

61. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Dra. Judith Toro Merlo

A continuación vamos a revisar el tema violencia basada en género (VBG) o violencia contra la mujer y esperamos cumplir con los siguientes objetivos

- Definir VBG.
- Actualizar la prevalencia de la VBG.
- Revisar las repercusiones de la VBG sobre la embarazada y el neonato.
- Precisar las responsabilidades de los profesionales de la salud en este tema.

MUJERES Y NIÑAS VULNERABLES

Las mujeres y niñas constituimos una población vulnerable a lo largo de toda la vida: desde el nacimiento hasta la muerte. Los occidentales muchas veces pensamos que las situaciones de abuso extremo contra las mujeres ya no existen y sin embargo, cuando revisamos con detenimiento nos damos cuenta hechos abominables como ablación del clítoris, infanticidio femenino, aborto selectivo, asesinatos por honor, iniciación sexual temprana, violaciones y violencia doméstica, por nombrar algunos se cometen todos los días, muchas veces amparados o disimulados por “creencias religiosas” o “parte de la cultura de un pueblo”.

Podemos revisar el caso de Aisha, un una historia...un ejemplo. Este caso lo ha narrado toda la prensa, del mundo y nos hemos estremecido con un sentimiento de impotencia.

“Desde su niñez Aisha, ha tenido que llevar consigo el peso de la violencia que se vive en Afganistán en contra de las mujeres. Ella fue obligada a los 13 años a casarse como pago de un asesinato cometido por un primo de su papá. Desde ese momento empezó el calvario para esta adolescente que apenas empezaba a ser mujer, sus suegros le pegaban constantemente y la trataban como una esclava.

A los 19 años decidió abandonar a su esposo. Piensa, que si no lo hubiera hecho, quizás ya estaría muerta. En consecuencia, Aisha fue mutilada por su esposo en cumplimiento de un castigo ritual ordenado por un líder talibán.

Actualmente Aisha fue tratada en España y otros países de Europa, donde le reconstruyeron las lesiones orgánicas, pero ¿Puede mejorar de las lesiones psicológicas y morales?



PREVALENCIA

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA)

- Una de cada 5 mujeres han sido objeto de violencia en algún momento de su vida.
- Una de cada 3 mujeres han sido objeto de violencia en algún momento de su vida.
- Más de 1/5 de las mujeres en el mundo sufren violencia física o sexual.

Cada año:

- Dos millones de niñas son mutiladas.
- Dos millones de niñas entre 5-15 años son introducidas en el mercado comercial del sexo.
- Se estima que 2,5 millones de personas son traficadas, la mayoría de ellas mujeres y niños/as.

Las cifras mundiales nos señalan que

- Entre el 6 % y el 59 % de las mujeres reportan intentos de sexo forzado por su pareja íntima por lo menos una vez en la vida.
- Entre 0,3 % y 12 % de mujeres reportan haber sido víctimas de violencia sexual por una persona que no es su pareja. UNFPA-2007
- Entre 1 % y 28 % de mujeres reportan haber sido físicamente abusadas durante el embarazo por su pareja íntima.
- De 7 % a 48 % de las adolescentes reportan haber tenido su primera relación sexual forzada.
- Aproximadamente 20 % de las mujeres reportan haber sido abusadas sexualmente cuando eran niñas.

En consecuencia, las mujeres adolescentes y adultas, que han sido objeto de abuso sexual tienen mayor riesgo de relaciones sexuales sin protección con riesgo de ITS incluyendo VIH/SIDA y de embarazos no deseados. Muchas víctimas de violación tienen 9:1 probabilidades de suicidio.

Estas cifras hacen que la VBG se considere un problema de salud pública y que a lo largo de muchos años se haya enfocado el tema en forma conjunta por las organizaciones de mundo estableciéndose múltiples Pactos,

Convenciones y Conferencias Mundiales en defensa de los Derechos de las Mujeres, entre ellos:

- 1975 Conferencia Mundial del año Internacional de la Mujer, México.
- 1979 Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- 1980 Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer; Igualdad, Desarrollo y Paz. Copenhague.
- 1985 Conferencia Mundial para el examen y evaluación de los logros de las Naciones Unidas para la Mujer; Igualdad, Desarrollo y Paz. Nairobi.
- 1993 Declaración Sobre la Eliminación de Toda Forma de Violencia Contra la Mujer (ONU 1993).
- 1994 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención De Belém Do Pará”.
- 1995 Conferencia Mundial sobre la Mujer; Acción para la igualdad, el desarrollo y la paz. Beijing.
- 2000 Objetivos del Milenio.

Nuestros países firmaron estos convenios, y las organizaciones de nuestra especialidad FIGO, FLASOG y por tanto las Sociedades de cada país adquirimos el compromiso, como médicos de la mujer que somos de tratar el tema y de enfocar desde la perspectiva médica las soluciones al mismo.

En respuesta a ello, muchos países sancionaron leyes específicas para la protección de las mujeres Panamá (1995), Nicaragua (1996), Paraguay (1997), Rep. Dominicana (1997), Bahamas (1997), Bolivia – Colombia – Perú (1998), México (1998), Venezuela (1998-2007). Otros incluyeron artículos a tal efecto en sus códigos penales

De acuerdo con Asamblea General, ONU, 1993 se entiende como VBG o violencia contra la mujer “Todo acto de violencia que resulte o pueda resultar en daño físico, sexual o psicológico de la mujer e inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad tanto que ocurran en la vida pública o en la vida privada.”

Se denomina así porque coloca a mujeres y niñas en una posición de subordinación. Es una posición de poder y control donde lo masculino siempre es superior y lo femenino siempre es inferior.


Los hechos de violencia contra la mujer es la más grande violación de los derechos humanos que repercuten en la vida y la salud de las mujeres de manera especial en su salud sexual y reproductiva.

TIPOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

En Venezuela, mi país la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su artículo

15, define diecinueve tipos de violencia:

Artículo 15. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Violencia psicológica • Acoso u hostigamiento • Amenaza • Violencia física • Violencia doméstica • Violencia sexual • Acceso carnal violento • Prostitución forzada • Esclavitud sexual • Acoso sexual | <p style="text-align: center;">Formas de violencia de género en contra de las mujeres</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Violencia laboral • Violencia patrimonial y económica • Violencia obstétrica • Esterilización forzada • Violencia mediática • Violencia institucional • Violencia simbólica • Tráfico de mujeres... • Trata de mujeres... |
|---|--|

Considera las formas tradicionales y más conocidas de VBG, hace una separación en diferentes tipos de violencia sexual, tráfico y trata de mujeres a las diferentes edades, e incorpora nuevas formas de violencia como la laboral, la patrimonial, la mediática y la simbólica y por último introduce el término violencia obstétrica que se refiere al trato de la embarazada por el personal de salud, que merecería una consideración especial, pero que no estema específico de esta revisión.

En términos generales se reconocen:

- Violencia psicológica o emocional
- Violencia física
- Violencia sexual
- Violencia económica y patrimonial

Violencia psicológica

Es una de las más comunes, pero de las más difíciles de demostrar. Incluye tratos humillantes y vejatorios, comparaciones destructivas menosprecio, vigilancia constante, celotipia.

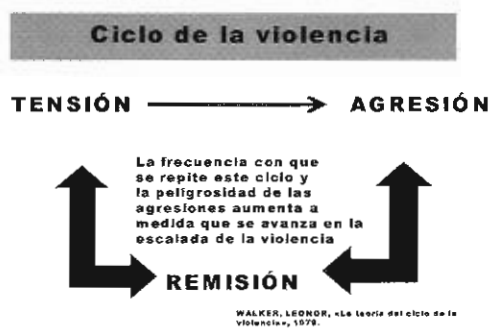
Violencia física

Es la que la mayoría de las personas reconocen, porque deja huellas visibles. Se manifiesta por el uso de fuerza física con golpes, puñetazos, bofetadas cortes quemaduras tracciones de pelo, heridas con arma blanca o de fuego, etc.

Violencia sexual

Contacto sexual no deseado oral, vaginal, anal, actos lascivos





Hay dos conceptos importantes en VBG, la escalada de la violencia y el círculo de la violencia de Leonor Walker.

La escalada se refiere al comienzo leve de la violencia, comienza como una discreta violencia psicológica, pequeñas agresiones físicas y llega a causar grandes daños orgánicos. El ciclo de la violencia (Walker), se refiere a las situaciones de tensión, que llevan a la agresión que remite dando paso al arrepentimiento y promesas de que se repetirá esta situación, hasta que nuevamente se acumula la tensión y comienza nuevamente el ciclo. Ambos escalada y ciclo van en paralelo

CONSECUENCIAS DE LA VBG SOBRE LA SALUD

La agresión del compañero, la agresión sexual y el abuso sexual tienen consecuencias mortales y no mortales.

Las consecuencias mortales incluyen homicidio, suicidio, mortalidad materna y enfermedades relacionadas con infecciones de transmisión sexual no curables como VIH/SIDA y VPH (cáncer de cuello uterino).

Consecuencias no mortales podemos observarlas como alteraciones en:

- Salud física
- Trastornos crónicos
- Salud mental
- Comportamiento negativo respecto a la salud
- Salud reproductiva

Consecuencias en salud física:

- Lesiones
- Daño funcional
- Síntomas físicos
- Salud subjetiva deficiente
- Discapacidad

Consecuencias con trastornos crónicos:

- Síndromes de dolor crónico
- Trastornos gastrointestinales: intestino irritable
- Somatización de dolencias

Salud mental:

- Estrés postraumático

- Depresión - Ansiedad
- Fobias, trastornos de pánico
- Trastornos del apetito
- Disfunción sexual
- Falta de autoestima
- Abuso de sustancias

Comportamiento negativo respecto de la salud:

- Hábito de fumar
- Abuso de alcohol y drogas
- Comportamiento sexual riesgoso
- Inactividad física
- Comer demasiado

Salud reproductiva:

- Embarazo no deseado, debido a violación o incapacidad de uso de anticonceptivos.
- Problemas ginecológicos: EPI, dolor pélvico crónico, trastornos menstruales, ITS.
- Aborto en condiciones de riesgo. Complicaciones del embarazo: poco aumento del peso materno, anemia, infecciones.
- Abortos espontáneos, parto prematuro RNBP y daño o muerte fetal.
- Existen reportes de MM a consecuencia de VBG.

Los niños que presencian violencia en el hogar pueden presentar:

- Trastornos del comportamiento: ansiedad, desempeño escolar deficiente, escaso amor propio, desobediencia, pesadillas, problemas de salud física.
- Agresividad en la niñez, adolescencia y adultez.
- Mayor probabilidad de sufrir abuso físico, sexual y emocional.
- Mayor probabilidad de muerte antes de los 5 años.

Esto constituye problemas en:

Salud pública por los costos altos en la atención de lesiones graves, y en el manejo de problemas psicológicos. La atención ambulatoria de estas pacientes es más frecuente.

Sociales costos incurridos por la participación de policías, tribunales, servicios jurídicos. Costos para rehabilitar a los agresores. Costos de servicios sociales. Menor capacidad de desarrollar potencial productivo de las mujeres agredidas. Ausencias y problemas para desarrollar en el trabajo. Menor remuneración



Violencia basada en género

Elementos básicos de la actuación médica

- Identificar
- Valorar los peligros
- Registrar
- Fortalecer el apoyo y orientación
- Referir a la denuncia y seguimiento

El personal de salud debe identificar o realizar detección de manera rutinaria de la existencia de VBG en todas y cada una de las mujeres que atendemos. Se describen dos formas:

- Preguntar solamente cuando hay sospecha de violencia.
- Detección focalizada “sólo en servicios centinelas” o piloto como las emergencias hospitalarias, atención gineco-obstétrica o de salud mental.

