

**DEFENSORIA
DEL PUEBLO**



PROTEGE TUS DERECHOS

**Observaciones a la tercera edición del Manual de
Normas y Procedimientos para Actividades de
Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria**

Lima, marzo 1999



CONTENIDO

1. Principales problemas identificados en la consejería y orientación para la libre elección de métodos anticonceptivos

- 1.1. Confusión entre el proceso de orientación sobre la esterilización quirúrgica y el de promoción de la planificación familiar
- 1.2. El material escrito destinado a brindar información a las personas usuarias se limita a la esterilización quirúrgica y tiene un estilo publicitario
- 1.3. Las responsabilidades durante las diversas etapas de la consejería se adjudican indistintamente a los profesionales de salud capacitados
- 1.4. Se confunde la última sesión de consejería con la firma de la hoja de consentimiento informado
- 1.5. La excepción al período de reflexión de 72 horas
- 1.6. El desistimiento
- 1.7. No se distinguen las diversas situaciones por las que pasan las personas que requieren consejería
- 1.8. No se especifica que no deben existir presiones ni incentivos a los profesionales médicos que realizan actividades relacionadas con las esterilizaciones quirúrgicas
- 1.9. Se mantienen las jornadas
- 1.10. Registro de las sesiones de orientación
- 1.11. Abastecimiento de anticonceptivos

2. Problemas vinculados al modelo de consentimiento informado

- 2.1. El modelo de consentimiento informado no ha incorporado las sugerencias hechas por la Defensoría del Pueblo en octubre de 1998
- 2.2. Definición de las responsabilidades
 - 2.2.1. De la persona usuaria
 - 2.2.2. Del médico
 - 2.2.3. Del establecimiento de salud
- 2.3. La existencia de anticonceptivos
- 2.4. La diferencia entre las características de una operación de vasectomía y una de ligadura de trompas y sus posibles complicaciones
- 2.5. Falla del método
- 2.6. La gratuidad de todos los anticonceptivos no queda clara

3. Problemas relacionados con los aspectos médicos

- 3.1. Alto riesgo reproductivo como eje central para la decisión de la esterilización quirúrgica
- 3.2. Alto riesgo quirúrgico
- 3.3. Evaluación pre operatoria
- 3.4. Seguimiento pos operatorio
 - 3.4.1. Manejo y seguimiento pos operatorio
 - 3.4.2. Atenciones pos operatorias
 - 3.4.3. Falta de especificaciones respecto al descanso pos operatorio
- 3.5. Manejo de complicaciones

4. Recomendaciones

5. Destinatarios del informe

OBSERVACIONES A LA TERCERA EDICIÓN DEL "MANUAL DE NORMAS y PROCEDIMIENTOS PARA ACTIVIDADES DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA"¹

Las observaciones y sugerencias que se hacen a la tercera edición del K Manual de normas y procedimientos para actividades de anticoncepción quirúrgica voluntaria², tienen por objeto contribuir a que el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar tenga una herramienta de la mejor calidad posible, acorde con los estándares internacionales para orientar la ejecución del programa en su nueva etapa iniciada en marzo de 1998.

Instrumentos operativos con debilidades en términos de contenido y forma, lejos de contribuir a los propósitos del programa y de la política nacional en planificación familiar, los debilitan. Por lo tanto, el citado manual ha sido revisado poniendo a prueba la rigurosidad de los conceptos e instrucciones médicas, la consistencia interna entre principios e instrucciones de ejecución, la propiedad de las mismas y la coherencia con otras normas jurídicas sobre planificación familiar³.

1. Principales problemas identificados en la consejería y orientación para la libre elección de métodos anticonceptivos

1.1. Confusión entre el proceso de orientación sobre la esterilización quirúrgica y el de promoción de la planificación familiar

En el manual se confunden los procesos de orientación en salud reproductiva, que deben tener por objetivo lograr que las personas elijan libremente lo más conveniente, con los procesos de promoción de la planificación familiar y de información sobre los métodos anticonceptivos. Al confundirlos, las normas y procedimientos que en ellos se detallan, no contribuyen al objetivo de garantizar que las personas tomen decisiones libres e informadas.

