimismo, es importante trabajar en redes sociales y actualizar la página web de manera periódica.

Otros temas pendientes

- Educación sexual.

Este tema está pendiente. Los grupos opositores lograron que en el Currículo Escolar Nacional se eliminara algunos aspectos de la igualdad de género, hechos que son perjudiciales para la formación de los adolescentes.

- Servicios de anticoncepción

En relación a la planificación familiar, a pesar de los esfuerzos del estado y la existencia de normas técnicas en el MINSA que promueven los servicios de atención diferenciada para adolescentes, en muchos lugares no hay acceso a métodos anticonceptivos. Cuando los métodos están disponibles, los adolescentes no acceden por falta de formación y conocimiento o por vergüenza no se atreven a entrar en un centro de salud a preguntar por los métodos. En consecuencia, no se cuidan y salen embarazadas o pueden tener infecciones de transmisión sexual (ITS). Entonces el mundo de las adolescentes se cae, la señalan y sacan de la escuela, debe de cambiarse.

Taller con actores clave

A continuación se presentan los principales insumos resultantes de las discusiones y actividades de las diferentes sesiones del taller.

Posicionamientos personales y responsabilidades profesionales

Los y las participantes se mostraron a favor de defender el aborto seguro. Las argumentaciones más resaltadas fueron la relación del acceso al aborto seguro con la disminución de la mortalidad y morbilidad materna y la perspectiva del aborto como un derecho de las mujeres relacionado con la autonomía reproductiva. Los y las participantes expresaron un acuerdo general en que la objeción de conciencia no era común en el Perú. Sin embargo, se puntualizó que la poca frecuencia de casos de objeción de conciencia no significaba que no hubieran creencias y posicionamientos contrarias al aborto entre el personal médico.

Advocacy

En base a las discusiones sobre la conceptualización de *advocacy* y el acuerdo de utilizar el término en inglés para no caer en traducciones que pueden ser problemáticas en relación al aborto (promoción/defensa) los principales temas, principales roles y niveles mencionados para que la SPOG realice *advocacy* sobre aborto seguro fueron los siguientes:

a) Temáticas

En general, los y las participantes argumentaron que habría que enfocar el debate sobre aborto seguro desde la perspectiva del aborto como un problema de salud pública y de derechos humanos. Algunas de las temáticas específicas que los y las participantes más resaltaron para enfocar los esfuerzos de *advocacy* en aborto seguro fueron:

- Difusión de la legalidad del aborto terapéutico como parte de los derechos reproductivos de las mujeres.
- Promoción del AMEU como método prioritario para los abortos terapéuticos
- Relación del aborto con la mortalidad y morbilidad materna
- Atención integral del aborto, que incluya el uso de la aspiración manual endouterina y la orientación/consejería durante todo el proceso de atención, inclusive la planificación familiar post aborto, con énfasis en anticoncepción de larga duración.
- Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente la autonomía reproductiva

b) Roles

A nivel de roles, se señaló como prioritario el rol predominante actual en la SPOG, el de educador, basado en la generación uso y difusión de conocimiento técnico sobre aborto. Sin embargo, se identificaron posibilidades para expandir las actividades a rol de persuasión, especialmente en relación al *advocacy* con directivos de hospitales o tomadores de decisión. Sobre el rol de testigo, si bien se reconoció la riqueza de experiencias de primera mano que tiene el personal médico y su potencial uso, quedó en un segundo plano y a considerar en una potencial estrategia de comunicación.

c) Niveles

Las discusiones sobre los niveles en los cuales se realizará *advocacy*, señalaron el continuar con los esfuerzos a nivel de la práctica profesional y sobretodo expandir con profesionales de otras especialidades médicas y médicos generales, estrategia fundamental para evitar embarazos que ponen en peligro la vida y la salud de las mujeres y para dar a conocer la atención del aborto terapéutico. Se identificaron oportunidades específicas para *advocacy* ya nivel de formuladores de políticas, sobre todo con observaciones técnicas en temas específicos como el registro de datos de aborto. A nivel de los medios de comunicación se identificó como un nivel importante pero que requería de capacitación y asesoría externa.

Redes Sociales

Durante el taller se realizó un ejercicio plenario¹⁰ para mapear organizaciones, grupos y personas aliadas, potenciales aliadas y oponentes y discutir cómo se podría llegar a ellos. El mapeo se realizó enfatizando que las alianzas son dinámicas y, sobre todo a nivel de las organizaciones, dependen de las personas que ocupan los puestos administrativos. Así, actores que son aliados pueden dejar de serlo, o al menos dejar de serlo de forma activa, y organizaciones identificadas como potenciales aliadas pueden pasar a ser aliadas. El mapeo de actores se detalla en el cuadro del Anexo 5.

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Los principales resultados del FODA realizado por grupos se presentan en el Anexo 6.