VALORACIÓN DE DAÑOS Y PELIGROS

Se nos pueden presentar varios escenarios:

- Mujer de quien sospechamos que sufre violencia o malos tratos.
- Mujer que reconoce sufrir violencia o malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos que se encuentra en peligro extremo.

Cada una de estas situaciones tiene un enfoque diferente que se basan sobre la gravedad del hecho y la severidad de las repercusiones, pero todas ameritan un enfoque multi e interdisciplinario con la participación de médicos, abogados, trabajo social, psicólogos en donde se apoye a la mujer y su familia y se participen los derechos que la asisten.

DENUNCIAR AL AGRESOR

Es uno de los puntos más importante en el manejo de los casos de violencia. Según las disposiciones legales vigentes en Venezuela los profesionales de la salud deben hacer la denuncia ante las autoridades competentes en un lapso de veinticuatro horas, la omisión será objeto de sanciones. Pero independientemente de las sanciones nuestro principal compromiso es con la mujer y una denuncia a tiempo puede salvar una o varias vidas.

El agresor debe recibir atención para canalizar la violencia y pueda ser reinsertado socialmente con una vida sana.

CONCLUSIONES

- La VBG es un riesgo para un amplio grupo de mujeres porque es problema de salud y causa potencial de problemas de salud para el neonato, el infante y el niño

- Afecta el bienestar de las mujeres, su productividad y su capacidad de apoyar a sus niños y a sus familias
- Los costos humanos y económicos de este problema imponen que la SP y los proveedores se eduquen a sí mismos en este tema e implementen la prevención y estrategias responsables.
- La VBG es también una violación de los DH y por tanto es esencial un marco de DH que guíe las políticas públicas y la acción de los profesionales de la salud

“La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podremos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz”

Kofi Annan,
Secretario General de las Naciones Unidas
1993



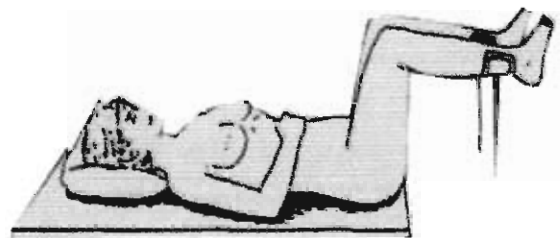
Terminemos con las palabras de Kofi Annan:

62. EVALUACIÓN DE LA INTEGRIDAD SEXUAL

Dra. Sonia Mallaupoma Povez

EXAMEN EN POSICIÓN GINECOLÓGICA:

Sirve para exponer de manera adecuada los órganos genitales, traccionando los labios mayores se expone el himen, para determinar sus principales características tales como: forma, bordes, lesiones, etc.

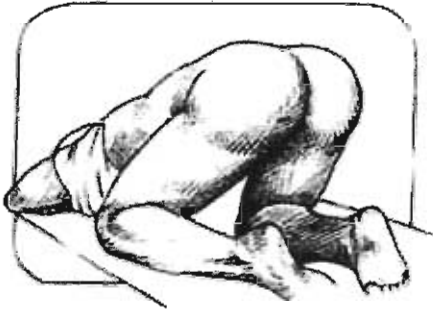


Exposición del Himen:



EXAMEN EN POSICIÓN GENUPECTORAL:

Para la exposición adecuada de la región anal



ESTUDIO DEL HIMEN:

El Himen es la membrana que se inserta en el límite del conducto vaginal y la vulva.

El himen es una membrana de tejido conjuntivo con gran cantidad de fibras elásticas y colágenas, recubierta por epitelio estratificado no queratinizado. Generalmente no contiene músculo ni glándulas y su inervación es escasa.

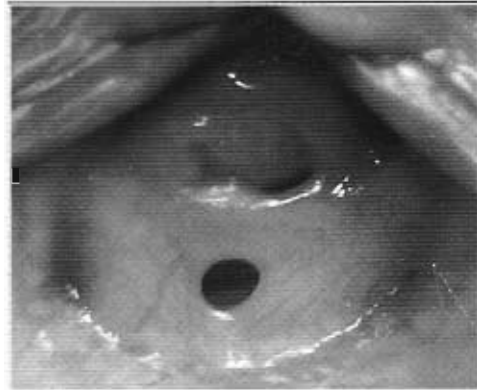
El Himen tiene 2 bordes, un borde fijo que se implanta en la mucosa vestibular y un borde libre que forma el introito vaginal y entre ambos se encuentra la orla o himeneal.



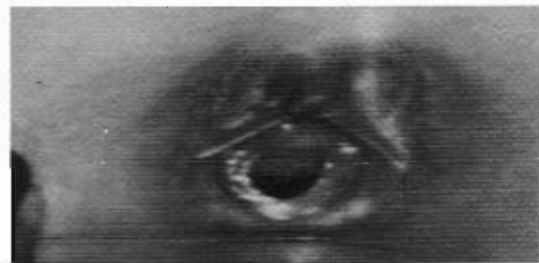
TIPOS DE HIMENES

HÍMENES TÍPICOS CON BORDES LIBRES REGULARES

HIMEN ANULAR:



HIMEN SEMILUNAR:

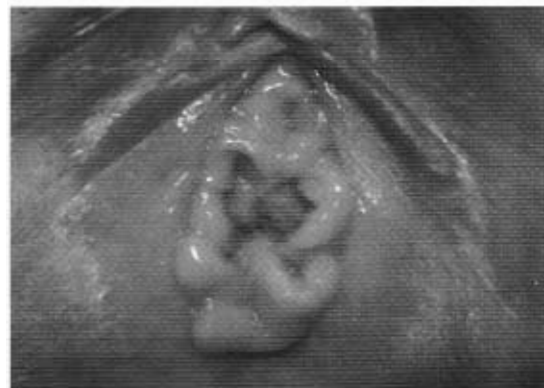


HÍMENES TÍPICOS CON BORDES LIBRES IRREGULARES

HIMEN FESTONEADO:



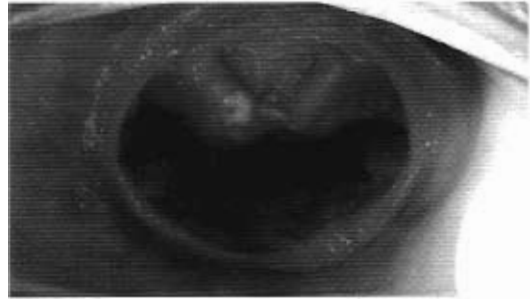
HIMEN ESPIRALADO:



HIMEN CORALIFORME:



HIMEN COMPLACIENTE:



HÍMENES ATÍPICOS

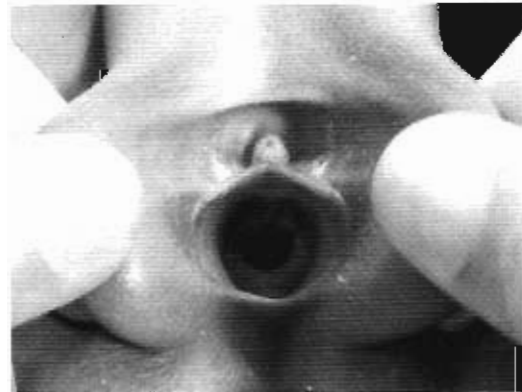
HIMEN IMPERFORADO:



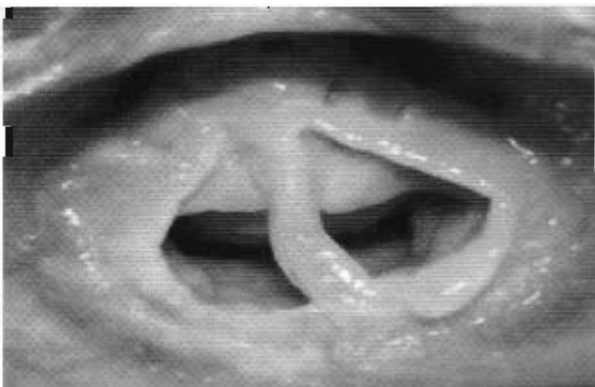
INTEGRIDAD DEL HIMEN

HIMEN INTEGRO:

Es el himen intacto, íntegro, que no presenta desgarros



HIMEN TABICADO:



DESFLORACIÓN:

Es la primera ruptura del himen, que se evidencia con la presencia de desgarró(s).

El desgarró himeneal es una solución de continuidad, única o múltiple, que puede ser incompleto o completo cuando llega al borde de implantación

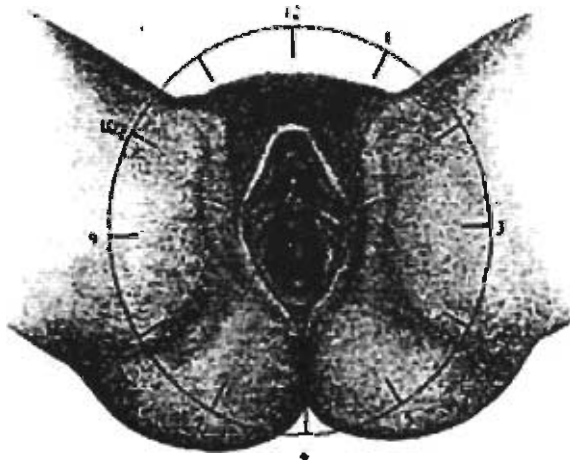
TIPOS DE DESGARRO HIMENEAL:

Desgarró Completos (se extiende desde el borde libre hasta la inserción).

Desgarró Incompletos (no llegan al borde de inserción o implantación).

UBICACIÓN DE LOS DESGARROS:

Los desgarró se describen según la técnica del Cuadrante Horario de Lacassagne, que permite ubicar los desgarró y describir su ubicación en el sentido horario, en números romanos (de la I hasta las XII horas).

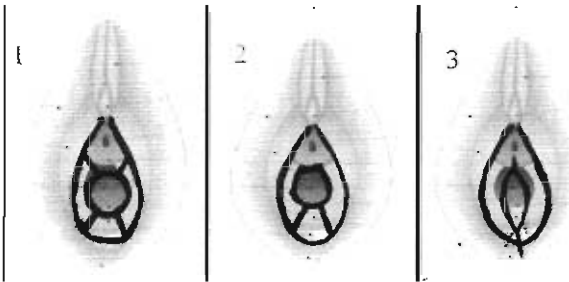


UBICACIÓN FRECUENTE DEL DESGARRO SEGÚN EL TIPO DE HIMEN

Himen Anular: Horas II, V, VII, X.

Himen Semilunar: Horas IV Y VIII.

Himen Bilabiado: Horas VI y XII.



TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES HIMENEALES:

DESGARROS RECIENTES: (evolución menor de 10 días).

Es la solución de continuidad del Himen el cual está acompañado de signos vitales perilesionales: sangrado o hemorragia, equimosis, congestión, eritema, edema, tumefacción.

Los bordes del desgarro generalmente no se vuelven a unir espontáneamente,

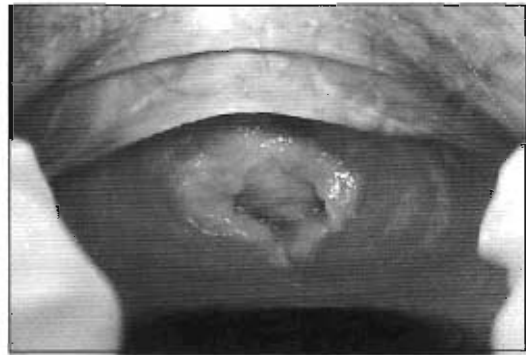
En algunos casos, en la base del desgarro y en una muy pequeña extensión, (desgarros incompletos), los bordes pueden volver a unirse dando una leve línea blanquecina cicatrizal.