Si bien el manual señala que se dará dos sesiones de orientación y consejería a las personas que "expresan su deseo" por la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), se está suponiendo que estas personas han llegado libre y voluntariamente a dichas sesiones. Sin embargo, es posible que hayan llegado a tales sesiones por múltiples razones y no sólo como expresión de su deseo de someterse a la operación de esterilización. Por ello, una de las sesiones debe dar

¹ Informe preparado por Ursula Paredes Villalonga y Gonzalo Gianella Malca, consultores de la Defensoría del Pueblo.

² Resolución Directoral N° 019-DGSP, 10 diciembre de 1998

³ Resolución Ministerial N° 495-97-SNDM, 4 de noviembre de 1997 "Guías Nacionales de atención a la salud reproductiva"; Resolución Ministerial N°440-98-SA/ 6 de noviembre de 1998, "Normas para la calificación de médicos cirujanos para anticoncepción quirúrgica voluntaria"; Resolución Ministerial N°439-98-SA/DM, 6 de noviembre de 1998, "Normas para la calificación de puntos de entrega de servicios para anticoncepción quirúrgica voluntaria".

orientación sobre los métodos anticonceptivos en general y luego de ella, algunas personas podrán solicitar una segunda sesión en la que recibirán información específica sobre la esterilización quirúrgica. El servicio, tal como está descrito, no señala la posibilidad de que después de la primera sesión las personas elijan algún método anticonceptivo temporal e, inclusive, alguno que no requiera de la intervención médica. Es posible afirmar, por lo tanto, que los procedimientos señalados en el manual tienden a conducir a las personas por rutas unidireccionales hacia la consejería en anticoncepción quirúrgica.

1.2. El material escrito destinado a brindar información a las personas usuarias se limita a la esterilización quirúrgica y tiene un estilo publicitario

En el manual se afirma que se otorgará información oral y escrita sobre el conjunto de métodos anticonceptivos, especificándose que el uso del material informativo (folletos) debe ser estándar y que dicho material debe contener la misma información brindada en la consejería previa, en particular la que consta en la hoja de consentimiento informado⁴. El manual incluye entre los anexos unas hojas que tienen en el anverso un texto de motivación, muy similar a un texto publicitario, y en el reverso indicaciones para el cuidado de personas que se han realizado la ligadura de trompas o la vasectomía.

El anverso de estas hojas incluye dibujos de todos los métodos anticonceptivos naturales (incluyendo la lactancia materna), mecánicos y químicos. Estos dibujos no llevan ningún texto explicativo ya partir de ellos no puede conocerse ni las indicaciones ni los efectos secundarios; tampoco los riesgos de dichos métodos.

El anexo tiene un estilo directivo M Tome decisiones informadas, responsables y libres. y afirmativo .Ud. ha decidido planificar su familia... Usted tiene sus razones... Nosotros le hemos informado Se asemeja más al estilo y contenido de un folleto publicitario que a las características de un material informativo, ya que es claramente persuasivo. Si se supone que este material refleja en síntesis la información que se da en las sesiones, se puede afirmar que las sesiones de orientación y consejería no están diseñadas para cumplir su función de ayudar a que las personas tengan información para tomar una decisión apropiada a sus necesidades, sino más bien para inducir a las personas a aceptar los métodos anticonceptivos permanentes.

La sección del capítulo de orientación y consejería dedicada a "corregir conceptos erróneos", tal como aparece en el manual, se orienta a Convencer, más que a tratar las dudas que pueden expresar esos conceptos denominados "erróneos".

⁴ .Manual de normas y procedimientos para actividades de AQV, Resolución Directoral N° 019-DGSP, 10 de diciembre de 1998, p.20

Igualmente, pese a que en el manual se afirma que la información que Consta en la hoja de consentimiento informado debe ser otorgada a los pacientes con anterioridad⁵, no se establece de qué forma debe entregarse ni figura en el modelo de información estándar que se da a las personas usuarias.