Plan de Acción

En base a las discusiones y resultados de las diferentes sesiones a lo largo del taller, se acordó que el plan de acción se podía centrar en cinco áreas principales: i) Difusión de los marcos políticos y legales y discusión sobre sus interpretaciones, ii) Promoción de cambios de actitudes en múltiples niveles, iii) Mejorar la inclusión con alianzas, iv) Fomentar la generación y el uso de evidencias sobre el aborto seguro y v) Fortalecimiento organizacional de la SPOG.

1. Difusión, revisión y posibles mejoras de los marcos políticos y legales existentes

- Mayor difusión de la Norma Técnica sobre el aborto Terapéutico entre todos los y las profesionales médicas a lo largo del territorio nacional
- Capacitación sobre la implementación de la Norma Técnica sobre el aborto Terapéutico en los hospitales
- Promover y apoyar el desarrollo de Protocolos sobre Aborto Terapéutico en los Hospitales donde no existen, basados en la Norma Técnica.
- Impulsar una mayor discusión sobre las interpretaciones amplias del punto 11 de la Norma Técnica sobre el aborto terapéutico a partir de un concepto integral de salud, inclusive el énfasis en afectaciones de la salud mental
- Apoyar con recomendaciones técnicas iniciativas legislativas enfocadas en la despenalización de la causal violación
- Sensibilizar al personal médico sobre la atención integral de los casos de aborto incompleto como parte de la atención gineco-obstétrica

2. Cambios de actitudes

- Fomentar la perspectiva de derechos en salud sexual y reproductiva entre los profesionales de salud y otros sectores clave a través de la sensibilización y formación sobre los derechos de las mujeres, especialmente los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la autonomía reproductiva
- Posicionar los temas de Salud Sexual y Reproductiva, metodologías anticonceptiva y aborto seguro en la agenda pública nacional
- Difundir entre la población en general la legalidad del aborto terapéutico y la disponibilidad de servicios integrales y seguros para la atención de abortos incompletos
- Apoyar esfuerzos orientados a generar mayor conocimiento entre las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos

¹⁰ Si bien la actividad estaba planificada como un ejercicio en grupos, a petición de los y las participantes se cambió la metodología y se realizó en grupo.

- Generar mayor debate entre el personal médico sobre la doble moral, el balance entre el posicionamiento personal y las responsabilidades profesionales, así como los aspectos legales del aborto terapéutico.
- Trabajar con directores de hospitales y jefes de departamento para abordar los miedos y estigmas entre los profesionales médicos en relación al aborto terapéutico, inclusive el registro de abortos terapéuticos y la utilización de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) como método preferente
- Identificar y abordar las faltas de equipos y capacitaciones sobre AMEU en los hospitales a lo largo del territorio

3. Inclusión y alianzas

- Incluir a los y las médicos generales así como otros profesionales de la salud como enfermeros/as, consejeros/as, psicólogos/as en las formaciones sobre aborto terapéutico y en el trabajo en materia de *advocacy* para el acceso al aborto seguro.
- Generar espacios de discusión sobre los aspectos legales del aborto junto con el Colegio de Abogados de Lima (CAL)
- Mayor involucración de los médicos psiquiatras en la implementación de la Norma Técnica sobre Aborto terapéutico y generación de espacios de discusión con la Sociedad Peruana de Psiquiatría sobre la afectación en la salud mental de embarazos no deseados y especialmente en casos de violación.
- Fortalecer la colaboración con el sector académico y ASPEFAM para la inclusión de contenidos sobre Derechos y Salud Sexual y Reproductiva en las Facultades de Medicina
- Juntar esfuerzos para la causal violación con los movimientos y grupos que están posicionando el tema de la violencia contra las mujeres como una prioridad en la agenda pública y política
- Fortalecer e incrementar los vínculos con la población joven a través de la asociación de estudiantes de medicina o los grupos juveniles de organizaciones activas en DSSR como Impares.
- Mantener y fortalecer las colaboraciones con organizaciones de la sociedad civil feministas, de mujeres y de derechos humanos en esfuerzos de capacitación, comunicación e incidencia política

4. Generación y uso del conocimiento

- Generar recomendaciones técnicas al Ministerio de Salud sobre la importancia de la especificación y visibilidad de los casos de abortos incompletos en el registro de datos oficiales de hemorragias como causa indirecta de muerte materna
- Abordar la falta de datos y estimaciones recientes sobre la prevalencia de abortos en el país
- Promover el registro de los casos de aborto terapéuticos realizados en los hospitales
- Contar con un mapeo de la situación en todos los hospitales respecto la disponibilidad de equipos de AMEU y la capacidad humana para utilizarlos
- Traducción de conocimiento técnico sobre el aborto y las experiencias de los profesionales de la salud en este ámbito en materiales de comunicación amigables para difundir entre la población en general
- Intercambiar experiencias con otros países de la región donde se han realizado avances en la despenalización del aborto (Uruguay)

