

BOLETÍN

DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE
SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)



*“Para combatir el antisemitismo no hace falta ser judío,
como para luchar contra el racismo no hace falta ser negro.
Lamentablemente, a veces parece que para combatir la
discriminación de la mujer hace falta ser mujer.”*

SOLEDAD GALLEGO-DÍAZ

Periodista española.

Exdirectora adjunta del diario El País

DIRECTOR DEL BOLETIN:

Pío Iván Gómez Sánchez.

COMITÉ EDITORIAL:

René Castro, José Figueroa, Octavio Miranda,
Angélica Vargas

DISEÑO y DIAGRAMACIÓN:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas
-JAVEGRAF-

Dirección Administrativa FLASOG Sede Permanente FLASOG

Dirección: Plaza Comercial San Fernando, primer piso,
ofic Nro.26. Panamá, República de Panamá

Teléfono: +507 261-9873

Correo electrónico: oficina@flasog.org

COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Edgar Ivan Ortiz Lizcano. Presidente
Dr. Rafael Padrón Burgos. Vice-Presidente
Dr. Néstor César Garello. Secretario
Dr. Rodrigo Alfonso Arias Alvarez. Tesorero
Dr. Samuel Karchmer K. Presidente Electo
Dr. José Fernando De Gracia S. Past Presidente

DIRECTORES

Dr. Ricardo Fescina Director Ejecutivo
Dr. Rubén Darío Mora Director Administrativo
Dr. Paulino Vigil Coordinador Científico

COMITÉS DE FLASOG Periodo 2014-2017 Comité Científico del XXII Congreso FLASOG 2017

Dr. Paulino Vigil De Gracia (Coordinador)
Dr. Javier Gómez Pedroso
Dr. Kristian Navarro
Dr. Miguel Ruoti
Dr. William Sánchez

Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Dr. Pío Iván Gómez Sánchez (Coordinador)
Dr. René Castro
Dr. José Cender Figueroa
Dra. Octavio Miranda Ruiz
Dra. Angelica Vargas

Comité Medicina Reproductiva

Dra. Ivonne Díaz (Coordinadora)
Dr. Jorge Alberto Campos Cañas
Dr. Roberto Epifanio Malpasi
Dr. Alfredo Celis
Dr. Ricardo Agustin Hernan

Comité de Climaterio

Dr. Jose de Jesús Montoya (Coordinador)
Dra. María Cecilia Arturo Rojas
Dr. Néstor Siseles
Dr. Julio Pozuelos
Dr. Alejandro Paradas Caba
Dr. Julio Morfin Marín

Comité de Mortalidad Materna

Dr. José Douglas Jarquin (Coordinador)
Dr. Paulo Meade
Dra. Wendy Carcamo
Dr. Juan Trelles
Dr. Héctor Bolatti
Dra. María Fernanda Escobar Vidarte
Dr. Mario Pérez
Dr. Eghon Guzmán

Comité de Endoscopia Ginecológica

Dr. Jimmy Castañeda (Coordinador)
Dr. Jorge Sarrouf
Dr. Guillermo Campuzano
Dr. Milciades Albert
Dr. Miguel Cáceres

Comité Científico y de Congresos

Dr. Paulino Vigil de Gracia (Coordinador)
Dr. William Sánchez
Dr. Christian Navarro
Dr. Miguel Ruoti Cosp
Dr. Javier Gómez Pedroso
Dr. Germán Thevenet

Comité de Desarrollo Organizacional

Dr. Rubén Darío Mora (Coordinador)
Dr. Nestor Garello
Dr. Alfonso Arias
Ing. Diana Cuintaco
Dr. Alvaro Erramusepe

Comité de Cáncer Ginecológico

Dr. Gustavo Ferreiro (Coordinador)
Dr. Agnaldo Lopes Da Silva Filho
Dra. Lina Maria Trujillo
Dr. Erick Jacobo Alvarez Rodas
Dra. Agueda Santana Martinez
Dr. Valentín Jaimes
Dr. Antonio Villavicencio

Comité de Perinatología

Dr. Eduardo Valerio Fonseca (Coordinador)
Dr. Rogerio Cruz
Dr. Alcibiades Sales
Dra. Catalina Valencia
Dra. Ana Bianchi