DESGARROS ANTIGUOS:

Son aquellos cicatrizados, la evolución normal de un desgarro himeneal presenta una cicatrización de los colgajos himeneales, en promedio a los 7 a 10 días.

En algunos casos los desgarramientos incompletos antiguos pueden ser confundidos con escotaduras congénitas, además se debe tener en cuenta que en la evaluación se puede encontrar desgarramientos recientes.



CARÚNCULAS MIRTIFORMES:

Son los restos himeneales en forma de mamelones que quedan como consecuencia de un parto vaginal.



HIMEN COMPLACIENTE o DILATABLE:

El termino himen complaciente proviene de compliance (membrana con capacidad de distenderse o dilatarse).

Este tipo de himen atípico tiene un alto contenido de fibras elásticas, lo cual le permite distenderse durante el coito.

Para su diagnostico el Himen debe ser elástico y además tener un orificio amplio y dilatado con un diámetro de distensión mayor de 2.5cm.

Cabe resaltar que el Himen Complaciente o Dilatado, puede presentar desgarramientos ante cuando la agresión sexual se realiza con gran violencia, en presencia de procesos patológicos (infecciones o inflamaciones genitales), y cuando existe una desproporción anatómica entre el (los) agresor (es) y la víctima, o con el agente.

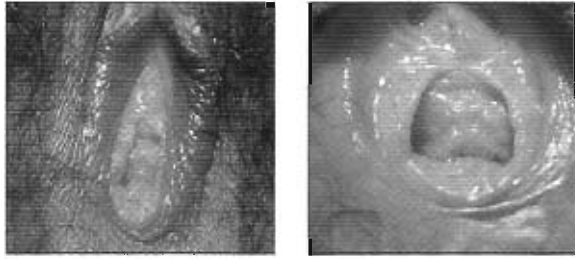
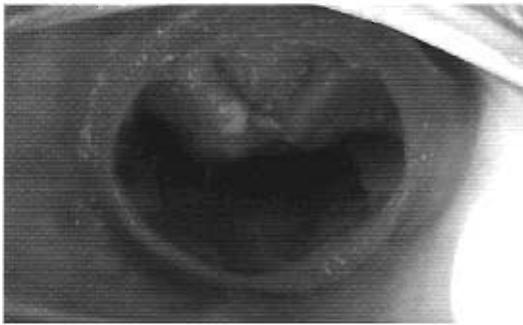


Foto 4. Himen dilatado. Se evidencia un orificio amplio a la exposición y el borde libre interno no presenta lesiones.

HIMEN DILATADO:

Es un tipo de himen complaciente, cuya orla es estrecha o angosta y en consecuencia, tiene un orificio himeneal grande, mayor de 2.5 cm. de diámetro.

El hallazgo de este tipo de himen, supone una situación controversial, ya que algunos autores refieren que es congénito y otros que es de tipo adquirido (debido a maniobras onanistas o maniobras digitales frecuentes).



EXAMEN DE LOS ÓRGANOS GENITALES INTERNOS FEMENINOS:

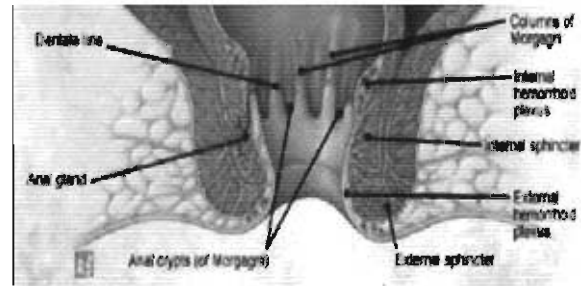
El examen de los órganos genitales internos se realiza estrictamente en pacientes tributarias al examen, con ayuda del espéculo vaginal, en el caso de sospecha de lesiones internas en el conducto vaginal o cérvix, con la finalidad de descartar hemorragia, gestación, aborto, infección pélvica, u otros (Ver la Guía de Atención de Gestantes y Atención Gineco-Obstétrica).

TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS:

Se puede aceptar de forma general, hasta un período máximo de 96 horas, para detectar cualquier célula espermatozoidal en vagina.

Es normal observar espermatozoides intactos (con cola) en vagina dentro de las 24 horas siguientes al acto sexual. Se tomarán 02 muestras por medio de hisopado según el caso, puede ser de la Región Vestibular, del Orificio Cervical Externo, del Fondo de Saco Vaginal Posterior (con la ayuda del Espéculo Vaginal), para buscar indicios de semen (espermatozoides, Fosfatasa ácida prostática) u otra evidencia, los cuales deben seguir los procesos de bioseguridad, cadena de custodia y preservación de las muestras.

ESTUDIO DE LA REGIÓN ANAL



CARACTERES SEMIOLÓGICOS DE LA REGIÓN ANAL:

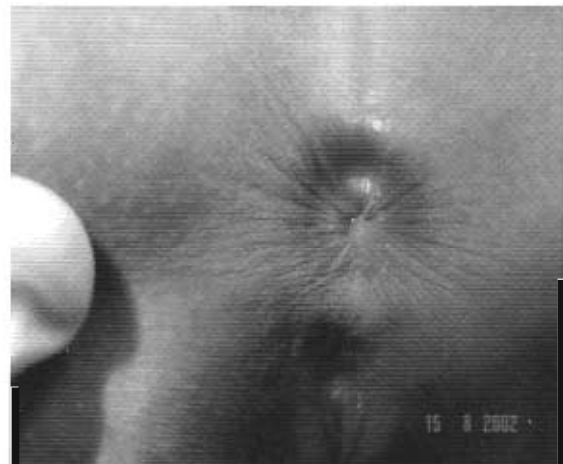
Forma: Dada por el orificio anal, puede ser: circular, oval, infundibular.

Tono: Generalmente es eutonico (tono normal), es decir permanece con el orificio cerrado, incluso mientras se está ejerciendo una suave separación glútea. El Tono también puede ser Hipotónico o Hipertónico.

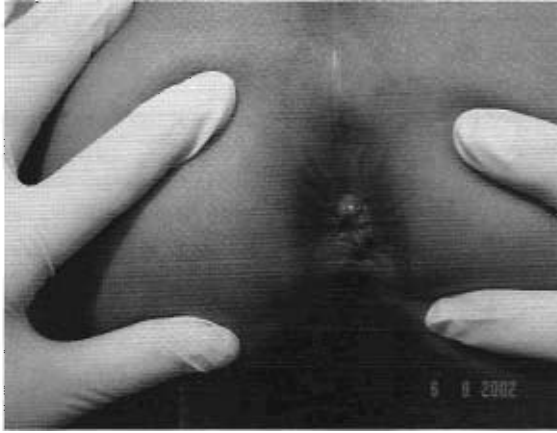
Diámetro: se mide el diámetro del orificio anal.

Algunos autores mencionan que ante el hallazgo de una dilatación mayor de 0,5 cm. que permanezca así aún después de cesar una separación suave de los glúteos, que por lo menos se haya mantenido durante 30 a 60 segundos, se deben sospechar maniobras sexuales a nivel anal. Pliegues perianales: Se distribuyen uniformemente en la región perianal, con una disposición radiada y convergen hacia el centro virtual o interior del orificio anal. En algunos casos, se puede observar el borrarriamiento "aplanamiento"

ANO EUTONICO, PLIEGUES PERIANALES REGULARES, NO LESIONES



PLICOMAS EM REGIÓN ANAL



LESIONES EN EL ÁREA ANAL

En la región anal se pueden encontrar, Fisuras, Cicatrices, Equimosis, etc.



Toma de muestras: La literatura refiere que se pueden encontrar cabezas de espermatozoides hasta dos o tres días de ocurrido el hecho, en ano y recto, pero espermatozoides intactos (con cola) rara vez se encuentran en ano o recto tras las 05 - 08 horas después del hecho. Se tomarán 02 muestras mediante hisopo humedecido en suero fisiológico, del área anal en búsqueda de evidencia biológica, como espermatozoides y/o fosfatasa ácida prostática.

63. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL PERÚ

Dr. Luis Távara Orozco

INTRODUCCIÓN

Esta presentación intenta precisar el concepto de salud sexual y reproductiva (SSyR), situar la SSyR dentro de los Derechos Humanos (DH) y como consecuencia dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR), discutir algunas cuestiones de género y examinar la situación de los DSyR en nuestro país.

Hoy en día, el cuidado de la salud se debe hacer con un enfoque de DH que se fundamenta en el respeto hacia la dignidad de las personas, dado que el ser humano es el centro de acción del Estado. Esto implica igualdad de trato y no discriminación en la atención de la salud ^(1,2)

Los DSyR de las personas, y en particular de las mujeres son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos que son universales, interdependientes e interrelacionados ^(3,4)

La sexualidad es un aspecto natural y precioso de la vida; es una parte esencial y fundamental de nuestra humanidad. Para que las personas logren el más alto estándar de salud deben primero estar empoderadas para ejercer sus decisiones en cuanto a su vida sexual y reproductiva, deben sentir confianza y seguridad para expresar su propia identidad sexual. En la actualidad, la discriminación, el estigma, el temor y la violencia plantean amenazas reales para muchas personas. Esas amenazas y las acciones que desencadenan impiden que muchas personas puedan ejercer sus derechos sexuales (DS) y alcanzar su salud sexual. Los DS deben ser respetados en toda prestación de servicios ⁽⁵⁾.

Los DS son un componente de los DH. Son un conjunto de derechos en evolución relacionados con la sexualidad, que contribuyen a la libertad, igualdad y dignidad de todas las personas y que no pueden ser ignorados ⁽⁶⁾.

Los DS deben garantizar la salud sexual que significa tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, esto es libre de enfermedades, lesiones, violencia, discapacidad, dolor innecesario o riesgo de muerte. De otro lado, los derechos reproductivos (DR) deben garantizar la salud reproductiva (SR), que es un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos ⁽³⁾.

Entonces, los DSyR son elementos integrales de los derechos de todas las personas a disfrutar del más alto estándar alcanzable de salud física, mental y social ⁽⁶⁾.

No existe un mejor lugar para comenzar a inculcar el respeto por los derechos y la dignidad humana que el pequeño mundo de la relación médico-paciente. Desde los tiempos de Hipócrates ha existido la tradición de que quienes ingresan a la profesión médica se comprometen a mantener los más altos estándares de integridad e idoneidad personal y a tener compasión por las personas puestas a su cuidado ⁽⁷⁾.

A pesar que se han hecho progresos, todavía existen grandes preocupaciones y deficiencias en materia de sa-

lud sexual y reproductiva. No solo escasean los recursos, sino que un área de gran preocupación es la reiterada violación de los DH de las mujeres, incluyendo los DSyR. El gran reto que enfrentamos hoy en día y que debe continuar pesando fuertemente en nuestra conciencia colectiva es el poco interés que aún existe frente a la mortalidad materna entre quienes toman las decisiones. Además, con frecuencia la SR resulta comprometida, no por falta de conocimientos médicos, sino debido a las violaciones de los DH de las mujeres, dado que su falta de poder constituye un gran riesgo para su salud ⁽⁸⁾.