5. Fortalecimiento organizacional

- Incrementar el porcentaje de especialistas ginecólogos/as afiliadas a la SPOG
- Fortalecer los vínculos y la involucración de las filiales de la SPOG en todas las actividades
- Fortalecer las relaciones con FIGO, FLASOG y otras sociedades a través de la participación en los congresos mutuos

- Desarrollar una estrategia de comunicación integral, efectiva y para diferentes audiencias con el apoyo de especialistas
- Recibir capacitación en habilidades de liderazgo entre los miembros
- Aumentar los recursos humanos y administrativos de la SPOG

El Anexo hace referencia a un plan de acción preliminar desarrollado en base a los insumos de los y las participantes del taller sobre potenciales objetivos específicos y actividades para los próximos 3 años que se comparte como documento Excel adjunto. Este plan se continuará desarrollando en estrecha colaboración con la SPOG y FIGO.

Conclusiones

Los resultados de la revisión de literatura, entrevistas y taller con actores clave confirman que, a pesar de la legalidad del aborto terapéutico y la disminución del aborto inseguro por el creciente uso del aborto médico, el acceso al aborto seguro es restringido en el Perú, especialmente para las mujeres con menores recursos y fuera de la capital. Esto es debido a la desinformación sobre el marco legal y sobre la norma técnica del aborto terapéutico entre el personal médico, usuarias y la población en general y un fuerte y generalizado estigma alrededor del aborto. En consecuencia, prevalece el secretismo y la clandestinidad lo cual lleva a riesgos para la salud de las mujeres y a una falta de visibilidad de la prevalencia del aborto por la ausencia de datos y registros.

En este contexto, es necesario, pertinente y relevante un trabajo enfocado a mejorar y aumentar el acceso de las mujeres a un aborto seguro. Si bien existen oportunidades para que la SPOG lidere un trabajo de *advocacy* sobre acceso al aborto seguro, también existen múltiples retos para lograr avances. La evaluación resalta las siguientes oportunidades y retos:

Oportunidades:

- **La protocolización a nivel nacional del aborto terapéutico en 2014** con la aprobación de la *‘Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del Código Penal’*. La difusión de esta guía con capacitación sobre su implementación a lo largo de todos los hospitales y centros de salud del país es una oportunidad para mejorar y aumentar el acceso de las mujeres a un aborto terapéutico.
- **El carácter abierto del listado de entidades clínicas de la gestante en que se amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo** según la Guía Técnica Nacional. El onceavo punto establece *‘cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica’*. Esto deja espacio a interpretaciones integrales del concepto salud, como lo establece la OMS, que incluya tanto riesgos a la salud física como mental, y que permite a la junta médica justificar y aprobar abortos terapéuticos por causas no señaladas explícitamente en el listado, incluyendo la violación.
- **El posicionamiento de la SPOG** a nivel nacional como Sociedad técnica (científico-formativa) respetada y estrechamente vinculada a varios actores clave en materia de salud sexual y reproductiva. También su claro posicionamiento a favor del acceso al aborto seguro a nivel de la junta directiva actual y las pasadas que aseguran la sostenibilidad del compromiso de la Sociedad con esta temática.

Retos:

- **El estigma generalizado alrededor del aborto.** Este estigma lleva a un desconocimiento entre la población en general de la legalidad del aborto terapéutico, miedos y reticencias entre el profesional médico que obstaculizan la implementación de la Guía Técnica Nacional, silencio público sobre el aborto entre líderes políticos y dobles morales.
- **Grupos conservadores y religiosos** contrarios a temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva bien posicionados con influencia en tomadores de decisión y con amplia capacidad de movilización social. Esta oposición va más allá del aborto y es especialmente fuerte en relación a la planificación familiar, educación sexual y lo que llaman *‘ideología’* de género.

Recomendaciones

Para que la SPOG se fortalezca y posicione como actor líder en *advocacy* sobre aborto seguro y tomando en cuenta el contexto del aborto en el Perú así como las fortalezas y debilidades organizacionales de la SPOG se formulan las siguientes recomendaciones generales

- **Fortalecimiento de la SPOG** tanto a nivel organizacional como a nivel de sus capacidades en materia de *advocacy*, especialmente el desarrollo de habilidades liderazgo y comunicación.
- **Promover la perspectiva de derechos** en relación a la atención integral del aborto y en la salud sexual y reproductiva en general con formación y sensibilización para la transformación de actitudes
- **Asegurar la implementación de la Guía Técnica Nacional** sobre al aborto terapéutico y liderar discusiones sobre su interpretación
- **Expandir la red de apoyo al acceso al aborto seguro** con la involucración de nuevos sectores tanto del sector salud (médicos generales, psiquiatría) como de otros sectores (legal, social)
- **Promover la generación de datos sobre aborto** a través del uso y mejora de los sistemas y formatos de registro existentes para el monitoreo y planificación de servicios y para alimentar el debate sobre el aborto