1.3. Las responsabilidades durante las diversas etapas de la consejería se adjudican indistintamente a los profesionales de salud capacitados

De acuerdo al manual cualquier profesional o técnico de los establecimientos de salud capacitado puede hacerse cargo de las sesiones de consejería. La consejería la da el "profesional de salud (médico, obstetrix, enfermero/a, psicólogo/a, asistente social, etc.) que haya sido capacitada/o para impartir consejería en salud reproductiva y planificación familiar"⁶. Se sostiene también que "es responsabilidad del consejero (proveedor) que los/as usuarios/as tomen una decisión libre, voluntaria y responsable acerca de cuándo y cuántos hijos tener, conozcan las características, beneficios, riesgos y posibilidades de falla de todos los métodos anticonceptivos disponibles y en el caso de AQV de la permanencia del método"⁷.

Como consecuencia de no haberse distinguido la fase de promoción de la de orientación, tampoco se distinguen las responsabilidades que puedan adjudicarse a técnicos y profesionales no médicos de las que puedan adjudicarse a los médicos. Si bien las actividades de propaganda e información sobre el programa pueden estar a cargo del "personal de salud", en general, las actividades de consejería sobre la esterilización deben considerar casos que requieran de una atención especial que Sólo puede ser otorgada por los médicos. Lo contrario implica asumir que el consejero está capacitado para sugerir una cirugía, evaluando todos los riesgos y beneficios.

Por tratarse de una intervención quirúrgica, sólo los profesionales médicos pueden hacer las evaluaciones clínicas de las personas interesadas y dar las recomendaciones pertinentes sobre los beneficios, riesgos y posibles efectos secundarios de la operación, que tiene que considerar la persona para tomar su decisión de acuerdo a sus condiciones de salud.

A diferencia de la consejería, el proceso de promoción consiste en dar a conocer la existencia y disponibilidad de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva, así como la gratuidad de todos los métodos anticonceptivos.

⁵ Ibid., p. 20

⁶ Ibid, p. 7, párrafo 3. Esto incluye a profesionales de obstetricia

⁷ Ibid., 1998, p.20. En esta frase. se ha recogido exactamente la propuesta de la Defensoría del Pueblo.

De acuerdo al manual, la responsabilidad por la actividad de consejería y orientación varía de acuerdo al nivel de los establecimientos. A nivel departamental, el responsable es el coordinador; en los hospitales, el jefe del departamento de gineco-obstetricia; en el centro de salud, el director y en las jornadas, el coordinador de jornada. En estas últimas, sin embargo, los médicos que hacen la coordinación son nombrados para cada jornada⁸ Es poco probable que ellos puedan hacerse cargo de verificar que en la atención previa a la jornada los/as usuarios/as hayan recibido tanto información completa y veraz como orientación para tomar la decisión por el método permanente sin presiones y atendiendo a sus condiciones de salud.

1.4. Se confunde la última sesión de consejería con la firma de la hoja de consentimiento informado

De la lectura del manual se desprende que la última sesión de consejería termina con la firma de la hoja de consentimiento informado. Esto puede dar lugar a que las personas puedan sentir algún tipo de presión para firmarlo. Para evitarlo, es necesario separar la sesión de consejería del momento en que se realiza la firma del consentimiento informado.

1.5. La excepción al periodo de reflexión de 72 horas

El manual incluye un anexo de "Excepción del período de reflexión de 72 horas previo a AQV femenina en casos de alto riesgo reproductivo"⁹, que puede ser firmado por las mujeres que presentan alto riesgo reproductivo junto con el consentimiento informado.

La Defensoría del Pueblo considera que esta hoja de excepción no debe existir. No se justifica médicamente, tal como se explica más adelante. Desde el punto de vista del tiempo y sentido que requiere la consejería, tampoco se encuentra situación alguna que justifique la excepción de este periodo de reflexión. Esto, porque la persona tiene que evaluar el conjunto de riesgos y beneficios de la posible opción por un método anticonceptivo definitivo y esta decisión no la puede tomar de ninguna manera en una situación de presión.

1.6. El desistimiento

Cabe señalar, sin embargo, que los anexos mencionados en el acápite anterior contienen una oración que afirma: "Lo importante es que Ud. quede tranquila y conforme con su decisión, por esa razón, tiene derecho a desistir de la operación elegir cualquier otro método anticonceptivo"¹⁰.

⁸ Ibid., p.50

⁹ Ibid., p.53

¹⁰ Subrayado nuestro, sin número de página en el manual.