No obstante los avances en SSyR y las reformas del sector salud, aún no se ha tomado debida cuenta que hombres y mujeres presentan diferencias en su salud, puesto que las mujeres tienen más necesidades de servicios, debido a su biología y su función reproductiva. Por otro lado se mantiene la discriminación, inequidad y exclusión de un número importante de mujeres, especialmente de las más pobres; lo que pone en grave riesgo su salud ^(2,5).

CONSIDERACIONES DE GÉNERO

De todos los daños a la salud, los daños a la salud reproductiva ocurren con una carga de 20% en las mujeres, en tanto que entre los hombres se dan en un 14%. Muchos de los problemas de salud relacionados al sexo o a la sexualidad dependen de la naturaleza de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Un indicador clave de las diferencias entre hombres y mujeres es la muerte materna (MM). Como sabemos, no existe “muerte paterna” relacionados al embarazo o al parto, porque estos solo ocurren en las mujeres. Una de las principales causas de MM es el aborto, que los hombres tampoco lo padecen ⁽²⁾.

A lo anterior debemos además sumar, que las mujeres padecen más violencia basada en género ⁽⁹⁾, mayor carga de ITS, que cada vez es más frecuente la infección por HIV a punto de partida de relaciones heterosexuales; y como si eso fuera poco, las mujeres padecen más inequidades sociales y económicas, al disponer de menor educación, menor capacidad económica y menor capacidad de decisión.

EL COMPROMISO DE FLASOG

En el año 2002, durante el Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología llevado a cabo en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) creó oficialmente el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos (Comité de DSyR). A este comité se le dio la estructura siguiente:

- Un coordinador general
- Cuatro coordinadores regionales, uno por cada región de FLASOG: México y países de El Caribe (México, Cuba y República Dominicana); países de América

Central (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá); países del grupo Bolivariano (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia); y países del Cono Sur (Brasil, Uruguay, Paraguay, Argentina y Chile)

- Una representante de las organizaciones de mujeres de la sociedad civil

En ese mismo Congreso, la Asamblea de FLASOG aprobó la Declaración de Santa Cruz, dentro de la cual asumió la defensa de los siguientes derechos sexuales y reproductivos:

- Derecho a una maternidad saludable y segura, sin riesgo de morir
- Derecho a una vida sexual libre de violencia y del riesgo de contraer una infección de transmisión sexual y un embarazo no deseado
- Derecho a la regulación de la fecundidad mediante el acceso a los métodos anticonceptivos que incluyen la anticoncepción de emergencia
- Derecho a la interrupción del embarazo dentro del marco de la ley
- Derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva
- Derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva

Luego de creado este Comité se recomendó a los países integrantes de FLASOG la conformación de comités nacionales como parte de las Sociedades o Federaciones de Obstetricia y Ginecología afiliadas a FLASOG y que cada uno de ellos incorpore representantes de la sociedad civil.

Habiéndose conformado estas estructuras, el Comité de DSyR de FLASOG ha desarrollado una intensa actividad a nivel regional y a nivel de países, llevando a cabo reuniones técnicas y Talleres de: derechos sexuales y reproductivos, violencia de género, anticoncepción de emergencia y aborto por causales de salud dentro del marco de la legislación de los países. Igualmente el Comité ha desarrollado talleres de Bioética y Clarificación de Valores para la Prestación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

El Comité de DSyR también ha participado en actividades de incidencia política en aspectos de Derechos Sexuales y Reproductivos en muchos países de la Región: Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Colombia, Ecuador, Perú, Brasil, Bolivia, Argentina y Chile.

Durante el año 2010 se ha desarrollado una intensa actividad a nivel regional y de países con la cooperación de UNFPA-LACRO, que ha llevado a la elaboración de

publicaciones puestas a consideración de los países, que pueden servir en el campo académico y en la prestación de servicios y cuya producción puede ser consultada en la página web de FLASOG y en la página web de SPOG.

Tomando como marco la relación de derechos cuya defensa ha sido asumida por FLASOG y, como consecuencia, por todas las Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología afiliadas, vamos a examinar la situación de los DSyR en el país.

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna, definida como la muerte de mujeres durante el embarazo o dentro de los 42 días de terminado el embarazo, a despecho de la duración y lugar del embarazo, por causas relacionadas a agravadas por la gestación o su manejo; pero no incluye las causas incidentales o accidentales ⁽¹⁰⁾. Es el indicador más sensible del nivel de atención de la salud reproductiva, por que usualmente expresa las grandes brechas existentes dentro de las poblaciones, en donde son las mujeres más desprotegidas, excluidas y discriminadas las que terminan su embarazo con una trágica muerte ⁽¹¹⁾.

Después de que lanzó la Iniciativa por una Maternidad Segura en Nairobi-Kenya, en el año 1987, se desarrollaron muchas intervenciones para lograr la reducción de las muertes maternas. En vista del escaso progreso alcanzado en los años siguientes se hizo una reevaluación de lo actuado, llegando a determinarse que las intervenciones más eficaces para enfrentar las muertes eran ^(12,13):

- El cuidado intraparto en las unidades de salud por personal calificado,
- Cuidados obstétricos de emergencia,
- Cuidado prenatal,
- Cuidado posparto,
- Planificación familiar,
- Aborto en condiciones seguras,
- No descuidar el origen multifactorial que tienen las muertes maternas.

Se han hecho esfuerzos por valorar el peso que tiene la tecnología en la reducción de la mortalidad materna y ha quedado claro la seguridad que ofrece la prestación de servicios por personal calificado al momento del parto ⁽¹⁴⁾. Igualmente, las agencias de NU han establecido claramente que la atención calificada debe ir de la mano con la disponibilidad de los cuidados obstétricos de emergencia, dado que las muertes nos sorprenden frecuentemente luego de una situación no prevista. Se ha podido determinar cómo estándar mínimo, que al menos el 15% de los nacimientos en la población deben ocurrir en centros de atención con servicios básicos y complejos que permitan responder eficientemente a las emergencias obstétricas ⁽¹⁵⁾, cuidando de no caer en lo que Thadeus y Maine defi-

nieron como los retrasos en la atención materna ⁽¹⁶⁾. Hoy en día se acepta comúnmente que para prevenir la MM el cuidado rápido de las complicaciones que es proporcionado, resulta en posibilidades más altas de sobrevivencia. El efecto de los retrasos en proporcionar los cuidados ha sido largamente aceptado como el principal determinante de estas muertes. Las tasas de muerte materna no deberían ser más de 1% de los casos que se presentan con complicaciones.

En la tabla 1 se puede ver la evolución de las razones de muerte materna (RMM) en el mundo y en diferentes regiones, pudiendo apreciarse importantes avances en la mayoría, excepto en el África, en donde aún espera un arduo trabajo ^(10,17,18).

TABLA 1. VARIACIÓN DE LAS MM DESDE 1990 A 2008 ^(*)

Región	1990		2008		Variación (%)
	RMM	#MM	RMM	#MM	
Mundo	400	546,000	260	358,000	-34 %
Regiones desarrolladas	16	2,000	14	1,700	-13 %
Comunidad Estados Independientes	68	3,200	40	1,500	-41%
Regiones en desarrollo	450	540,000	290	355,000	-34 %
África	780	208,000	590	207,000	-1.6 %
Asia	390	315,000	190	139,000	-52 %
LAC	140	17,000	85	9,200	-41 %
Oceanía	290	540	230	550	-22 %

(*) Modificado de la Referencia 10

La tabla 2, tomada de otro grupo de investigadores nos revela datos alentadores para los países de América Latina y Caribe, y con ellos el Perú, en donde la variación de la RMM desde 1990 hasta el año 2008 ha sido hacia una evidente reducción ⁽¹⁹⁾.

TABLA 2. VARIACIÓN DE LA RMM EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y CARIBE, 1990-2008

(*)

Pais	RMM 1990 (Intervalo)	RMM 2000 (Intervalo)	RMM 2008 (Intervalo)
Argentina	60 (53-68)	52 (46-59)	49 (43-55)
Bolivia	439 (276-666)	269 (168-413)	180 (110-284)
Brasil	112 (64-186)	69 (43-106)	55 (34-86)
Chile	44 (38-50)	24 (21-28)	21 (18-25)
Colombia	71 (62-81)	61 (54-70)	46 (41-53)
Ecuador	181 (114-281)	121 (69-196)	77 (48-119)
Paraguay	146 (92-224)	129 (80-200)	113 (70-173)
Perú	172 (110-262)	125 (79-195)	81 (50-123)
Uruguay	33 (27-39)	26 (21-32)	25 (18-31)
Venezuela	66 (58-75)	56 (49-63)	48 (42-55)

(*) Modificado de la Referencia 19

El dato obtenido para el Perú en esta última tabla tiene estrecha relación con la cifra de RMM publicada por ENDES 2009 que la reporta como 103 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos y con un intervalo de confianza de 50-157⁽²⁰⁾.

Estas cifras hablan del progreso obtenido por el Perú en los últimos años al haberse aumentado la proporción de mujeres embarazadas que tienen cuidado prenatal institucional (más del 90%), la atención del parto por personal calificado en los servicios de salud (más del 80%), al haber reducido las brechas de acceso a los servicios mediante el SIS y las casas de espera, al haberse operado la atención del parto con enfoque intercultural y otras medidas coadyuvantes.

Sin embargo, para poder alcanzar la meta del milenio de reducir en $\frac{3}{4}$ partes las MM será necesario enfatizar intervenciones complementarias, como⁽²¹⁾:

- Movilización de los comités de muerte materna,
- Mejorar los registros, y
- Utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades (21).

Así mismo,

- Empoderar a las mujeres, mediante la mejor información, acceso a la educación, igualdad de oportunidades y reconocer su derecho a tomar sus propias decisiones. De otro lado,
- Ampliar los servicios de salud,
- Mejoramiento de la calidad de los servicios,
- Atención humanizada del embarazo y parto con criterio integral de salud,
- Cuidar de los embarazos no deseados y de aquellos que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF)

Sigmund Freud, desde antes que se definiera la SSyR y los DSyR, expresaba “Uno de los mayores triunfos de la humanidad sería elevar la responsabilidad del acto de la reproducción a un nivel de acción voluntaria e intencional”, como queriéndonos decir que la función reproductiva debe estar supeditada a la decisión y a la voluntad de las personas y no a un hecho impuesto por terceras personas o por la sociedad. Justamente la planificación familiar, y la anticoncepción, en este tema juega un rol importante. El Population Reference Bureau sostiene que todo embarazo debe ser deseado y que gracias a la revolución de la tecnología, hoy en día la fecundidad debe ser lograda por elección, lo que ha conducido a una disminución significativa de la tasa de fecundidad y por tanto a la disminución del riesgo que representan el embarazo y del parto⁽²²⁾.

La PF es una medida de prevención primaria eficaz para el embarazo no deseado. De los datos disponibles se puede afirmar que $\frac{1}{4}$ a $\frac{2}{5}$ de las MM pueden ser eliminadas si se evitan estos embarazos a través de la anticoncepción^(23,24,25).

No obstante el avance en el uso de métodos anticonceptivos, existen aún en el mundo grupos poblacionales en los que ocurre una importante demanda insatisfecha de planificación familiar⁽²⁶⁾, hecho que debe ser manejado cuidadosamente porque existe una relación directa entre la RMM y la mayor demanda insatisfecha de PF, conforme se ha podido encontrar en un estudio del Ministerio de Salud no publicado.