Referencias

- BANCO CENTRAL DE RESERVA DEL PERÚ. Gerencia Central de Estudios Económicos.
<https://estadisticas.bcrp.gob.pe/estadisticas/series/anuales/resultados/PH04023AA/html>
- CHÁVEZ ALVARADO, Susana (2013). “Aborto terapéutico, ausencia injustificada en la política sanitaria”. *Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública*. Lima, volumen 30, número, pp. 494-499.
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/289/290>
- FERRANDO, Delicia (2006). *El aborto clandestino en el Perú. Revisión*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; Pathfinder International; Ford Foundation.
<https://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf>
- GOBIERNO DEL PERÚ (2017). *Informe Nacional Voluntario sobre la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Lima: CEPLAN, PNUD.
<https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2017/07/INVPeru-04-07-2017-para-web.pdf>
- MESA DE CONCERTACIÓN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA (MCLCP). Grupo de trabajo salud materno neonatal seguimiento concertado al programa presupuestal salud materno neonatal (2014). *Reporte de balance del año 2013 y perspectivas en el marco de los acuerdos de gobernabilidad. 2015- 2018. Versión aprobada por el CEN Jueves 10 de julio del 2014*. Lima.
https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_20_13-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf
- GUEVARA RÍOS, Enrique.
(2017) “Obstetricia: Aporte de 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Lima, volumen 62, número 1, pp. 19-30.
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2008>
(2015) “Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Lima, volumen 63, número 3, pp. 333-345.
http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1883/pdf_356
- GUTIERREZ RAMOS, Miguel y GUEVARA RÍOS, Enrique (2015). “Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Lima, volumen 61, número 1, pp. 57-64.
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/416>
- GUZMÁN, Alfredo (2014). *El drama de la muerte materna en el Perú: casos emblemáticos* (diapositiva).
<http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/06/Alfredo-Guzman-El-drama-de-la-muerte-materna-en-el-Peru.-Casos-emblematicos.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI).
(2018a) Incremento intercensal 2007-1993. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
(2018b) Número de establecimientos de salud. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUSALUD).
(2016a) *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2016. Nacional y regional*. Lima.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
(2016b) *Evolución de la pobreza monetaria 2007-2016. Informe técnico*. Lima.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1425/index.html

(2009a) *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 36.* CEPAL. Lima.

<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0845/libro.pdf>

(2009b) *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples 1950-2050. Boletín Especial N° 17.* UNFPA, CEPAL, CELADE. Lima.

(2000) *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2000. Informe principal.* Lima.

https://www.inei.gob.pe/media/principales_indicadores/libro_1.pdf

JUÁREZ, Jhony (2017). *Informe preliminar: Diagnóstico situacional de los servicios de atención integral del aborto en el Perú.* PROMSEX. IPAS. Lima.

LEIVA, Zoila (2016). "Políticas públicas de salud sexual y reproductiva en el Perú: el ingreso de la reglamentación del aborto terapéutico en la agenda política gubernamental". *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 7, primer semestre, N° 12, pp. 97-117.

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/politai/article/view/15215>

LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra (2015). "Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud". En: RAMOS, Silvina (compiladora). *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.* CLACAI, CEDES, POPULATION COUNCIL, PROMSEX. Primera edición.

<http://promsex.org/wp-content/uploads/2015/09/InvestigacionAbortoALC.compressed.pdf>

MEZA, Amanda (2016). *Mi cuerpo es mío. El testimonio de K.L., la joven que le ganó la batalla legal al Estado peruano por el derecho al aborto terapéutico y la historia detrás de 10 años de litigio emblemático.* DEMUS. Lima. <https://www.demus.org.pe/wp-content/uploads/2017/05/Mi-cuerpo-es-mio-Caso-KL.pdf>

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF) (2017). *Marco Macroeconómico Multianual 2018 – 2021. Aprobado en sesión de Consejo de Ministros del 23 de agosto 2017.*

https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2018_2021.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL).

(2018a) Respuesta del Portal de Transparencia a la solicitud de información presentada número 18-001919 del 15 de marzo de 2018.

(2018b) Sala Situacional para el Análisis de Situación de Salud - SE 12-2018

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=647:sala-situacional-2018&catid=2&Itemid=109

(2017) Boletín Epidemiológico del Perú SE 24-2017 (del 11 al 17 de junio).

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/24.pdf>

(2016) Boletín Epidemiológico (Del 24 al 30 de enero del 2016). Volumen 24 – Semana Epidemiológica N° 4.

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>

(2014) R.M. N° 486/2014. Aprueban la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal.