Las personas deben ser informadas claramente de que tienen la posibilidad de desistir de la operación, inclusive hasta el momento previo a ella. Sin embargo, esta posibilidad parece no estar considerada en la práctica, porque el manual no tiene ninguna indicación para registrar los desistimientos.

1.7. No se distinguen las diversas situaciones por las que pasan las personas que requieren consejería

Las normas del manual se orientan a la situación de mujeres en periodo de intervalo que acuden a solicitar un método anticonceptivo para espaciar o terminar con su fecundidad. En la consejería, se tienen que hacer distinciones para tratar las condiciones especiales de mujeres en situaciones de estrés, como pueden ser las derivadas del parto, del post aborto, de violencia de pareja y otros. Debe especificarse que no pueden tomarse decisiones en ninguna condición de estrés.

Asimismo, es imprescindible precisar que las esterilizaciones no protegen contra el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y sida.

1.8. No se especifica que no deben existir presiones ni incentivos a los profesionales médicos que realizan actividades relacionadas con las esterilizaciones quirúrgicas

En ninguna sección del manual se hace explícito que no debe existir presiones ni incentivos a los profesionales médicos que realizan las actividades relacionadas con las esterilizaciones quirúrgicas. Es fundamental hacerlo en el caso de los médicos, para no generar situaciones de conflicto de intereses con los que se derivan de sus responsabilidades en la consejería.

Debe establecerse las instancias a las cuales puede recurrir el personal en caso de identificar presión o estímulos especiales por la realización de actividades de esterilización quirúrgica.

1.9. Se mantienen las jornadas

Pese a que la Defensoría del Pueblo recomendó que se eliminaran, se mantienen las llamadas jornadas, en las cuales se promocionan los métodos anticonceptivos y se da atención en salud reproductiva, incluyendo operaciones de esterilización.

En el capítulo XIII, dedicado a las "Jornadas de Salud Reproductiva" se establece que éstas tienen el objeto de "incrementar la cobertura" donde hay barreras geográficas y "disminuir la demanda insatisfecha de planificación familiar, salud materna y perinatal, prevención del cáncer ginecológico, enfermedades de transmisión sexual y SIDA"¹¹.

¹¹ Manual de Normas..., Op. Cit., 1998. p.49

En estas jornadas, se considera una "fase de sensibilización" que además de promocionar los servicios de salud reproductiva mencionados, informa "para generar una demanda informada"¹² y realiza "actividades de consejería a personas con deseo de espaciar o limitar su fecundidad."

Las jornadas reciben dos nombres en el manual. Se les denomina "Jornadas de salud reproductiva" y "Jornadas integrales de información y sensibilización". Esto evidencia la confusión del sentido que se les da y las dificultades que existen para pautar claramente el proceso por el cual el programa de planificación familiar otorga los servicios de salud reproductiva.

En la descripción que se hace en el manual sobre las jornadas, no se detallan instrucciones específicas para garantizar la información completa y veraz a todas las personas. Se supone que las instrucciones generales descritas también son aplicables para las jornadas. Sin embargo, debiera existir indicaciones específicas que permitan asegurar y verificar que las personas reciben información completa, que se respeta el periodo de reflexión y que se tiene en consideración la disponibilidad y existencia de todos los métodos anticonceptivos que otorga el programa, entre otros.

1.10.Registro de las sesiones de orientación

En las hojas llamadas "Historia clínica de AQV" femenina y masculina se encuentra un lugar en que se registran las dos sesiones de orientación normadas para las operaciones de esterilización. Aparte de estos espacios, en el manual no se describe una forma específica de registro para el control y seguimiento de las sesiones de orientación. El registro de la participación en estas sesiones debe dejar constancia de la identidad de quien imparte la sesión de consejería y de quien participa en ella.

1.11.Abastecimiento de anticonceptivos

El proceso de elección libre de las personas tiene también que ver con el acceso a los anticonceptivos. Los establecimientos de salud que califican para brindar servicios de esterilización quirúrgica tienen que tener un "stock mínimo de todos los métodos anticonceptivos temporales", de "píldoras anticonceptivas, inyectables, preservativos, tabletas vaginales, y dispositivos intrauterinos"¹³.