Comité de Infancia Adolescencia

Dra. Margarita Castro (Coordinadora)
Dr. Jorge Peláez
Dra. Marisa Labovsky
Dr. Raúl Bermúdez
Dr. Mercedes Pérez
Dra. Ricel Valerio

Comité de Promoción de la Salud y Desarrollo Profesional

Dr. Ricardo Fescina (Coordinador)

Comité de Nominaciones

Dr. José De Gracia
Dr. Roberto Nilson De Melo
Dr. Angel Terrero
Dr. Carlos Fuchtnet

Advertencia

*Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la
FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin
embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita
o implícita de ningún tipo.*

*Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesaria-
mente la opinión oficial de la FLASOG.*

*La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de
los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable
por daños y/o perjuicios derivados de su uso.*

Índice

Editorial

Título de Caballero de la Legión de Honor a Florence Thomas Discurso en la Residencia de la embajada de Francia en Colombia <i>Florence Thomas</i>	3
--	---

Artículo de investigación

Adiestramiento quirúrgico en ligadura de arterias hipogástricas con técnica gala. Experiencia de diez años <i>Abel García López</i>	5
---	---

Artículo de revisión

Virus Zika: una oportunidad para el mejoramiento de los servicios en salud sexual y reproductiva <i>René Castro S.</i>	9
--	---

Aportes Especiales en Sexualidad

El fingido orgasmo o la “actuación” en el sexo <i>Carlos Pol Bravo</i>	18
---	----

Próximos Eventos Académicos	22
--	----

Resúmenes de artículos	23
-------------------------------------	----

TÍTULO DE CABALLERO DE LA LEGIÓN DE HONOR A FLORENCE THOMAS

Discurso en la Residencia de la embajada de Francia en Colombia

Florence Thomas*

*Psicóloga. Universidad de Paris.
Maestría en Psicología Social. Universidad de Paris*



Ante todo quiero agradecer a Francia el honor que me hace otorgándome el título de Caballero de la Legión de Honor; y, como lo pueden sospechar, insisto sobre la palabra de Caballero, pues me imagino que en estos tiempos lejanos, Napoleón no podía pensar que ese honor hubiera podido ser otorgado a mujeres. Y es así como soy hoy Caballero, en masculino, lo que espero no cambia nada a esta distinción y a los agradecimientos que muy sinceramente dirijo a Francia. Sea este el momento para agradecer muy especialmente, al señor Embajador Jean-Marc Laforêt quien generosamente me acogió en esta hermosa casa tan francesa. Ya la había conocido por la fiesta nacional del 14 de julio pero nunca había tenido ocasión de hablar con los embajadores precedentes. Es por esto que esta noche estoy muy conmovida por estar a su lado. Es el momento también de agradecer a la Asociación de los Miembros de la Legión de Honor que preside el Sr Sergio Rodríguez Azuero.

Sin embargo y para la pequeña historia quiero contarles que Manuelita Sáenz, la fiel compañera de Simón Bolívar fue distinguida por el general San Martín de la orden de “Caballera del sol”, distinción de la nueva nobleza republicana, por haber participado en su juventud a las luchas independentistas del Perú. Seré entonces caballera de la Legión de honor.

Y, como ya le entendieron, es en francés que voy a dirigirles algunas palabras aun cuando, extrañamente tengo dificultad para hablar en francés de mi vida en Colombia, de mi vida profesional, de mi feminismo hoy casi endémico pero que significa para mí no morir indignada por tantas violencias hechas a las mujeres y que, quizás, representa uno de los últimos humanismos en este mundo desolado. Sí, no es fácil para mí hablar de todo esto en francés, este idioma que sigue habitándome y que me evoca una infancia feliz y me remite a la nostalgia de un país que sigue siendo para mí, el país de la Ilustración, de la revolución francesa, del asesinato de Olimpia de Gouge y del segundo sexo de la gran Simone de Beauvoir... No obstante es en español que me volví mujer de