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM486_2014_MINSA.pdf

MONTESINOS-SEGURA R, ALVARADO-ZEBALLOS S, ACEVEDO-VILLAR T, DÁVILA-ADRIANZÉN A, TAYPE-RONDAN A (2016). "Opinión de estudiantes de medicina sobre la legalización del aborto en casos de violación, y sus

factores asociados, Perú, 2015". *Revista Médica de Peruana*, volumen, número 4, octubre-diciembre, pp. 267-274.

<http://www.amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/219>

NACIONES UNIDAS. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2014). *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú*. CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio 2014.

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/PER/CO/7-8&Lang=Sp

PROMSEX (2014). *La Despenalización del Aborto en Casos de Violación Sexual: Argumentos para su Realización*. Lima.

<http://promsex.org/publicaciones/la-despenalizacion-del-aborto-en-casos-de-violacion-sexual-argumentos-para-su-realizacion/>

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL (RENIEC). Tablas de los Registros Civiles.

SÁNCHEZ CALDERON Sixto, MERE DEL CASTILLO Juan, PACORA PORTELLA Percy, CHÁVEZ ALVARADO Susana, GUERRERO VÁSQUEZ Rossina, BARRIENTOS PACHERRE Mónica, JIMÉNEZ SÁNCHEZ María (2015). "Opiniones, percepciones y prácticas de médicos ginecoobstetras respecto a informar de las pacientes con aborto inducido a la policía, Lima, Perú, 2014". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, volumen 61, número 3, pp. 219-225.

<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1848>

TAYPE-RONDAN Álvaro, MERINO-GARCIA Nicolaz (2016). "Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números?". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Volumen 33, número 4, pp. 829-830.

<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2573/2470>

TÁVARA, MACHARÉ, GARCÍA, GUEVARA, CABRERA, AGUILAR, RAMÍREZ, ORDERIQUE, SILVA, SÁNCHEZ, LEVEAU, BURELA (2016). "Barreras para el aborto seguro en el marco de la ley peruana". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Lima, volumen 62, número 2, pp. 153-168.

<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1898>

TÁVARA OROZCO Luis, ORDERIQUE Luis, MASCARO Pedro, CABRERA Santiago, GUTIERREZ Miguel, PAIVA Juana Paiva, RAMÍREZ Ysoé, SILVA Carlos (2013). Costos de la atención postaborto en hospitales de Lima, Perú. En: *Tres estudios sobre el aborto en Lima*. PROMSEX.

<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/566/3estudiosaborto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ZAMBERLIN, Nina (2015). "Estigma y Aborto". En: RAMOS, Silvina (compiladora). *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. CLACAI, CEDES, POPULATION COUNCIL, PROMSEX. Primera edición.

<http://promsex.org/wp-content/uploads/2015/09/InvestigacionAbortoALC.compressed.pdf>

Anexo 1: Entrevistas con actores clave

	Actor clave	Fecha y hora	Lugar
1	Gineco Obstetra, Sociedad Peruana de la Contracepción	02.04.2018, 09.00 h	Instituto Materno Perinatal
2	Gineco Obstetra, Instituto Materno Perinatal	02.04.2018, 10.30 h	Instituto Materno Perinatal
3	Sociedad de Obstetricia y Ginecología Infancia y Adolescencia	02.04.2018, 10.00 h	Instituto Materno Perinatal
4	Gineco Obstetra/Universidad San Marcos	02.04.2018, 11.30 h	Instituto Materno Perinatal
5	Católicas por el Derecho a Decidir (CDD)	02.04.2018, 11.30 h	Oficinas CDD
6	OPS	02.04.2018, 16.00 h	Oficinas OPS
7	MINSA- Grupo SSR	03.04.2018, 10.30 h	Oficinas MINSA
8	MINSA- Grupo SSR	03.04.2018, 11.30 h	Oficinas MINSA
9	Manuela Ramos	03.04.2018, 11.00 h	Oficinas Manuela Ramos
10	Planned Parenthood Global	03.04.2018, 13.00 h	Oficinas Foro Social de Salud
11	UNFPA	03.04.2018, 15.00 h	Oficinas UNFPA
12	Red Peruana de Apoyo al Acceso al Aborto Seguro	03.04.2018, 15.00 h	Oficinas PROMSEX
13	Instituto de Salud Popular (INSP)	04.04.2018, 09.00 h	Oficinas INSP
14	Pathfinder International	04.04.2018, 09.00 h	Oficinas Pathfinder International
15	Flora Tristán	04.04.2018, 11.00 h	Oficinas Flora Tristán

Anexo 2: Invitación y programa del taller



KIT



Sociedad Peruana de
Obstetricia y Ginecología



FIGO

International Federation of
Gynecology and Obstetrics

Agenda del Taller de validación y discusión de las Barreras y oportunidades para la defensa del aborto seguro en Perú

Fecha: 5 y 6 de Abril 2018

Lugar: Hotel Jose Antonio Deluxe- Lima

Participantes: 30 personas

Objetivo general del taller.