En el manual no se precisa cuál es la provisión mínima de anticonceptivos de cada tipo que debe existir en los establecimientos. Tampoco se señala que debe existir un sistema de re-abastecimiento para mantener las existencias. Un número mínimo de todos los anticonceptivos es otra de las garantías necesarias para que las

¹² Ibid., 1998. p.5

¹³ R.M. 439-98-SNDM, 1998, p.9

personas que asisten a las sesiones de orientación no tengan ningún tipo de presión que oriente su elección.

El que exista un sistema eficaz de re-abastecimiento, no se considera como un elemento que obtenga puntaje en la calificación de los establecimientos. Por lo tanto, resulta necesario que se establezcan las instrucciones para mantener el sistema de re-abastecimiento de anticonceptivos en funcionamiento, de modo que todos los anticonceptivos que otorga el Estado gratuitamente se encuentren a disposición de las personas usuarias del programa de planificación familiar.

2. Problemas vinculados al modelo de consentimiento informado

2.1. El modelo de consentimiento informado no ha incorporado las sugerencias hechas por la Defensoría del Pueblo en octubre de 1998¹⁴.

La hoja modelo de consentimiento informado no deja claro que:

- No está permitido engañar, ocultar información o desinformar con la intención de inducir la aceptación de cualquier método anticonceptivo.
- No existe ningún tipo de sanción o penalidad en caso de no acceder a la operación de esterilización.
- Se prohíbe toda forma de presión, coacción, violencia o manipulación sobre la persona usuaria, su pareja, sus familiares o su representante legal.
- Se debe entregar, por lo menos, una copia del documento firmado al establecimiento ya la persona usuaria.

2.2. Definición de las responsabilidades

2.2.1. De la persona usuaria

De acuerdo al modelo de consentimiento informado, la persona usuaria que lo firma solicita la operación y manifiesta haber recibido toda la información pertinente para hacer una elección libre e informada. Declara, asimismo, que le han entregado información apropiada y adecuada y que comprende los conceptos referidos a la existencia de otros métodos anticonceptivos, los riesgos de la esterilización quirúrgica, la falibilidad del método y la posibilidad de desistir de la operación. Implícitamente, el texto del documento de consentimiento informado está diseñado para eximir al sistema de salud ya su personal de toda responsabilidad frente a la persona usuaria en el proceso de la

¹⁴ Oficio 326-98/DP de 29 de octubre de 1998

orientación y consejería, la intervención quirúrgica y el seguimiento post operatorio comprendidos en este método de anticoncepción quirúrgica.

2.2.2. Del médico

En el manual se afirma que un médico (el cirujano o el ayudante) debe firmar el consentimiento informado¹⁵. Sin embargo, se presenta un modelo que no tiene un espacio para la firma del cirujano y en el que no queda claro quién debe firmar por parte del sistema de salud ni qué responsabilidad asume¹⁶. Tampoco queda claro en qué momento atendió a la persona usuaria. ¿Se trata del personal que atiende la solicitud para que se programe la realización de la operación?, ¿se trata del personal que ha hecho la consejería, ha explicado los detalles del procedimiento de esterilización quirúrgica, sus riesgos y posibles fallas?, ¿se trata del médico que ha hecho las evaluaciones y la consejería para ayudar a la persona a elegir el método anticonceptivo?, ¿se trata del médico que se responsabiliza por las evaluaciones pre operatorias y por la intervención quirúrgica? o ¿se trata de los responsables del seguimiento?

2.2.3. Del establecimiento de salud

En el modelo de consentimiento informado no existe ningún espacio para identificar el nombre del establecimiento de salud ni del departamento que organiza y se hace responsable de la operación. Tampoco existe alguna identificación del establecimiento en que se brindó la consejería.

2.3. La existencia de anticonceptivos

Al firmar el documento, las personas declaran conocer que "hay" métodos anticonceptivos temporales, que pueden utilizarlos y que han sido informados de su existencia verbalmente y por escrito. Sin embargo, en el documento no se especifica que los anticonceptivos temporales se hallan a disposición de la persona usuaria, que todos son gratuitos y que le han sido ofrecidos como alternativa al método permanente. Esta información es fundamental para evitar que por problemas de re-abastecimiento del "stock" de anticonceptivos las personas se vean obligadas a utilizar como única alternativa la esterilización quirúrgica.