* Profesora Titular (P) de la Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas.
Ex-directora del Departamento de Psicología. Universidad Nacional de Colombia.
Profesora Emérita y Honoraria de la Universidad Nacional de Colombia
Coordinadora del grupo Mujer y Sociedad. Universidad Nacional de Colombia
Conferencista en múltiples foros, congresos, simposios etc.
Asesora en el campo de los estudios de género de organismos oficiales y no gubernamentales.
Autora de varios artículos de revistas nacionales e internacionales en el campo de la problemática femenina y de género.
Integrante de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
Coordinadora editorial de la Revista “En Otras Palabras”.
Columnista del periódico “El Tiempo”. Colombia
Ganadora del premio nacional de periodismo “Simón Bolívar” a la mejor columna de opinión 2005.

tiempo completo y también porque es con un grupo de mujeres docentes de la Universidad Nacional pude construir un nuevo saber sobre las mujeres. Esta noche, algunas de ellas están aquí y quisiera agradecerlas de haberme acompañado en este largo y apasionante viaje.

Trataré entonces de explicar brevemente por qué escogí defender a las mujeres y trabajar con ellas. Tal vez y lo primero que habría que decir es que tuve la suerte de entrar como docente de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia, sin duda una de las mejores universidades públicas del país. Es ahí donde empecé, gracias a los mejores investigadores y profesores de la universidad, a descubrir este país tan complejo y al mismo tiempo tan generoso, en una época crucial de su historia, los años 70, 80 y 90, -- llegue a Colombia en 1967. Una historia que me es difícil de resumir en tan pocas palabras y poco tiempo... y si insisto sobre este periodo de mi vida, es que, probablemente, yo no sería la mujer que soy hoy sin estos 30 años vividos en la Universidad Nacional. En algunos de mis libros, explico un poco mejor ese hecho.

Sin embargo y como psicóloga, no puedo obviar hablar de mis 20 primeros años en Francia y de la importancia que pudieron tener sobre mis escogencias profesionales. Tuve la suerte de entrar en el mundo de las ideas en un país laico, de tradición liberal, democrática y relativamente crítico. Sí, mis 20 años ocurrieron en una Francia efervescente que preparaba una primavera caliente, esa famosa primavera del mayo de 1968. Era entonces la primera generación de la píldora anticonceptiva y los primeros síntomas de una sexualidad libre que vivíamos entre embriaguez y angustia. Simone de Beauvoir nos explicaba el porqué de nuestra condición, los Beatles nos encantaban con su “Let it be” y Charles Aznavour con su Bohème. El discurso de Martin Luther King nos hacía reflexionar y con el Che Guevara soñábamos y pensábamos que una revolución podría transformar nuestro planeta en un gran jardín socialista. Respirábamos al ritmo de una revolución permanente que no estallaría nunca. Por lo menos no aquella que habíamos soñado. Era entonces difícil para mí, por no decir imposible, llegar a Colombia, a la Universidad Nacional como docente, negar las huellas de esta historia. Hoy, con 73 años, sigo amando el movimiento, la duda, la vida, los sueños y sigo teniendo una necesidad imperiosa de utopías.

Quizás eso explica por qué trabajo con las mujeres y a favor de las mujeres colombianas. Tuve la suerte de participar con ellas en la única revolución positiva del siglo xx, una revolución que nunca estalló sino que ocurrió sin recurrir a la fuerza —es decir sin recurrir a la fuerza de las armas—sin derramar una sola gota de sangre y sin nunca evocar la muerte, hecho muy escaso en este país, como usted lo sabe, señor embajador: una revolución que no obstante transformó la condición de las mujeres, sus relaciones con los hombres y en general con la vida. Y hoy, las mujeres colombianas, principales víctimas de estos 50 años de conflictos armados, están ahí, y gracias a su ética de vida anclada en su cuerpo, gracias a su proximidad de la vida cotidiana, se reinventan y al mismo tiempo reinventan este país logrando volver la vida siempre más soportable para todos y para todas. Tejen con una infinita paciencia de hormigas lo que muchos hombres no dejan de destejer.