El objetivo del taller es validar el análisis preliminar sobre el contexto del aborto seguro en Perú y proporcionar insumos sobre oportunidades y limitantes para la defensa del aborto seguro en Perú que alimenten los planes de acción a desarrollar para el futuro proyecto de la FIGO sobre fortalecimiento de capacidades para la defensa del aborto seguro.

Objetivos específicos.

Al final de los talleres, se habrá:

- Discutido e identificado oportunidades y barreras para proporcionar aborto seguro en el país a través de la validación de los resultados preliminares de la evaluación y testimonios sobre experiencias propias de los y las participantes
- Explorados posicionamientos personales y profesionales en relación al aborto seguro e identificado actividades para mejorar el acceso a servicios de aborto seguro y post-aborto desde la ética profesional
- Explorado las implicaciones de la ley nacional sobre el aborto y las políticas para el acceso al aborto seguro.
- Abordado el concepto de 'advocacy' en sus diferentes niveles e identificado los desafíos y barreras para la defensa del aborto seguro
- Identificado las fortalezas y debilidades de la SPOG para la defensa del aborto seguro
- Formulados puntos de acción para un programa de fortalecimiento de capacidades en material de defensa del aborto seguro.

Agenda preliminar:

Jueves 5 de Abril del 2018		
08.30– 9.00	Recepción	
9.00 – 9.15	Bienvenida	Presidente de la SPOG
09.15-09.30	Introducción del taller	KIT
09.30-10.30	Presentación de resultados preliminares y discusión	KIT
10.30-11.30	Implicaciones del marco legal en materia de aborto seguro (estudios de caso)	KIT
<i>Pausa</i>		
11.45-12.30	Posicionamientos personales y responsabilidades profesionales	KIT
12.30-13.30	“Advocacy”: concepto, niveles, riesgos y beneficios	KIT
<i>Almuerzo</i>		
14.30-15.30	Perspectiva de advocacy y roles	KIT
15.30-16.30	“Advocacy para el aborto seguro”	KIT
16.30-17.00	Cierre y evaluación del día	SPOG y KIT
Viernes 6 de Abril del 2018		
08.30-9.00	Recepción	
9.00-09.30	Recapitulación del día anterior	SPOG y KIT
9.30-10.30	Redes sociales y llegar a diferentes audiencias	KIT
10.30-11.30	FODA	KIT
<i>Pausa</i>		
11.45-12.30	Presentación de logros, debilidades, barreras y oportunidades para el proyecto sobre aborto seguro. FODA de SPOG	SPOG
12.30-13.30	Cómo desarrollar el plan de acción para proyecto en advocacy para aborto seguro	KIT
<i>Almuerzo</i>		
14.30-15.30	Continuación desarrollo del plan de acción	KIT
15.30-16.30	Presentación y discusión de los planes de acción en plenaria	KIT
16.30-17.00	Evaluación y cierre	SPOG y KIT

Anexo 3: Adiciones a la revisión de literatura

Listado de situaciones clínicas que ameritan la consideración de la interrupción del embarazo según la Guía Técnica Nacional sobre el Aborto Terapéutico

1. Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
 2. Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
 3. Hiperemesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
 4. Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
 5. Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.
 6. Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
 7. Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
 8. Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
 9. Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.
 10. Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85%.y con patología grave; y
 11. Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica.
-

Listado de Hospitales que tienen aprobados protocolos sobre aborto terapéutico

1. Hospital EL CARMEN de Huancayo
2. Hospital Regional del Cusco
3. Hospital Amazónico de Yarinacocha
4. Hospital Antonio Lorena del Cusco
5. Hospital Apoyo II Sullana
6. Hospital Belén de Trujillo
7. Hospital Carlos Cornejo de Puno
8. Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco
9. Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo
10. Hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia de Ancash
11. Hospital de Apoyo Virgen de las Mercedes de Ancash
12. Hospital Docente Las Mercedes de Chiclayo
13. Hospital General María Auxiliadora
14. Hospital Goyeneche de Arequipa
15. Hospital Honorio Delgado de Arequipa
16. Hospital II - 1 Tarapoto
17. Hospital La Caleta de Chimbote
18. Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao
19. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
20. Hospital Nacional Dos de Mayo
21. Hospital Nacional Hipólito Unanue
22. Hospital Regional de Ayacucho
23. Hospital Regional de Cajamarca
24. Hospital Regional de Pucallpa
25. Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo
26. Hospital Regional Felipe Arriola de Iquitos
27. Hospital Santa Rosa de Piura
28. Instituto Nacional Materno Perinatal