¹⁵ Manual de Normas..., Op. Cito, p017

¹⁶ El documento dice: "Firma del Personal: (Médico, Obstetrix o Enfermera) que atiende a la (el) usuaria (o). Ibid., p. 52. Anexo 1

2.4. La diferencia entre las características de una operación de vasectomía y una de ligadura de trompas y sus posibles complicaciones

Técnicamente, las esterilizaciones son procedimientos quirúrgicos simples. Son cirugías intermedias para el caso de las esterilizaciones femeninas y menores para las masculinas. En el documento de consentimiento informado, diseñado para hombres que se hacen la vasectomía y mujeres que se hacen la ligadura de trompas, los dos sexos reciben una información igual sobre la operación, sus riesgos y complicaciones eventuales, y no se resalta que la ligadura de trompas es una cirugía intermedia.

Al firmar el documento, hombres y mujeres declaran que se les ha explicado los riesgos y complicaciones eventuales de la operación. Para ambos tipos de operación debieran indicarse las complicaciones posibles¹⁷ 17 y especificarse que en caso de aparecer éstas, las personas deben acudir inmediatamente a buscar atención al centro de salud más cercano para recibir atención sin costo alguno.

2.5. Falla del método

La falla de la esterilización es un evento predecible, con una tasa de ocurrencia conocida. Esto es común a todo proceso que involucra actividades dependientes de acciones humanas, como por ejemplo, la destreza técnica del cirujano. En el formato de consentimiento adjunto al manual, la persona declara conocer la posibilidad de falla en el método. Sin embargo, en el manual se sugiere que de no haberse seguido las instrucciones pos operatorias, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar no asumiría el gasto de este embarazo. Debe quedar claro que no seguir las instrucciones pos operatorias, sólo puede ser causa de falla del método en el caso de los varones adecuadamente esterilizados y que inician su actividad sexual no protegida por otro método tempranamente luego de la cirugía. En todos los otros supuestos la falla del método se debe considerar dentro del grupo de errores predecibles, por lo tanto, tributarios de una compensación económica.

2.6. La gratuidad de todos los anticonceptivos no queda clara

La hoja de consentimiento informado afirma que "La operación y servicio de anticoncepción será gratuito, así como la atención y las medicinas que requiera después de la operación si tengo alguna complicación." Sin embargo, no deja claro que los servicios de anticoncepción y todos los anticonceptivos son gratuitos. no sólo la operación de esterilización quirúrgica.

¹⁷ Pese a que no se encuentran en la hoja de consentimiento informado, se señalan en el punto 6 del Anexo 3 del manual. Allí se explica: "aunque las complicaciones son muy poco frecuentes, usted debe estar atenta a la aparición de: dolor o hinchazón en el área operada que no desaparece o empeora, fiebre, salida de pus o sangre por la herida, sangrado vaginal no menstrual..

3. Problemas relacionados con los aspectos médicos

3.1. Alto riesgo reproductivo como eje central para la decisión de la esterilización quirúrgica

Según el manual, la razón fundamental para decidir una esterilización quirúrgica radica en la presencia de un alto riesgo reproductivo.

Al respecto, el primer problema surge cuando se describe como alto riesgo reproductivo a una serie de condiciones que son contraindicaciones relativas o absolutas para una cirugía. Más aún, se menciona que la presencia de estas condiciones puede ser razón para la renuncia al plazo de 72 horas de reflexión. Esto expone a graves riesgos a las potenciales usuarias.

La presencia de alto riesgo reproductivo (alto riesgo obstétrico) es indicación para que el personal de salud informe sobre todos los métodos anticonceptivos. En este proceso es finalmente el médico quien puede sugerir los métodos más adecuados, de acuerdo a las características de la persona. Esto no conduce necesariamente a la esterilización; es únicamente la persona quien pondera y decide finalmente qué método utilizar.

3.2. Alto riesgo quirúrgico

En la descripción del alto riesgo quirúrgico no queda claro que algunas enfermedades son indicación para posponer la cirugía. Lo que más bien se desprende de esta descripción es que no existiría una contraindicación absoluta para la cirugía¹⁸. Si bien teóricamente esto puede ser cierto, en el contexto de la atención de salud en el Perú puede resultar muy perjudicial para las probables usuarias.