Amar a las mujeres en este doloroso país no fue difícil. Ellas me enseñaron todo lo que sé hoy. Gracias a ellas, conocí mi suerte y mi condición de mujer privilegiada. Con ellas, observándolas y escuchándolas, entendí la importancia de buscar igualdad de

oportunidades entre hombres y mujeres en todas las esferas de la vida manteniendo siempre, y al mismo tiempo, nuestra asombrosa diferencia existencial para habitar, interpretar y entender el mundo, y por supuesto también actuar sobre él. Avec elles, je suis née à moi-même, con ellas supe lo que quería hacer de mi vida; con ellas nunca me siento sola y sé que me falta todavía mucho por aprender. Por cierto, no con todas. No con las que juegan a ser hombres, que se disfrazan de hombres y que participan en la mundialización de una lógica aún casi exclusivamente masculina. Pero si con aquellas que sostienen, a menudo sin saberlo, este país, gracias a su sentido de lo cotidiano y, como decía Cioran, gracias también a esta misteriosa superioridad que les confirió una esclavitud milenaria. Si, hablo de las mujeres de este país, estas mujeres luchadoras, cariñosas, vehementes y tiernas. Solo traté de acompañarlas, escucharlas y animarlas. Cuando al final de una conferencia, charla o seminario, una de ellas se acerca a mí y me dice “gracias Florence, hoy me siento viva y más feliz que nunca de ser mujer”, entonces sé porque escogí estar con ellas, al lado de ellas y sé que hice probablemente la mejor escogencia de mi vida.

No obstante, quiero decir también que Francia seguirá siempre habitándome en lo más hondo de mi misma. Hoy tengo la nacionalidad colombiana pero seguiré siempre francesa porque nunca renunciaré a los jardines secretos de mi infancia, a los mares agitados y fríos de mis vacaciones normadas, a las callecitas medievales de Rouen, mi ciudad natal, a los colores del otoño que a veces, me hacen tanta falta y al sabor de la mousse de chocolate que preparaba mi madre los domingos. Francia, una patria, la tierra de mi padre, un padre que me enseñó la tolerancia pero sobre todo que este mundo no debería tener fronteras. Francia, tierra de mi madre, una mujer nacida en 1911, una mujer que, en los años 50 pudo leer “el segundo sexo” de Simone de Beauvoir y entender la particular opresión de las mujeres de su generación, de tal manera que me decía a menudo “mi pobre Florence, que desafortunada eres de haber nacido mujer”. Esta Francia que me recompensa hoy, me permitió adaptarme a ese tan difícil y generoso país y también saber lo que quería hacer de mi vida. Claro, gracias también a mis hijos, Nicolás y Patrick, a mi nieto vallenato Camilo, a los hombres que ame y por supuesto de nuevo, a mis amigas.

Merci a la France, merci a la Colombie.

Libros publicados

- El macho y la hembra reconstruidos. Empresa Editorial de la U.N. 1985
- Mujer, Amor y Violencia. (Colectivo del grupo Mujer y Sociedad). Tercer Mundo Editores. 1990.
- Los estragos del amor. Editorial Universidad Nacional. 1995.
- Conversación con un hombre ausente. Arango Editores. 1997 e ICONO 2014
- La mujer tiene la palabra. Editorial Aguilar. 2001.
- Género femenino: un ensayo autobiográfico. Editorial Aguilar. 2003.
- Palabras en el tiempo. Editorial Aguilar. 2003.
- Conversaciones con Violeta: historia de una revolución inacabada. Editorial Aguilar. 2006.
- Florence de la A a la Z. Editorial Aguilar. 2008.
- Había que decirlo. ICONO Editorial. 2010

ADIESTRAMIENTO QUIRÚRGICO EN LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS CON TÉCNICA GALA. EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS

Dr. Abel García López.

Médico Gineco Obstetra

Unidad Toco quirúrgica del Hospital de Gineco-Pediatría 3-A, IMSS. México

Resumen

Objetivo. Analizar la seguridad y eficacia de la capacitación quirúrgica en Ligadura de Arterias Hipogástricas (LAH) utilizando la Técnica de GALA.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Lugar. Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco, Distrito federal, México.

Muestra. Todos los casos en que se realizó LAH durante los 10 años de adiestramiento.