Lo mismo que ha ocurrido en el mundo, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado en América Latina y el Caribe y la encontramos en un promedio que va de 60 a 80%, aunque existen países en los que se encuentra alrededor del 40%. Los métodos más usados son los permanentes y los inyectables y llama la atención el poco uso del DIU y del condón. Existe un aceptable acceso y disponibilidad debido a la gratuidad de los servicios públicos, pero usualmente la mezcla de métodos es muy pobre, lo que contribuye a la falta de adhesión a los anticonceptivos por parte de las usuarias⁽²⁷⁾.

En el Perú ha habido también progresos en PF hasta llegado el inicio de la década pasada en que el programa correspondiente no solo se debilitó sino que desapareció como tal y las actividades de PF sufrieron algunos tropiezos, como las dificultades logísticas, el desabastecimiento de insumos, la extrema reducción de la oferta de anticoncepción quirúrgica, la reducción de las actividades de capacitación y supervisión⁽²⁸⁾. Esto ha traído por consecuencia, de acuerdo con ENDES, que si bien la prevalencia de uso de anticonceptivos aparentemente aumentó,

ha sido a expensas del uso de métodos tradicionales, que la tasa global de fecundidad de las mujeres peruanas no se ha haya modificado mayormente a pesar de su deseo de tener casi un hijo más del que actualmente en promedio tienen. Igualmente es clara la prevalencia de cifras altas de embarazos no deseados⁽²⁰⁾, los que seguramente están condicionando una alta tasa de abortos inducidos clandestinamente, con el evidente peligro de complicaciones y muertes maternas. A este comentario habría que agregar las dificultades existentes para el acceso a la anticoncepción oral de emergencia en los servicios públicos por la sentencia del Tribunal Constitucional, que agrega a nuestro país al grupo de aquellos que subutilizan este recurso valioso, que según los expertos podría prevenir al menos 75% de los embarazos no deseados⁽²⁹⁾.

Quedan entonces en el Perú asuntos pendientes en PF, como⁽²⁸⁾:

- Ampliar los servicios de PF,
- Disponer de una gama mayor de métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia,
- Asegurar una buena logística,
- Mejorar la calidad de atención y la elección de las personas, y
- Reducir las necesidades insatisfechas en anticoncepción.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia contra las mujeres como cualquier acto de violencia basado en género que resulta en daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento de las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida pública o privada. Seis de cada 10 mujeres sufren violencia física o sexual a lo largo de su vida, 7 a 36% de las mujeres padecen violencia sexual en la niñez y 6 a 59% de mujeres sufren violencia sexual después de los 15 años⁽³⁰⁾. La violencia por la pareja íntima es la forma más común de violencia contra la mujer en todo el mundo⁽⁹⁾.

De acuerdo a las cifras de ENDES 2009, 38% de las mujeres peruanas en edad fértil han padecido alguna vez violencia física de parte de sus parejas y 20% de parte de otras personas, lo que las sitúa dentro de las personas que más padecen de este mal en el mundo⁽²⁰⁾.

Vivir una vida sexual sin violencia es un derecho humano básico; sin embargo en todos los países la violencia expresada en diversas formas afecta a las mujeres de los diferentes grupos. Las mujeres que se encuentran más desamparadas y las que viven en escenarios de disturbios civiles, conflictos o guerra corren aún mayor riesgo de padecer la violencia. La edad no es una barrera que evita la violencia, puesto que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas pueden sufrir lesiones físicas y psicoló-

gicas y, en casos extremos, la muerte. Sin embargo, son las mujeres en edad reproductiva las que quizás afrontan las mayores consecuencias. Si la mujer es víctima de violencia puede sufrir repercusiones que duran toda la vida, y las que padecen abuso durante la niñez corren aún mayores riesgos de convertirse en víctimas durante su edad adulta⁽³¹⁾.

La tolerancia social de la violencia hace difícil que la mujer denuncie el abuso físico y sexual y por tanto la información estadística se hace cuestionable. Por otro lado, los profesionales de la salud, debido a su orientación eminentemente biomédica, no indagan en las mujeres que atienden, no le dan la debida importancia, porque consideran que es un asunto privado y las mujeres que han sido violentadas sexualmente evitan hacer una denuncia por cuanto no confían en los proveedores de salud, ni en los que imparten justicia⁽³¹⁾.

Alrededor del mundo, al menos una mujer de cada tres ha sido agredida o coaccionada sexualmente, o ha sido víctima de alguna otra forma de abuso sexual alguna vez en su vida, y el abusador con frecuencia es un miembro de su propia familia. Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el abuso por parte de sus maridos o parejas íntimas, quienes la ejercen como una forma de control sobre ellas. La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. Para muchas mujeres la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo⁽³¹⁾.

Estudios efectuados en comunidad y al interior de los servicios de salud reproductiva en el Perú, revelan que las cifras de violencia sexual contra las mujeres son relativamente altas cuando se las compara con las existentes en otras regiones del mundo^(32,33).

La violencia contra las mujeres en cualquiera de sus formas ocurre en cualquier momento en la vida de ellas y el embarazo no se comporta como un factor protector. La violencia durante el embarazo es más frecuente que cualquiera de las patologías de la gestación, lo que ocurre es que no se le detecta o si se lo hace, no se le presta la debida importancia⁽³⁴⁻³⁷⁾. En los servicios de salud reproductiva del Perú se encuentra que la violencia en cualquiera de sus formas ocurre en el 31.92% de las embarazadas; la violencia psicológica se presenta en el 23.32%, la violencia física en el 7.41% y la violencia sexual en el 7.09%, aunque con alguna frecuencia pueden coexistir dos o tres tipos de violencia sobre la misma mujer⁽³⁴⁾.

Las repercusiones que tiene la violencia sobre las mujeres están muy bien identificadas. Puede provocar consecuencias mortales, derivadas de homicidio, suicidio, muerte

materna o muertes derivadas del HIV/SIDA. Igualmente puede provocar consecuencias no mortales sobre la salud física en general, sobre la salud mental, lesiones y discapacidades crónicas y problemas en la salud sexual y reproductiva ⁽³⁵⁾.

La Violencia Sexual puede resultar en consecuencias de corto y largo plazo en la salud de las mujeres, incluyendo el trauma físico, tal como la fístula vaginal, la infección por HIV, el embarazo no deseado y el aborto inseguro. La vulnerabilidad a las ITS, incluyendo el HIV puede ser más alta que en el sexo consensuado, debido al trauma genital y en el caso de perpetradores múltiples. El trauma psicológico resultante puede tener un efecto negativo sobre la conducta y relaciones sexuales, la capacidad para negociar el sexo seguro y un potencial aumento en el abuso de drogas ⁽³⁶⁻³⁸⁾.

En los servicios de salud reproductiva del Perú se ha encontrado que la violencia durante el embarazo tiene serias repercusiones sobre la salud de la madre, del feto y del recién nacido y claramente se relaciona con altas cifras de mortalidad perinatal ⁽³⁴⁾.

En estudios llevados a cabo en Estados Unidos y en el Reino Unido se ha podido determinar que la violencia contra la mujer durante el embarazo está asociada a mayores cifras de muerte materna ^(39, 40). En nuestro medio no podemos hacer afirmaciones de este tipo por cuanto no se han reportado publicaciones a este respecto.

En relación a la violencia sexual es importante reconocer que la atención oportuna y de calidad, tiene un impacto positivo y significativo en la atención de las consecuencias y en la prevención de complicaciones de la violación, que afectan la calidad de vida, al perpetuar los daños emocionales, biológicos y sociales, entre los que se encuentran: el embarazo forzado y las infecciones de transmisión sexual ⁽⁶¹⁾. No obstante esta afirmación, en gran parte de Latinoamérica y concretamente en el Perú no existen aún servicios integrales de atención a las víctimas de violencia sexual que aseguren una atención temprana.

Además del abordaje temprano de estos casos, se debe considerar ^(31,41-43):

- La legislación eficaz para manejar integralmente la VS que requiere de enlaces médico-jurídicos que funcionen para permitir el cumplimiento de la justicia y la prestación de servicios de salud para las sobrevivientes.
- El sector salud debe proporcionar servicios de atención postviolación y recolectar y entregar evidencias al sistema judicial.
- Los servicios deben integrarse mediante referencias, usando directrices y vías de consulta, protocolos de tratamiento y procedimientos médico-jurídicos estandarizados.

- El sector salud es el nexo entre la prevención, tratamiento y rehabilitación que siguen a la VS. Este sector debe proporcionar tratamiento clínico, terapia preventiva, apoyo psicológico, información y asesoría y coordinar la referencia de las víctimas a servicios especializados.

Como en el caso de los anteriores derechos, para cautelar el derecho de las mujeres a vivir una vida sexual libre de violencia se hace necesario entonces:

- Empoderar a las mujeres,
- Ampliar y mejorar los servicios de SSyR,
- Detectar en la rutina de la atención diaria los casos de violencia contra las mujeres,
- Hacer una atención temprana e integral de la violencia sexual,
- Coordinar con otros servicios de salud y jurídico-legales para no revictimizar a las mujeres.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DENTRO DEL MARCO DE LA LEY

A pesar de la alta prevalencia de anticonceptivos y la existencia de métodos seguros y eficaces de aborto, millones de abortos inseguros continúan presentándose en el mundo cada año. Esto no solo ocurre por que ocasionalmente todos los MAC fallan y porque la gente tampoco los utiliza constantemente, dando lugar a embarazos no deseados, pero también porque millones de mujeres alrededor del mundo no tienen acceso a servicios de aborto seguro cuando ellas deciden terminar un embarazo dentro del marco que les permite la ley. En donde el aborto está legalmente restringido, algunas mujeres van a tener niños no deseados; sin embargo la mayoría de las mujeres terminan teniendo abortos inseguros. Cualquiera sea el método de interrupción utilizado, el aborto puede ser incompleto o dar lugar a serias complicaciones; de allí la necesidad de un buen cuidado del postaborto en forma oportuna, porque su retraso amenaza la vida y la salud de las mujeres. De las fuentes de datos de OMS disponibles hasta el 30 de abril de 2010 se estima que existen 21.6 millones de abortos inseguros en todo el mundo para el año 2008, lo que revela un aumento respecto a 2003 (19.7 millones). Tabla 3 ⁽⁴⁴⁾.

TABLA 3. NÚMERO ESTIMADO ANUAL DE ABORTOS INSEGUROS (AI), TASAS Y RAZONES POR REGIÓN GEOGRÁFICA 2008 ^(*)

Región geográfica	# Abortos inseguros (redondeado)	Tasa de AI. Por 1000 mujeres 15-44 años	Razón de AI. Por 100 nacidos vivos
Mundo	21'600,000	14	16
-Regiones > desarrolladas	360,000	1	3
-Regiones < desarrolladas	21'200,000	16	17
-Países < desarrollados	4'990,000	27	18
-África subsahariana	5'510,000	31	17
África	6'190,000	28	17
Asia	10'780,000	11	14
Europa	360,000	2	5
LAC:	4'230,000	31	39
-Caribe	170,000	18	22
-América central	1'070,000	29	34
-Sud América	2'990,000	32	43
Norte América	0	0	0
Oceanía	18,000	8	7

(*) Modificado de la referencia 44

Como podrá observarse, La región de América Latina y El Caribe, junto con el África sub sahariana son las que presentan las tasas más altas de aborto inseguro. Sin embargo cuando separamos a Sud América, veremos que en esta región se encuentra la frecuencia mayor.