Pasos establecidos en la Norma Técnica para el aborto terapéutico

- a) El o la médico tratante informa a la gestante que el embarazo pone en riesgo su vida o causa un mal grave y permanente en su salud, los riesgos graves del embarazo y los procedimientos terapéuticos que correspondan.
 - b) La gestante solicita al médico/a tratante que presente la solicitud escrita del caso a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia con conocimiento de la Dirección General, del establecimiento de salud.
 - c) La Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia recibe la solicitud, y en la fecha constituye y convoca una Junta Médica
 - d) El o la médico/a tratante informará a la gestante o su representante legal la decisión de la Junta Médica.
 - e) En caso que la Junta Médica apruebe la interrupción del embarazo menor de veintidós (22) semanas, la gestante o su representante legal firmará el formulario para el consentimiento informado y la autorización del procedimiento.
 - f) La Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia inmediatamente designará al médico/a que llevará a cabo el procedimiento, el cual será programado dentro de las siguientes veinticuatro 24 horas, comunicando al Director General del establecimiento de salud la fecha y hora de la intervención.
 - g) El lapso desde que la gestante solicita formalmente la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas hasta que se inicia la intervención en forma oportuna que garantice la eficacia de la intervención, la que no debe exceder de seis días calendarios.
-

Casos y pronunciamientos en la CEDAW

UNA DEUDA PENDIENTE: CASO L.C . VS. PERÚ ANTE EL COMITÉ CEDAW**HECHOS**

L. C. quedó embarazada a los 13 años de edad por los repetidos abusos sexuales de un vecino. Trató de suicidarse lanzándose al vacío con la finalidad de interrumpir su embarazo, ya que en el Perú la ley no autoriza el aborto por causa de violación o abuso sexual.

El Comité para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación hacia las Mujeres (Cedaw) examinó si la negativa del hospital a realizar el aborto terapéutico a L.C. –previsto en el artículo 119 del Código Penal– y la programación tardía de su operación de columna –que provocó que más tarde quedara cuadruplémica– dio lugar a una violación de sus derechos.

RESOLUCIÓN

Cedaw (Comité para la Eliminación de Todas Formas de Discriminación hacia las Mujeres. Comunicación No. 22/2009. Dictamen aprobado por el Comité en su 50 período de sesiones, celebrado del 3 al 21 de octubre del 2011. Párrafo 9,2) observa que el hecho de que el Estado parte no protegiera los derechos reproductivos de la mujer ni promulgara leyes para reconocer el aborto por causa de abuso sexual o violación contribuyó a la situación en que se encuentra L.C.

Por tal motivo, determinó que el Estado Peruano debe revisar su legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo tenga como causa abuso sexual o violación.

El Perú –como medida de no repetición– tiene la tarea de seguir la recomendación de esta resolución.

Cabe señalar que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha realizado las siguientes recomendaciones al Estado Peruano en relación al aborto terapéutico (NACIONES UNIDAS, 2014 pp. 11-15):

- a) “Haga extensiva la legalización del aborto a los casos de violación, incesto o malformación fetal severa;
- b) Garantice la disponibilidad de servicios de aborto y el acceso de las mujeres a atención de calidad después de un aborto, especialmente cuando se presenten complicaciones a raíz de un aborto en condiciones de riesgo;
- c) Elimine las medidas punitivas contra las mujeres que abortan, entre otras cosas adoptando las medidas necesarias para armonizar la Ley General de Salud y el Código de Procedimiento Penal con el derecho constitucional a la intimidad;
- d) Se asegure de que el ejercicio de la objeción de conciencia por los profesionales de la salud no impida el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, incluido el aborto y la atención posterior;
- e) Garantice el acceso a servicios de planificación familiar, en particular en las zonas rurales, y adopte todas las medidas necesarias para distribuir gratuitamente anticonceptivos de emergencia en el sistema de salud pública, en particular a las mujeres y niñas víctimas de abusos sexuales;
- f) Desarrolle la capacidad del personal médico en relación con el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con miras a garantizar una prestación adecuada de servicios de salud a las mujeres y niñas;
- g) Divulgue información sobre las directrices técnicas relativas al aborto terapéutico entre todo el personal de salud y vele por que al aplicar las directrices se dé una interpretación amplia al derecho a la salud física, mental y social”.