Métodos. Se utilizó la Técnica GALA con enseñanza tutorial.

Resultados. Se realizaron 62 cursos de adiestramiento, capacitando a 234 médicos. Se ligaron 1794 arterias hipogástricas, presentándose sólo 2 (0.11%) complicaciones durante la práctica quirúrgica (1 desgarro de vena hipogástrica y 1 desgarro de arteria hipogástrica) que fueron manejadas satisfactoriamente por el instructor sin haber repercusiones en las pacientes. 232 Médicos (99.15%) alcanzaron la competencia quirúrgica y 2 (0.85%) resultaron No Competentes.

Conclusiones. El adiestramiento en LAH con técnica de GALA es eficaz y seguro, por lo que se deben de establecer programas de capacitación en esta técnica, sobre todo en las zonas geo-demográficas con mayor índice de mortalidad materna por hemorragia.

Palabras clave. Ligadura de arterias hipogástricas, Técnica GALA, adiestramiento.

INTRODUCCIÓN

La ligadura de arterias hipogástricas es una técnica quirúrgica descrita en la literatura médica desde tiempos muy remotos. En el año de 1812 la describe el Dr. Stephens, pero fue hasta la descripción del Dr. Howard Kelly en el año 1894 cuando

tuvo mayor difusión.(1) Múltiples autores han demostrado su utilidad, en general para cohibir los sangrados que se presentan en la cirugía pélvica y particularmente en el control de la hemorragia obstétrica, inclusive como una alternativa en lugar de histerectomía cuando se desea conservar la fertilidad.(2,3,4,5) Sus indicaciones han sido reiteradamente descritas en la literatura mundial, así tenemos la indicación terapéutica y la indicación profiláctica.(6,7,8,9) Se considera Terapéutica cuando se realiza con la finalidad de cohibir hemorragia del hueco pélvico ya sea durante o después de un evento obstétrico(10,11) o bien, para controlar hemorragia secundaria a un procedimiento quirúrgico ginecológico. Se conoce como profiláctica cuando se hace con la finalidad de prevenir sangrado pélvico, principalmente antes de practicar una histerectomía abdominal y también existe la indicación electiva, básicamente para enseñanza.

A pesar de ser una técnica muy antigua, citada infinidad de veces en publicaciones científicas a nivel mundial, son pocos los médicos Gineco obstetras que tienen el conocimiento y la habilidad para realizarla, esto se debe a que las oportunidades para practicar la LAH son pocas en la vida profesional de un Gineco Obstetra y cuando esta oportunidad se presenta, se trata de una urgencia que no es el mejor momento para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En muchos países del mundo, no se cuenta con un programa de capacitación en la técnica de LAH, que permita a los Gineco Obstetras y a los Médicos Residentes en formación, adquirir la habilidad para la práctica de dicha técnica. Hasta la fecha, sigue existiendo el mito de que es una técnica heroica, difícil de realizar y con un alto riesgo de presentar complicaciones fatales como lo es la lesión de los vasos iliacos. Tratando de terminar con estos falsos supuestos, pero principalmente con la idea de difundir la técnica de LAH y facilitar su enseñanza, se diseñó la Técnica de GALA (GA-García L-López A-Abel) que tiene la particularidad de ser fácil de realizar y sobre todo segura, lo que ha permitido replicar los cursos de adiestramiento durante 10 años.(12,13) Damos a conocer nuestra experiencia con la finalidad de

promover programas de capacitación en esta técnica que como sabernos puede salvar muchas vidas.

MÉTODOS

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Norte de la Ciudad de México, se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en el periodo comprendido de febrero del año 1999 a febrero del 2009 en el cual se programaron 62 cursos de adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas, utilizando en todos los casos la técnica de GALA, que consiste en 16 pasos: 1) Selección de la arteria a ligar, 2) Exposición del campo quirúrgico, 3) Localización del promontorio, 4) Delimitación del espacio iliaco, 5) Pinzamiento del retroperitoneo, 6) Incisión retroperitoneal, 7) Ampliación roma de la incisión, 8) Ampliación cortante de la incisión, 9) Disección del tejido laxo, 10) Visualización de la bifurcación, 11) Disección lateral de la arteria, 12) Disección posterior de la arteria, 13) Colocación de riendas, 14) Visualización de la triada periférica, 15) Ligadura arterial y 16) Peritonización (Anexo 1). Se hizo seguimiento de la evolución clínica de las pacientes durante tres meses.