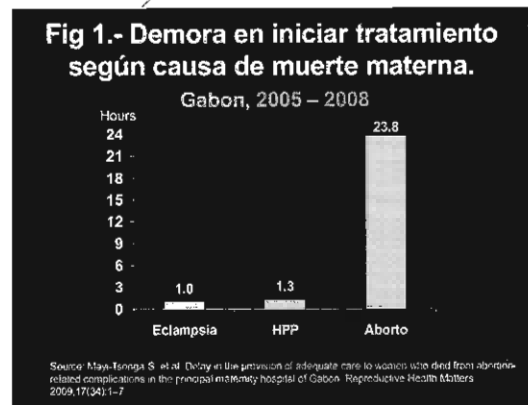
Utilizando las mismas fuentes de información, para el año 2008 la OMS estima que existen 358,000 muertes maternas en total ocurridas en todo el mundo; 47,000 (13% del total) de las cuales fueron debidas a complicaciones del aborto inseguro ⁽⁴⁵⁾.

En el Perú no conocemos exactamente las cifras de aborto, por cuanto es una práctica clandestina; sin embargo los estudios de Ferrando, utilizando metodología indirecta, probadamente eficaz, han podido determinar que en el país ocurren más de 370,000 abortos inducidos por año ⁽⁴⁶⁾. Significa la ocurrencia de más de 1000 abortos diarios, una tasa mayor de 50 por cada 1000 MEF, superior a la media de América Latina; la gran mayoría de estos abortos son inseguros, causan complicaciones y eventualmente muertes maternas, que los reportes del Ministerio de Salud las sitúan alrededor del 5%. Si nos atenemos a reportes previos ⁽⁴⁷⁾ veremos que esta cifra

se ha reducido significativamente, probablemente como consecuencia de la disponibilidad y uso del misoprostol ^(48,49).

Muchas mujeres que sobreviven a complicaciones quedan con severas consecuencias a largo plazo, incluyendo la infertilidad, pero existen muchas más con morbilidad a corto plazo, como infecciones, hemorragia o traumatismos del aparato genital y otros órganos pélvicos ⁽⁵⁰⁾.

Precisamente para evitar muertes y severas complicaciones es necesario hacer la atención temprana, eficiente y humanizada de las mujeres que concurren a un establecimiento de salud con complicaciones derivadas de un aborto y no someterlas a retrasos innecesarios para su debida atención, puesto que ello se puede derivar en muertes, conforme ha sido demostrado ⁽⁵¹⁾. En la Fig 1 se puede ver que el Comité de Muerte Materna, al analizar las muertes ocurridas en la maternidad más importante de Gabon y que fueron consecuencia de hemorragia post parto, eclampsia y aborto, la tardanza mayor para iniciar el tratamiento desde que ingresó el caso al hospital fue significativamente mayor en las complicaciones de aborto, lo que pudo haber ocasionado o contribuido al mayor número de muertes.



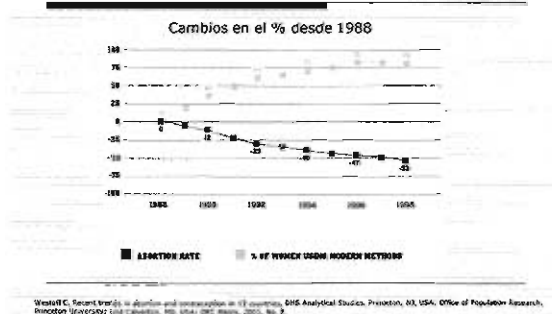
De otro lado, la mayor parte de complicaciones de aborto que concurren a los hospitales son sangrado leves o moderados, son manejos por D+C o aspiración manual endouterina, hoy en día se pueden tratar también exitosamente mediante la administración oral o sublingual de misoprostol, sin necesidad de manejo quirúrgico ⁽⁵²⁾.

Las tasas de aborto caen cuando se eleva el uso de métodos anticonceptivos eficaces; tal como ocurre en Europa occidental a pesar de que allí el aborto es de amplia disponibilidad. Recíprocamente, las tasas de aborto son elevadas cuando el acceso a MAC es insuficiente, tal como ocurre en América Latina, a pesar de que existen restricciones legales para el aborto ^(53,54).

En la figura 2 se puede apreciar cómo en Rusia han declinado en el tiempo las cifras de aborto a medida que se ha

incrementado la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos⁽⁵⁵⁾; un claro ejemplo de cómo se puede intervenir para reducir las cifras de aborto.

Fig 2.- Declinación del aborto en Rusia, con el aumento del uso de MAC



Cuando tratamos el tema del aborto no dudamos de que es un gran dilema, pero hay que recordar que es una causa mayor de muertes y complicaciones maternas, que representa un costo económico y social, y que son las mujeres jóvenes, más pobres y que viven en las zonas más desfavorables las que resultan muriendo.

EN CONCLUSIÓN

El respeto por los DSyR mejora las condiciones de salud de las mujeres, para lo cual será necesario:

- Reforzar la detección y manejo de la violencia contra la mujer y en especial la violencia sexual.
- Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos eficaces, incluyendo la AE, porque de este modo se reducen los embarazos no deseados y como consecuencia los abortos inducidos.
- Revisar la legislación sobre aborto o estandarizar la prestación del servicio de aborto por causas de salud
- Utilizar las mejores prácticas para la obtención de una maternidad saludable y segura.

En general podemos decir que el respeto por los DSyR contribuye a la reducción de las muertes maternas.

DESAFÍOS

Existen aún preocupaciones por las deficiencias que se encuentran en la SSyR y por la falta de respeto por los DSyR en Latino América y especialmente en el Perú, puesto que los recursos destinados a cubrir estas necesidades no son suficientes. La muerte materna continúa siendo alta, el acceso a los métodos anticonceptivos modernos es insuficiente, no existen servicios de atención integral a víctimas de violencia y las muertes maternas que ocurren se dan en las mujeres más desprotegidas. En pocas palabras aún falta respeto por los DH y los DSyR con un enfoque de género.

Ya desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994 se reconoció que mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la SR esté al alcance de todas las personas y a más tardar en el año 2015⁽³⁾.

Para implementar la atención el sistema de salud debe desagregar el paquete de SR. Esto requiere cuidado porque algunos componentes son frágiles y más sensibles que otros⁽⁸⁾:

- Una parte del paquete incluye servicios tradicionales como la atención materno-infantil y la PF. Aquí el reto es cómo ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios.
- La otra parte del paquete tiene el desafío de satisfacer necesidades nuevas, como el VIH/Sida, el dilema del aborto inseguro, la VBG y el abuso sexual en todas sus formas. El desafío es así mismo tratar temas sensibles y que dividen a la sociedad, cómo superar la tradición y las barreras sociales que se oponen al mejoramiento de la atención y cómo influir sobre la conducta humana.
- Y en la otra parte del paquete está el desafío de servir a nuestros clientes hombres, adolescentes, personas desplazadas y refugiadas.

REFERENCIAS

1. Constitución Política de la República del Perú, 1993
2. Fathalla MF. From Obstetrics and Gynecology to women's health: the road ahead. New York and London: Parthenon, 1997
3. UNFPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994
4. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU, 1995
5. Sharpe J. Prólogo. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. London: IPPF 2008
6. IPPF. Derechos sexuales: una declaración de IPPF. London: IPPF 2008, pp 29
7. Leaning J. Editorial. Human Rights and Medical Education. BMJ 1997; 315: 1390-1391
8. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Salud Reproductiva y Derechos Humanos, 2a Ed, traducida al español. Bogotá-Colombia: Pro-familia 2005; pp 605
9. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M et al. WHO multi country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO 2005
10. WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO 2010, pp 55
11. WHO. Reproductive health indicators for global monitoring. Geneva: WHO 2001
12. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: From analysis to strategy. Int J Gynecol Obstet 2001;75: 51-60
13. Campbell MRO, Graham WJ. Strategies to reduce maternal mortality: advancing with what works. Lancet 2006; 368: 1284-1299
14. WHO. Care in normal birth: A practical guide. Geneva: Maternal and newborn health/safe motherhood unit WHO 1996
15. UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF 1997
16. Thadeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social Science and Medicine 1994; 38(8): 1091-1110
17. WHO, UNICEF, UNFPA, WB. Maternal mortality in 2005. Geneva: WHO 2007

18. Shah IH, Say L. Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: Uneven but important gains. *Reproductive Health Matters* 2007; 15(30): 17-27
19. Hogan MC, Foreman, Naghavi M, Ahn SY et al. Maternal mortality for 181 countries 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal-5. *The Lancet* 12 April 2010; doi 10.1016/S0140-6736 (10) 60518-1. Consulted April 24, 2010
20. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud 2009. Lima-Perú: INEI 2010
21. Pattinson R, Say L, Sousa JP et al. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bulletin of WHO* 2009; 87: 734-735
22. Population Reference Bureau. World population data sheet: Demographic data and estimates for the countries and regions of the world. Washington DC: PRB 2000
23. Winikoff B, Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Stud Fam Plann* 1987; 18: 128-143
24. Trussell J, Pebley AR. The potential impact of changes in fertility on infant, child and maternal mortality. *Stud Fam Plann* 1984; 15: 267-280
25. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibilities: women, society and abortion worldwide. New York: AGI 1999
26. Singh S et al. Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care. New York: The Alan Guttmacher Institute/UNFPA. 2003
27. Leko R, Padilla de Gil M, Távara L, Faundes A. The FOGO Working Group on the Prevention of Unsafe Abortion: Mandate and process for achievement. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110 (Suppl 1): S20-S24
28. Távara L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*; 56(2): 87-103
29. WHO. Emergency contraception: A guide for services delivery. Geneva: WHO 1998, pp 59
30. WHO. Violence against women. Geneva: WHO, June 2000
31. Ortiz JD, Rosas C, Távara L. Propuestas de estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual. Lima-Perú: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG 2011; pp 88
32. Guezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú. Lima-Perú: CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia 2002, 119p
33. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología* 2003; 49(1): 31-38
34. Távara L, Orderique L, Zegarra T, Huamani S, Félix F, Espinoza K, Chumbe O. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2007; 53(1): 10-17
35. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Wiskuit A, Hullgren G. Confitos en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. *Nicaragua: Red de mujeres contra la violencia/Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina UNAN-León/Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad Umea-Suecia* 1998
36. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacahus LJ, García-Moreno C, Watts C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 158-170
37. Stockl H, Watts C, Mbwambo JK. Physical violence by a partner during pregnancy in Tanzania: prevalence and risk factors. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 171-180
38. WHO. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO 2003
39. Greenfield LA, Rand MR, Craven D. Analysis of data on crimes by current or former spouses, boy friends and girlfriends. Violence by intimates. Washington DC: US Department of Justice 1998
40. Lewis G, editor. Confidential enquiry into maternal and child health. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003-2005. Seventh Report on Confidential Enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: CE-MACH 2007
41. Kilonzo N, Ndung'u N, Nthamburi N, Ajema C, Taegtmeyer M, Theobald S, Tolhurst R. Sexual violence legislation in sub-saharian Africa: the need for strengthened medico-legal linkages. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(34): 10-19
42. Kilonzo N, Taegtmeyer M, Molyneux C et al. Engendering Health sector responses to sexual violence and HIV in Kenya: results of a qualitative study. *AIDS Care* 2008; 20(2): 188-190
43. Ortiz JD, Rosas C, Távara L. Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres. Lima-Perú: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG 2011; pp 74
44. Shah I, Ahman E. Unsafe Abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 90-101
45. WHO. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe Abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO 2010
46. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Pathfinder International 2006
47. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima-Perú: Universidad Mayor de San Marcos 1988
48. Harper CC, Blanchard K, Grossman D et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource setting. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 98(1): 66-69
49. Miller S, Lehman T, Campbell M et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *BJOG* 2005; 112 (9): 1291-1296
50. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368(9550): 1887-1892
51. Mayi-Tsonga S, Oksana L, Ndombi I, Diallo T, de Sousa ME, Faundes A. Delay in the provision of adequate care to women who died from abortion-related complications in the principal maternity hospital of Gabon. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(34): 65-70
52. Gynuity Health Projects. Misoprostol added to WHO Model list of essential medicines for treatment of incomplete abortion and miscarriage. *Gynuity Health Projects News*, April 29, 2009
53. Sedgh G et al. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370: 1338-45
54. Henshaw et al. The Incidence of Abortion Worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25: S30-S38
55. Westoff C. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries. DHS Analytical Studies, Princeton, NJ, USA: Office of Population Research, Princeton University; and Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2005, No. 8.