Usualmente en el Perú las enfermedades crónicas no se tratan de forma apropiada, debido a la escasez de recursos ya la falta de una adecuada cobertura de atención. Por lo general en nuestro medio, un diabético, un hipertenso o una persona con enfermedad cardiovascular se va a presentar a la atención con una enfermedad no controlada o parcialmente tratada. Por todo ello, la presencia de estas enfermedades debe ser considerada como una contraindicación de la cirugía, a no ser que se asegure una estabilización y adecuado tratamiento de las mismas.

Adicionalmente, el manual debe mencionar el carácter electivo de esta cirugía y utilizar los criterios de elegibilidad de la OMS.

¹⁸ Ibid., pp.27-28

3.3. Evaluación pre operatoria

Entre las evaluaciones pre operatorias indicadas en el manual¹⁹, falta consignar pruebas de sangre, importantes en las mujeres mayores de 40 años. Considerando que en su mayoría las usuarias potenciales de la esterilización quirúrgica de este grupo de edad están en sobrepeso y que el 10 % son obesas²⁰, es necesario que en la evaluación pre operatoria se consignent pruebas como por ejemplo, glucosa o hemoglucotest.

3.4. Seguimiento pos operatorio

3.4.1. Manejo y seguimiento pos operatorio

Al tratar el manejo pos operatorio inmediato, en el manual se señala que debe realizarse la maniobra de Romberg²¹ (signo de alteración en el equilibrio, para buscar daño en el aparato vestibular o compromiso cerebeloso), antes de dar el alta²². La maniobra señalada no sirve para evaluar si la persona está apta para el alta. Debería decir "buscar ortostatismo", anormalidad a observar en el pos operatorio, que puede deberse a sangrados, efectos anestésicos u otros.

3.4.2. Atenciones pos operatorias

Para quienes siguen las normas del manual, es posible considerar que el seguimiento pos operatorio concluye con el alta del paciente. No se definen las responsabilidades ni el tipo de atenciones que requiere el pos operatorio inmediato ya mediano plazo.

3.4.3. Falta de especificaciones respecto al descanso pos operatorio

Los procedimientos señalados en el manual para dar las indicaciones sobre el descanso pos operatorio suponen que las mujeres no trabajan ni hacen esfuerzo físico, más allá del que hace el prototipo de ama de casa con facilidades y comodidades típicas de un sector de clase urbano, moderno y acomodado. Sin embargo, tanto las mujeres de sectores populares residentes en áreas urbanas como las mujeres de áreas rurales, hacen además del trabajo doméstico y el de subsistencia en áreas rurales, alguna otra actividad económica vinculada a la agricultura o los servicios. Generalmente, los trabajos que realizan, por las condiciones en que tienen que hacerlos, requieren de esfuerzo físico y de su presencia cotidiana. Esto último, debido a que no

¹⁹ 19Ibid., p. 28

²⁰ Ver encuesta ENDES y literatura peruana sobre diabetes y sobrepeso.

²¹ "Manual de Normas...", Op. Cit, p.38

²² Ibid., p.38

están en regímenes laborales con beneficios sociales tales como días de descanso médico. Las indicaciones sobre el descanso médico deben considerar el tipo de actividad de las mujeres y especificar, de acuerdo a ellas, el tiempo que les tomará reanudar sus actividades normales.

3.5. Manejo de complicaciones

Las normas sobre el manejo de posibles complicaciones tales como las lesiones accidentales de vejiga o de intestino detectadas al momento de la cirugía, deben precisar qué procedimientos preceden a las especificaciones que se señalan en el manual²³. Con respecto a esto, una reparación rápida²⁴ es posible si y sólo si se observan los siguientes principios:

- Adecuada exposición de todas las lesiones.
- Posibilidad de reparar todas las lesiones.
- Lavado peritoneal.

Estas premisas difícilmente pueden ser realizadas a través de la pequeña incisión de la esterilización quirúrgica. La ampliación de la incisión y el lavado peritoneal son procedimientos dolorosos y es técnicamente improbable realizarlos con anestesia local.