Anexo 4: Respuesta a la Encuesta en Línea

Documento pdf adjunto: Respuestas Encuesta

Anexo 5: Redes Sociales y Alianzas

NIVELES/ SECTORES	ALIADOS		POTENCIALES ALIADOS		OPONENTES
	Organización	Personas de contacto	Organización	Cómo llegar a ellos	Grupos y personas
Sector Salud	<p>Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima</p> <p>Hospitales nacionales y regionales con protocolo sobre aborto terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - H. San Bartolomé - H. Dos de Mayo - H. María Auxiliadora - H. Pucallpa - H. Piura - H. Trujillo - H. Iquitos - H. San Martín <p>Instituto de Salud Popular (INSAP)</p> <p>Red Peruana de profesionales que facilitan el acceso al aborto</p>	<p>Dr Enrique Guevara y Dr Santiago Cabrera</p> <p>Doctores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sixto Sanchez - Ysoé Ramírez - Luis Makya - Walter Leveau - Leonardo Lachira - Pedro Aldave - J.Marín y J.Vasquez - Enrique Guzmán <p>Luis Lazo y Alexander Seco</p> <p>Enrique Guevara</p>	<p>Colegio Médico del Peru</p> <p>Hospitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - H. Hipólito Unanue - H. Sergio Bernales - H. Callao - H. San Juan de Lurigancho <p>Sociedad Peruana de la Adolescencia y Juventud</p> <p>Jorge Bruge (psicólogoanalista)</p>	<p>A través de la instalación de una comisión de alto nivel.</p> <p>Sensibilización y posicionamiento del tema.</p>	
Organización de la Sociedad Civil Peruana	<p>Flora Tristán</p> <p>PROMSEX</p> <p>Manuela Ramos</p> <p>Foro Salud</p>	<p>Liz Meléndez</p> <p>Susana Chávez</p> <p>Victoria Villanueva</p> <p>Enrique Guevara</p>	<p>Instituto Peruano de la Paternidad Responsable (INPARES)</p> <p>Movimiento/campaña Ni Una Menos</p>		<p>Grupo con mis hijos no te metas</p>

Sector Político Nacional			Ministerio de Salud		Congresista Julio Rosas
Sector legal	Defensoría del Pueblo		Fiscalía de la Nación Colegio de Abogados	Samuel Abad	
Academia	Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Decano) Universidad Peruana Cayetano Heredia (Facultad de Salud Pública) Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM)	Antonio Luna	Universidades Asociación de estudiantes de medicina		
Organizaciones internacionales y agencias multilaterales	Pathfinder International Planned Parenthood Global UNFPA OPS	Miguel Gutierrez Pilar Montalvo Elena Zúñiga Raúl González, Erick Rousselin			
Grupos religiosos	Católicas por el Derecho a Decidir	Gladys Vía, Rosa Mavila			Iglesia Católica y evangélica Cardenal Cipriani Sodalicio de Vida Cristiana (Luis Solari, Carbone)

Medios de comunicación		Periodista Patricia del Río	Periodistas: <ul style="list-style-type: none"> - César Hildebrant - Jaime Chinch - Mávila Huertas - Cecilia Valenzuela - Luis Devalleus - Mónica Delta - Milagros Leyva - Renato Cisneros - Andrea Llosa - Fernando Vivas Página Web Ojo Público, Wayka	Información, notas de prensa, proyecto de comunicación que involucre todas las partes	Rafael Bey (comunicador/BCR)
Comunidades			Jóvenes	Redes sociales	

Anexo 6: Análisis FODA

Análisis FODA de la SPOG en materia de advocacy sobre aborto seguro	
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad técnica sustentada en evidencias científicas • Fuerte y largo compromiso con los derechos y salud sexual y reproductiva • Experiencia técnica y científica entre los y las miembros • Presencia y referencia a nivel nacional e internacional • Experiencia en generación de espacios de debates científicos • Estrechos vínculos con el sector académico 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un marco legal favorable para el aborto terapéutico con interpretaciones amplias • Existencia de actores de la sociedad civil comprometidos con los derechos y salud sexual y reproductiva • Cambio de pensamiento entre la sociedad y corriente de opinión más favorable al aborto terapéutico y especialmente sobre la violencia contra las mujeres (incluyendo violación) • Posibilidades de sensibilizar y capacitar sobre aborto seguro y DSSR información en otros ámbitos, incluyendo población en general y médicos generales. • Posibilidades para fortalecer alianzas existentes y generar nuevas alianzas
<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • No todos los miembros están sensibilizados e informados sobre los DSSR y el aborto seguro. • Poca llegada a medios de comunicación. Falta de líderes de opinión e interlocutores dentro de la SPOG. • Poca capacitación permanente sobre aborto seguro en hospitales • Carencia de una estrategia de comunicación adecuada y sostenible • No todos los ginecólogos/as del país son parte de la SPOG • Limitaciones en los recursos económicos y humanos para el trabajo administrativo • Falta de posicionamiento en las filiales regionales de la SPOG 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influencia religiosa • Poder político: mayoría conservadora en el congreso • Alta rotación en el MINSA • Desconocimiento de los DSSR por parte de población en general • Grupos conservadores muy organizados con un discurso victimista que funciona

Anexo 7: Borrador plan de acción

Documento Excel adjunto: Borrador Plan de Acción FIGO Perú