64. AVANCES EN LA INICIATIVA FIGO: PREVENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO

Dr. Luis Távara Orozco

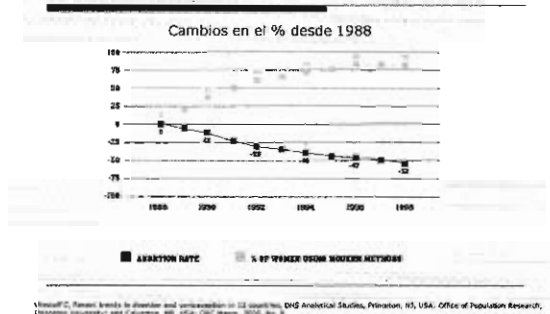
RESUMEN

Desde comienzos del año 2007 el Comité Ejecutivo de FIGO incorporó como tema importante por resolver el embarazo no deseado y el aborto inseguro en la salud de las mujeres, lo que ameritó la conformación de un Grupo de Trabajo que lleve adelante un proyecto de intervención a nivel global, en aquellos países cuyas tasas de aborto inducido estén por encima de 30 por mil.

Los objetivos generales de esta iniciativa son: Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna asociada al aborto inseguro y contribuir a la reducción

incrementado la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos⁽⁵⁵⁾; un claro ejemplo de cómo se puede intervenir para reducir las cifras de aborto.

Fig 2.- Declinación del aborto en Rusia, con el aumento del uso de MAC



Cuando tratamos el tema del aborto no dudamos de que es un gran dilema, pero hay que recordar que es una causa mayor de muertes y complicaciones maternas, que representa un costo económico y social, y que son las mujeres jóvenes, más pobres y que viven en las zonas más desfavorables las que resultan muriendo.

EN CONCLUSIÓN

El respeto por los DSyR mejora las condiciones de salud de las mujeres, para lo cual será necesario:

- Reforzar la detección y manejo de la violencia contra la mujer y en especial la violencia sexual.
- Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos eficaces, incluyendo la AE, porque de este modo se reducen los embarazos no deseados y como consecuencia los abortos inducidos.
- Revisar la legislación sobre aborto o estandarizar la prestación del servicio de aborto por causas de salud
- Utilizar las mejores prácticas para la obtención de una maternidad saludable y segura.

En general podemos decir que el respeto por los DSyR contribuye a la reducción de las muertes maternas.

DESAFÍOS

Existen aún preocupaciones por las deficiencias que se encuentran en la SSyR y por la falta de respeto por los DSyR en Latino América y especialmente en el Perú, puesto que los recursos destinados a cubrir estas necesidades no son suficientes. La muerte materna continúa siendo alta, el acceso a los métodos anticonceptivos modernos es insuficiente, no existen servicios de atención integral a víctimas de violencia y las muertes maternas que ocurren se dan en las mujeres más desprotegidas. En pocas palabras aún falta respeto por los DH y los DSyR con un enfoque de género.

Ya desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994 se reconoció que mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la SR esté al alcance de todas las personas y a más tardar en el año 2015⁽³⁾.

Para implementar la atención el sistema de salud debe desagregar el paquete de SR. Esto requiere cuidado porque algunos componentes son frágiles y más sensibles que otros⁽⁸⁾:

- Una parte del paquete incluye servicios tradicionales como la atención materno-infantil y la PF. Aquí el reto es cómo ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios.
- La otra parte del paquete tiene el desafío de satisfacer necesidades nuevas, como el VIH/Sida, el dilema del aborto inseguro, la VBG y el abuso sexual en todas sus formas. El desafío es así mismo tratar temas sensibles y que dividen a la sociedad, cómo superar la tradición y las barreras sociales que se oponen al mejoramiento de la atención y cómo influir sobre la conducta humana.
- Y en la otra parte del paquete está el desafío de servir a nuestros clientes hombres, adolescentes, personas desplazadas y refugiadas.

REFERENCIAS

1. Constitución Política de la República del Perú, 1993
2. Fathalla MF. From Obstetrics and Gynecology to women's health: the road ahead. New York and London: Parthenon, 1997
3. UNFPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994
4. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU, 1995
5. Sharpe J. Prólogo. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. London: IPPF 2008
6. IPPF. Derechos sexuales: una declaración de IPPF. London: IPPF 2008, pp 29
7. Leaning J. Editorial. Human Rights and Medical Education. BMJ 1997; 315: 1390-1391
8. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Salud Reproductiva y Derechos Humanos, 2a Ed, traducida al español. Bogotá-Colombia: Pro-familia 2005; pp 605
9. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M et al. WHO multi country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO 2005
10. WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO 2010, pp 55
11. WHO. Reproductive health indicators for global monitoring. Geneva: WHO 2001
12. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: From analysis to strategy. Int J Gynecol Obstet 2001;75: 51-60
13. Campbell MRO, Graham WJ. Strategies to reduce maternal mortality: advancing with what works. Lancet 2006; 368: 1284-1299
14. WHO. Care in normal birth: A practical guide. Geneva: Maternal and newborn health/safe motherhood unit WHO 1996
15. UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF 1997
16. Thadeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social Science and Medicine 1994; 38(8): 1091-1110
17. WHO, UNICEF, UNFPA, WB. Maternal mortality in 2005. Geneva: WHO 2007

18. Shah IH, Say L. Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: Uneven but important gains. *Reproductive Health Matters* 2007; 15(30): 17-27
19. Hogan MC, Foreman, Naghavi M, Ahn SY et al. Maternal mortality for 181 countries 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal-5. *The Lancet* 12 April 2010; doi 10.1016/S0140-6736 (10) 60518-1. Consulted April 24, 2010
20. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud 2009. Lima-Perú: INEI 2010
21. Pattinson R, Say L, Sousa JP et al. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bulletin of WHO* 2009; 87: 734-735
22. Population Reference Bureau. World population data sheet: Demographic data and estimates for the countries and regions of the world. Washington DC: PRB 2000
23. Winikoff B, Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Stud Fam Plann* 1987; 18: 128-143
24. Trussell J, Pebley AR. The potential impact of changes in fertility on infant, child and maternal mortality. *Stud Fam Plann* 1984; 15: 267-280
25. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibilities: women, society and abortion worldwide. New York: AGI 1999
26. Singh S et al. Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care. New York: The Alan Guttmacher Institute/UNFPA. 2003
27. Leke R, Padilla de Gil M, Távara L, Faundes A. The FOGO Working Group on the Prevention of Unsafe Abortion: Mandate and process for achievement. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110 (Suppl 1): S20-S24
28. Távara L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*; 56(2): 87-103
29. WHO. Emergency contraception: A guide for services delivery. Geneva: WHO 1998, pp 59
30. WHO. Violence against women. Geneva: WHO, June 2000
31. Ortiz JD, Rosas C, Távara L. Propuestas de estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual. Lima-Perú: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG 2011; pp 88
32. Guezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú. Lima-Perú: CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia 2002, 119p
33. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología* 2003; 49(1): 31-38
34. Távara L, Orderique L, Zegarra T, Huamani S, Félix F, Espinoza K, Chumbe O. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2007; 53(1): 10-17
35. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Wiskuist A, Hullgren G. Confitas en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Nicaragua: Red de mujeres contra la violencia/Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina UNAN-León/Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad Umea-Suecia 1998
36. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacahus LJ, García-Moreno C, Watts C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 158-170
37. Stockl H, Watts C, Mbwapo JK. Physical violence by a partner during pregnancy in Tanzania: prevalence and risk factors. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 171-180
38. WHO. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO 2003
39. Greenfield LA, Rand MR, Craven D. Analysis of data on crimes by current or former spouses, boy friends and girlfriends. Violence by intimates. Washington DC: US Department of Justice 1998
40. Lewis G, editor. Confidential enquiry into maternal and child health. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003-2005. Seventh Report on Confidential Enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: CE-MACH 2007
41. Kilonzo N, Ndung'u N, Nthamburi N, Ajema C, Taegtmeyer M, Theobald S, Tolhurst R. Sexual violence legislation in sub-saharian Africa: the need for strengthened medico-legal linkages. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(34): 10-19
42. Kilonzo N, Taegtmeyer M, Molyneux C et al. Engendering Health sector responses to sexual violence and HIV in Kenya: results of a qualitative study. *AIDS Care* 2008; 20(2): 188-190
43. Ortiz JD, Rosas C, Távara L. Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres. Lima-Perú: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG 2011; pp 74
44. Shah I, Ahman E. Unsafe Abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 90-103
45. WHO. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe Abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO 2010
46. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Pathfinder International 2006
47. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima-Perú: Universidad Mayor de San Marcos 1988
48. Harper CC, Blanchard K, Grossman D et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource setting. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 98(1): 66-69
49. Miller S, Lehman T, Campbell M et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *BJOG* 2005; 112 (9): 1291-1296
50. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368(9550): 1887-1892
51. Mayi-Tsonga S, Oksana L, Ndombi J, Diallo T, de Sousa ME, Faundes A. Delay in the provision of adequate care to women who died from abortion-related complications in the principal maternity hospital of Gabon. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(34): 65-70
52. Gynuity Health Projects. Misoprostol added to WHO Model list of essential medicines for treatment of incomplete abortion and miscarriage. Gynuity Health Projects News, April 29, 2009
53. Sedgh G et al. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370: 1338-45
54. Henshaw et al. The Incidence of Abortion Worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25: S30-S38
55. Westoff C. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries, DHS Analytical Studies, Princeton, NJ, USA: Office of Population Research, Princeton University; and Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2005, No. 8.

64. AVANCES EN LA INICIATIVA FIGO: PREVENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO

Dr. Luis Távara Orozco

RESUMEN

Desde comienzos del año 2007 el Comité Ejecutivo de FIGO incorporó como tema importante por resolver el embarazo no deseado y el aborto inseguro en la salud de las mujeres, lo que ameritó la conformación de un Grupo de Trabajo que lleve adelante un proyecto de intervención a nivel global, en aquellos países cuyas tasas de aborto inducido estén por encima de 30 por mil.

Los objetivos generales de esta iniciativa son: Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna asociada al aborto inseguro y contribuir a la reducción

del número de mujeres que pasan por la experiencia de provocarse un aborto. Para poder dar cumplimiento a estos objetivos es necesario:

Reducir los embarazos no planeados/no deseados y los abortos provocados, Facilitar el acceso a servicios de aborto legal, de acuerdo con la realidad de cada país y Mejorar la calidad y el acceso a cuidados posaborto (incluyendo anticoncepción posaborto).