Los cursos fueron dirigidos a Médicos Gineco Obstetras aunque se incluyeron excepcionalmente a Médicos Residentes de tercer año de la misma especialidad y Cirujanos Generales. La duración de cada curso fue de 80 horas, repartidas en 10 días hábiles (8 horas por día), destinando los 2 primeros días (16 horas) a revisar aspectos teóricos: anatomía, fisiología circulatoria, indicaciones, técnica quirúrgica en ginecología y en obstetricia, además de complicaciones y su tratamiento. En la etapa teórica las estrategias docentes utilizadas fueron expositiva, análisis crítico de la literatura médica, discusión dirigida y videos. Los siguientes 8 días (64 horas) fueron para la práctica quirúrgica dirigida, la cual consistió en hacer LAH bilateral profiláctica a las pacientes programadas para hysterectomía total abdominal, previa obtención del consentimiento informado y apeándose a la Normatividad del IMSS y a la Ley General de Salud vigente en México, así como a la Declaración de Helsinki. En cada curso se programaron 4 hysterectomías abdominales por cada médico en adiestramiento, haciendo un total de 8 arterias hipogástricas a ligar, las primeras 2 las ligaban los profesores titular y adjunto y las siguientes 6 el médico en capacitación, cuando los profesores lo consideraban pertinente.

Los alumnos se evaluaron al inicio y término del curso con un examen teórico de 20 reactivos de opción múltiple y la habilidad quirúrgica adquirida se evaluó utilizando una cédula de objetivos estructurados (Anexo 2), la cual fue calificada por los dos profesores del curso para reducir la subjetividad de la evaluación. (14, 15,16) Se calificó como competente al alumno que obtuvo como mínimo una calificación de 80 de 100 puntos del examen teórico y 55 de 60 puntos en la evaluación de la habilidad adquirida.

Los resultados obtenidos fueron tratados estadísticamente con análisis de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Se realizaron 62 cursos de adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas con técnica de GALA. Fueron capacitados en total 234 médicos, 229 (97.87%) especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2 (0.85%) Cirujanos Generales y 3 (1.28%) Médicos

Residentes de 3° año de Gineco-Obstetricia (Tabla 1). De 913 pacientes programadas para hysterectomía total abdominal, 16 no fueron intervenidas por diversas causas (no se hospitalizaron, contraindicación anestésica o por infección de vías respiratorias superiores), por lo que se realizaron 897 Hysterectomías abdominales, 807 (89.97%) fueron indicadas por Miomatosis uterina, 56 (6.24%) por sangrado uterino disfuncional y 34 (3.79%) por hiperplasia endometrial (Tabla 2). El total de arterias hipogástricas ligadas fue de 1794. En todos los cursos las dos primeras arterias hipogástricas fueron ligadas por los profesores haciendo un total de 468 (26.08%) y las restantes 1326 (73.92%) por los alumnos (Tabla 3), sólo hubo 2 médicos en adiestramiento que pudieron ligarla hasta el cuarto procedimiento ya que se les dificultó adquirir la habilidad.

De las 1794 arterias ligadas, en 2 casos (0.11%) se presentaron complicaciones al intentar ligar la arteria hipogástrica (Tabla 4). En uno de ellos se desgarró la vena hipogástrica, la cual fue reparada en forma inmediata por el Instructor del curso, evolucionando satisfactoriamente la paciente, sin ameritar hemotransfusión ni mayor tiempo de hospitalización, se egresó por mejoría al tercer día posoperatorio. El otro caso fue un desgarró de arteria

TABLA 1. Médicos Capacitados en 62 Cursos Realizados

Médicos Capacitados	n	%
Gineco Obstetras	229	97.87
Cirujanos Generales	2	0.85
Residentes de Ginecología (R-3)	3	1.28
Total	234	100