La posibilidad de tener acceso a anestesia general o regional y la presencia de un cirujano entrenado, capaz de reparar estas lesiones, debe ser requisito obligatorio para la calificación de los "puntos de entrega de servicio" (PES). Una única alternativa posible sería el requisito que asegure la posibilidad de realizar un traslado inmediato a un centro de atención de salud de mayor nivel

4. Recomendaciones

- 4.1. Elaborar el "Manual de Planificación Familiar", que incluya normas y procedimientos para el tratamiento de la salud reproductiva, la información, orientación, consejería y atención en todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los definitivos.
- 4.2. Asumir las sugerencias sobre el consentimiento informado enviadas por la Defensoría del Pueblo al Ministerio de Salud en octubre de 1998.

Establecer que es obligatorio entregarle un documento de consentimiento informado para su consideración a todas las personas que han manifestado interés en el método anticonceptivo permanente. Este documento debe estar en poder de la persona para su revisión todo el tiempo que ella considere necesario antes de firmarlo por

²³ Ibid., p.40-41

²⁴ Ibid , p. 40-41

primera vez. Por ninguna razón se puede presentar el documento para que lo firme una persona en situación de estrés, o estando sedada.

Se debe normar que el documento contenga la información comprensible sobre la operación, sus características, sus riesgos, el cuidado pos operatorio, la disponibilidad de otros métodos anticonceptivos temporales y gratuitos, la permanencia e irreversibilidad del método y la posibilidad de desistimiento de la persona sin perder ningún beneficio de los que otorgan los servicios del Estado. Se debe asegurar que el documento de consentimiento informado señale las obligaciones del sistema de salud respecto a las personas a las que se les interviene quirúrgicamente para la anticoncepción y que en el mismo se identifique, clara y completamente, tanto el establecimiento de salud como los médicos que se responsabilizan del proceso de orientación, de la operación y del seguimiento pos operatorio.

En caso de personas analfabetas, ellas deben colocar la huella digital delante de un testigo elegido por ellas, que bajo ningún concepto puede ser el personal de salud. Los datos personales de quien testifica deben estar claramente consignados en la hoja de consentimiento informado.

- 4.3. Eliminar la posibilidad de que las mujeres renuncien expresamente al periodo de reflexión de 72 horas, pues al ser una operación electiva, no existe situación alguna que justifique esa renuncia. Esta hoja de renuncia anula el plazo recomendado por la Defensoría del Pueblo para que la persona reflexione sobre su decisión de optar por el método anticonceptivo permanente .
- 4.4. Reformular las definiciones y procedimientos sobre el proceso de consejería y orientación para las esterilizaciones quirúrgicas. La reformulación debe considerar que el programa de planificación familiar debe hacer todos los esfuerzos por asegurar que las personas tengan los elementos de información general y de evaluación de sus condiciones médicas y circunstancias sociales para tomar la decisión que les parezca más apropiada. Para que las personas tomen esa decisión en forma libre y sin presión alguna, las sesiones de orientación tienen que hacer referencia tanto a la irreversibilidad de estos métodos anticonceptivos y las indicaciones para el pre y pos operatorio²⁵ como las referidas a los efectos secundarios y riesgos de dichos métodos. Tienen que tener claro, en todo momento, que su decisión sólo es irreversible después de la operación, por lo que pueden desistir de la misma en cualquier momento, aun en la sala de operaciones. Los procedimientos de la etapa de consejería tienen que contar con formas de registro y seguimiento establecidos en el manual que permitan estandarizar el seguimiento y ajuste de los mismos.

²⁵ Carta SA-AM-N°0284-98 suscrita por el doctor Marino Costa Bauer, ex Ministro de Salud, al Defensor del Pueblo, en *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, 1998, Lima, agosto, p.57

4.5. Corregir errores y omisiones de los aspectos médicos tratados en el manual. Se debe mejorar las normas que pautan la selección de personas usuarias de los métodos anticonceptivos permanentes, incluyendo los criterios de elegibilidad para este tipo de cirugía intermedia aceptados internacionalmente; definir claramente el manejo pre operatorio; especificar las indicaciones pos operatorias para situaciones que se presentan frecuentemente en el corto plazo y otras que surgen en el mediano y largo plazo. Se debe asegurar el tratamiento gratuito de las complicaciones que surgen como consecuencia de las intervenciones de esterilización quirúrgica.

5. Destinatarios del informe

- Ministro de Salud
- Director del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar

Lima, 3 de marzo de 1999