La Iniciativa fue propuesta a las Sociedades Científicas afiliadas a FIGO y 54 de ellas aceptaron ingresar finalmente para lo cual fue necesario separar los países en 7 regiones, cada una de ellas a cargo de un Coordinador Regional, en estrecha relación con los Puntos Focales de los países.

Cada país cumplió, antes de 1 año, con la elaboración de un Análisis Situacional, el que fue seguido de una propuesta de Plan de Acción. Los Planes de Acción de cada una las regiones fueron discutidos en Talleres Regionales luego de los cuales, 43 países consiguieron aprobarlos a nivel de la Sociedad Científica y del Ministerio de Salud correspondientes.

Concluido el primer taller regional cada país dio inicio a su Plan de Acción, el mismo que fue implementado durante más de 18 meses. En este tiempo se desarrollaron un conjunto de intervenciones y dos talleres regionales de seguimiento, que dieron como resultados productos que evidencian el progreso en la lucha contra el embarazo no deseado y el aborto inseguro, cuyos resultados fueron expuestos en el último Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología en Ciudad del Cabo, Sud África, octubre 2009. En esa misma oportunidad no solo se discutió los avances, sino además la necesidad de fortalecer los factores facilitadores y habilitar intervenciones para enfrentar las barreras aún existentes para finalmente contribuir con éxito a la meta del milenio de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para el año 2015.

Palabras clave: Aborto inseguro, embarazo no deseado
Iniciativa FIGO Prevención del aborto Inseguro, mortalidad materna.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en salud materna, hoy en día la mortalidad materna todavía es casi 100 veces más alta en algunos países menos desarrollados que en el mundo desarrollado, y el aborto inseguro es una de las principales causas de esas muertes en aquellos países, en donde el aborto es ilegal. Las muertes maternas que son consecuencia del aborto inseguro dependen de la tasa de aborto provocado, de la proporción de abortos ilegales e inseguros y de la gravedad del riesgo en que ocurren los abortos⁽¹⁻⁵⁾.

La tasa de aborto se mide por el número de abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil. Utilizando esta medición, sabemos que sólo Europa Oriental acusa una cifra mayor (44 por mil mujeres en edad fértil) que la de América Latina (31 por mil), y le siguen en orden descendente África, Asia, Estados Unidos y Europa Occidental^(5,6).

El aborto será tanto más inseguro mientras más ilegal sea en una determinada región o país. Sabemos que en el mundo el 52% de los abortos son legales y el 48 son ilegales. Sin embargo, el 92% de los abortos en los países desarrollados son legales, mientras que en los países en desarrollo, el 45% de los abortos son legales y el 55% son ilegales. Esta última condición determina que la mayoría de abortos en el tercer mundo sean inseguros. Por ello no sorprende que la mayor frecuencia de abortos inseguros se dé en África y América Latina, seguidos del sudeste asiático; en tanto que en Europa solo el 3% de los abortos son inseguros. De allí entonces que el mayor número de muertes maternas por aborto inseguro están ocurriendo en las regiones menos desarrolladas⁽⁵⁾.

La Iniciativa se justifica porque en el mundo de hoy ocurren cada año aproximadamente 42 millones de abortos inducidos, de los cuales 20 millones se dan en condiciones inseguras. De estos, el 97% ocurren en los países en desarrollo, de los que se originan 68.000 muertes maternas (1 cada 8 minutos), que representan el 13% del total de las muertes maternas que ocurren a nivel global. Como si eso fuera poco, además de esas muertes absolutamente evitables, ocurren cientos de miles de complicaciones que afectan la salud de las mujeres a largo plazo, porque causan discapacidades^(1,5,7).

LA INICIATIVA FIGO

Este es un proyecto llevado adelante a nivel global por FIGO y tiene como meta genérica contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna asociadas al aborto inseguro a través de tres mecanismos⁽⁸⁾:

1. Reducción de los embarazos no planeados/no deseados,
2. Mejoramiento del acceso a servicios de aborto seguro, y
3. Mejoramiento de la calidad y el acceso a los cuidados posaborto.

Se parte de la necesidad de reducir el número de abortos, hacer que estos no sean inseguros o de riesgo y que la mortalidad por aborto se acerque a cero. Esta iniciativa incluye países con tasas elevadas de aborto inseguro o con tasas elevadas de aborto provocado, aunque sean seguros, pero también participan países con tasas medias de aborto provocado y sin abortos inseguros. Desde el comienzo se involucraron 54 países, de los cuales 3 co-

responden al mundo desarrollado: Estados Unidos, Canadá y Suecia ^(1,8).

Las instituciones involucradas desde el inicio fueron: las Sociedades de Obstetricia y Ginecología afiliadas a FIGO, otros socios de FIGO, como son IPPF, WHO, UNFPA, IPAS, Population Council, AGI, Columbia University, IWHC, Engenderhealth y otros, y se planteó igualmente que, a nivel nacional, las Sociedades de Obstetricia y Ginecología fueran capaces de involucrar al Ministerio de Salud y otras agencias gubernamentales ⁽¹⁾.

OBJETIVOS DE LA INICIATIVA ⁽¹⁾

Los objetivos generales son:

- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna asociada al aborto inseguro.
- Contribuir a la reducción del número de mujeres que pasan por la experiencia de provocarse un aborto.

Para alcanzar los dos grandes objetivos generales, ha sido necesario considerar como objetivos específicos:

- Reducir los embarazos no planeados/no deseados y los abortos provocados.
- Facilitar el acceso a servicios de aborto legal, de acuerdo con la realidad de cada país.
- Mejorar la calidad y el acceso a cuidados posaborto (incluyendo anticoncepción posaborto).

CRONOGRAMA

Ha sido necesario considerar un cronograma de trabajo que prevee dos fases ⁽⁸⁾:

La primera fase va desde el Análisis de la Situación hasta el compromiso nacional de ejecutar un plan de acción, que fue calculado en doce meses y que ya ha sido cumplida. En este análisis de situación, cada país ha examinado detenidamente:

1. Los determinantes de los embarazos no deseados.
2. El aborto inseguro.
3. La calidad de atención a mujeres con complicaciones de aborto.
4. Las consecuencias del aborto inseguro.
5. La situación legal del aborto.

Culminado el análisis de situación, la primera fase terminó con la propuesta y la elaboración final del Plan de Acción que para cada país resultó ajustado a sus propios hallazgos. Estos planes fueron aprobados a fines de 2008 y el contenido para Perú se puede resumir como sigue (9):

- Ampliar o mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos,
- Realizar investigaciones sobre aborto,
- Mejorar la atención integral del aborto con la AMEU y la entrega de anticonceptivos posaborto,
- Incorporar el manejo médico del aborto,

- Sensibilizar a políticos y autoridades para el cumplimiento o mejoramiento de las leyes sobre aborto,
- Hacer abogacía entre los tomadores de decisión con relación al aborto seguro.

Para llevar a cabo toda esta primera fase ha sido necesario efectuar reuniones locales y nacionales de los países, así como visitas del coordinador regional y la realización de Talleres Regionales en Lima y Panamá ⁽⁸⁾.

La Segunda Fase corresponde a la ejecución de los Planes de Acción por los países. Aquí ha sido necesaria la concurrencia de las Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología, los Ministerios de Salud y otros Ministerios de los gobiernos, las agencias de cooperación, organizaciones privadas y de la sociedad civil. Para ello se han llevado a cabo visitas de seguimiento por parte del coordinador regional y luego dos talleres regionales, en Panamá y Lima, durante cuyo desarrollo se han podido apreciar avances importantes en las actividades programadas ^(8,9). Los talleres de seguimiento han tenido el cuidado de convocar a las agencias e instituciones de cooperación que operan tanto a nivel global como a nivel regional y local. La presencia y actividad de estas instituciones ha sido vital para la marcha del proyecto ⁽¹⁰⁾.

AVANCES DE LA INICIATIVA EN EL PERÚ

El Perú ha podido exhibir avances importantes como los que se mencionan a continuación:

- Talleres de difusión del Plan,
- Reuniones de sensibilización sobre políticas de SSyR y Ética,
- Reuniones de abogacía con Congresistas para discutir la ley de SSyR,
- Reuniones en el MINSA para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes,
- Capacitación de profesionales en la atención integral postaborto y anticoncepción,
- Capacitación en el uso obstétrico del misoprostol,
- Capacitación en uso del DIU, AMEU y prevención de infecciones,
- Actualización en metodología anticonceptiva, disponibilidad asegurada de anticonceptivos y de insumos en SR y sistema logístico,
- Realización y publicación de investigaciones referentes al aborto,
- Mejoramiento de la información sobre registros de aborto, complicaciones y muertes maternas. Está en marcha la incorporación del SIP para incluir información sobre aborto, y
- Se ha avanzado en la elaboración del protocolo nacional para el aborto terapéutico

Sin embargo, al igual que en otras regiones del planeta, se advierte aún la presencia de barreras, que se espera

puedan ser superadas al existir factores facilitadores que hacen ver con optimismo la ejecución exitosa del Plan. Se ha podido identificar como barreras ⁽¹¹⁾:

- Insuficientes recursos e infraestructura
- Falta de compromiso político de autoridades del sector
- Cambios en los niveles directivos
- Falta de motivación de profesionales de la salud
- Sensibilidad que produce el tema en las personas
- Oposición de grupos conservadores
- Poca motivación en algunos miembros de la Sociedad Científica
- Insuficientes registros sobre el aborto y embarazo no deseado

Igualmente se ha podido identificar como factores facilitadores ⁽¹¹⁾:

- Incorporación del Plan de Acción como parte de la agenda del Ministerio de Salud
- Liderazgo de FIGO y de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG)
- Relación adecuada entre la SPOG y el Ministerio de Salud
- Compromiso de la SPOG
- Compromiso de las agencias de cooperación
- Buena coordinación con ONGs locales
- Estrecha supervisión y acompañamiento del proceso
- Talleres Regionales para seguimiento de actividades y productos
- Persistencia del coordinador regional
- Apoyo y fomento del coordinador regional

Del éxito del Proyecto dependerá en gran medida el cumplimiento de la Meta del Milenio de reducir la mortalidad materna en 75% hasta el año 2015.

REFERENCIAS

1. Shaw D. The FIGO Initiative for the prevention of unsafe Abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110(Suppl 1): S17-S19
2. Faundes A, Shaw D. Universal access to reproductive health: Opportunities to prevent unsafe abortion and address related critical gaps. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110(Suppl 1): S1-S2
3. Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Hershderfer K. Postpartum haemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 94(3): 243-253
4. Moyo NT, Liljestrand J. International Federation Gynecology and Obstetrics (FIGO). Emergency Obstetric Care: impact on emerging issues: *Int J Gynecol Obstet* 2007; 98(2): 175-177
5. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370: 1338-1345
6. Hodoroega S, Comendant R. Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110(Suppl 1): S34-S37
7. WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th ed. Geneva: WHO 2007
8. Leke RJ, Padilla de Gil M, Távara L, Faundes A. The FIGO Working Group on the Prevention of Unsafe Abortion: Mandate and process for achievement. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110(Suppl 1): S20-S24
9. Mirembe F, Karanja J, Hassan EO, Faundes A. Goals and activities proposed by countries in seven regions of the world toward prevention on unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110(Suppl 1): S25-S29
10. Zaidi S, Hassan EO, Hodoroega S, Leke R, Távara L, Padilla de Gil M. International Organizations and NGOs: An example of international collaboration to improve women's health by preventing unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110(Suppl 1): S30-S33
11. Faundes A, Zaidi S. Prevention of unsafe abortion: Analysis of the current situation and the task ahead. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110(Suppl 1): S38-S42.