TABLA 2. Indicaciones de las hysterectomías

Hysterectomías Abdominales Realizadas	n	%
Por Miomatosis uterina	807	89.97
Por Sangrado Uterino Disfuncional	56	6.24
Por Hiperplasia endometrial	34	3.79
Total	897	100

TABLA 3. Cantidad de arterias ligadas

Arterias Hipogástricas Ligadas	n	%
Por los Profesores	468	26.09
Por los alumnos	1326	73.91
Total	1794	100

TABLA 4. Tipo de complicaciones presentadas

Complicaciones durante la LAH	n	%
Desgarro de vena hipogástrica	1	0.05
Desgarro de arteria hipogástrica	1	0.05
Arterias ligadas sin complicaciones	1792	99.90
Total	1794	100

hipogástrica al pasar en forma incorrecta la pinza de ángulo recto por debajo de la arteria hipogástrica, lesionando la cara posterior de la misma, presentando mínimo sangrado, ya que la capa muscular arterial al mantenerse contraída evitó una pérdida sanguínea considerable. Se ligó inmediatamente la arteria hipogástrica un centímetro proximal y un centímetro distal a la lesión sin haber mayores consecuencias. La paciente igualmente se egresó al tercer día posoperatorio por mejoría. Las restantes 1792 arterias (99.89%), se ligaron sin presentarse complicaciones. Durante un periodo de tres meses en que las pacientes fueron monitorizadas no se presentaron complicaciones ni secuelas.

En relación a la evaluación, 232 médicos (99.15%) alcanzaron la competencia quirúrgica al haber aprobado el examen teórico y práctico y sólo 2 (0.85%) resultaron no competentes, ya que aprobaron la evaluación teórica pero no la práctica (Tabla 5). Es importante mencionar que los 3 Médicos Residentes alcanzaron la competencia quirúrgica.

DISCUSIÓN

Analizando las oportunidades que brinda el curso para realizar la ligadura de arterias hipogástricas, tenemos que cada médico en adiestramiento pudo ser observador en una primera cirugía, primer ayudante en la segunda y en las restantes seis su intervención fue como cirujano. La evaluación realizada nos permitió comprobar que este número de experiencias son suficientes para adquirir la competencia quirúrgica, ya que más del 99% de los alumnos pudieron hacer la ligadura al final del curso sin ayuda de los profesores, lo que nos permite aseverar que el adiestramiento tiene una alta efectividad.

Así mismo, la capacitación quirúrgica dirigida se consideró segura, ya que el porcentaje de complicaciones solo fue de 0.11%, cifra significativamente menor a la reportada por Cruikshank(17); sin duda, la simplicidad para realizar la técnica de GALA, es uno de los principales factores que contribuyó a esta baja morbilidad. Los autores compartimos el análisis de la experiencia de esas dos complicaciones lo que puede contribuir a prevenirlas en futuros cursos de adiestramiento en LAH. El desgarro de vena hipogástrica se presentó por un exceso de confianza del Instructor al mostrar un movimiento que no debe ser realizado al separar la arteria de la vena hipogástrica (abrir la pinza de ángulo recto colocada entre la arteria y la vena sin levantar la arteria para alejarla de la vena) y el desgarro de la arteria hipogástrica fue como consecuencia de que un alumno al introducir la pinza de ángulo recto entre la arteria y la vena hipogástricas para separarlas, dirigió la pinza hacia la pared posterior de la arteria e hizo caso omiso cuando el profesor le indicó que estaba colocada incorrectamente, hasta que la lesionó. La posibilidad de complicaciones de esta naturaleza en los programas de adiestramiento, obliga a que los Instructores que imparten la capacitación tengan experiencia en la reparación de vasos sanguíneos, tal como sucedió en nuestros cursos, lo que permitió resolver estas dos eventualidad en forma oportuna y precisa, evitando mayores complicaciones a las pacientes.

TABLA 5. Médicos que alcanzaron la competencia quirúrgica

Evaluación de los alumnos	n	%
Competentes	232	99.15
No competentes	2	0.85
Total	234	100

TÉCNICA “GALA” (16 Pasos)



FIGURA 1. Selección de la arteria a ligar.

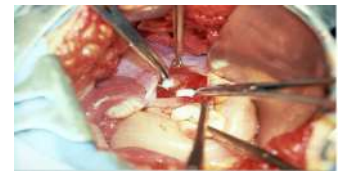


FIGURA 9. Diseción del tejido laxo.

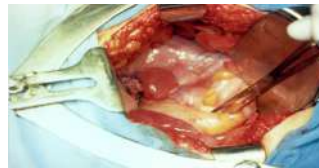


FIGURA 2. Exposición del campo quirúrgico.



FIGURA 10. Visualización de la bifurcación.



FIGURA 3. Localización del promontorio.



FIGURA 11. Diseción lateral de la arteria.



FIGURA 4. Delimitación del espacio iliaco.



FIGURA 12. Diseción posterior de la arteria.

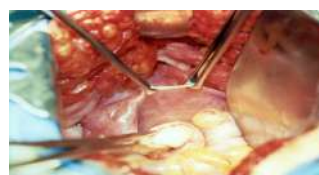


FIGURA 5. Pinzamiento del retroperitoneo.



FIGURA 13. Colocación de riendas.



FIGURA 6. Incisión retroperitoneal.



FIGURA 14. Visualización de la triada periférica.

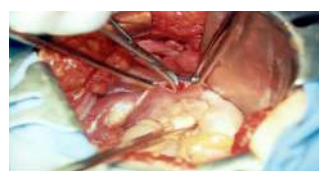


FIGURA 7. Ampliación roma de la incisión.



FIGURA 15. Ligadura arterial.

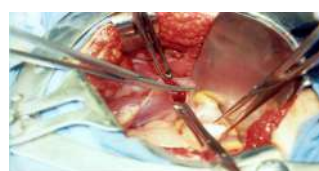


FIGURA 8. Ampliación cortante de la incisión.



FIGURA 16. Peritonización.

Por último, hay que tener presente que un alto índice de muertes maternas ocurre en hospitales de segundo y tercer nivel de atención como consecuencia de hemorragias durante el embarazo, parto o puerperio, por lo tanto, debemos de capacitar a por lo menos dos médicos por jornada laboral en esos hospitales, como una estrategia para disminuir la mortalidad materna, principalmente en las regiones con mayor índice de morbi-mortalidad por hemorragia obstétrica.

CONCLUSIONES

1. El adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas con técnica de GALA es eficaz y seguro.
2. Se deben de aprovechar las ventajas que ofrece la técnica de GALA, para establecer programas de capacitación quirúrgica en LAH, principalmente en las zonas geo-demográficas con mayor mortalidad materna por hemorragia.

REFERENCIAS

1. Kelly HA. Ligation of both internal iliac arteries for hemorrhage in Hysterectomy for carcinoma uteri. Bull Johns Hopkins Hosp 1894; 5: 53-54. l
2. Clark SL, Phelan JP, Yeh SY, Bruce SR. Hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage. Obstetrics & Gynecology 1985; 66: 353-355.
3. Sack RA. Bilateral internal iliac artery ligation to control obstetric and gynecologic hemorrhage. A ten year review at the community hospital level. Am J. Obstet Gynecol 1973; 116: 493-497
4. Menguert WF, Burchell RC, Blumstein RW, Daskal JL. Pregnancy after bilateral ligation of the internal iliac and ovarian arteries. Obstetrics and Gynecology 1969; 34: 664-666.
5. Casele HL, Laifer SA. Successful pregnancy after bilateral hypogastric artery ligation. A case report. J Reprod Med 1977; 42: 306-308.
6. Chattopadhyay SK, Deb RY, Edrees YB. Surgical control of obstetric hemorrhage: hypogastric artery ligation or hysterectomy? Int J Gynecol Obstet 1990; 32: 345-351.
7. Stephen E, Mc Shane P. The efficacy of internal iliac artery ligation in obstetric hemorrhage. Surgery Gynecology & Obstetrics 1985; 160: 250-253.
8. Hudon L. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. Obstetrical and Gynecological Survery 1998; 53 (8): 509-517.
9. Gharoro EP, Abedi HO, Isiauwe JO. Prophylactic internal iliac artery ligation in gynecologic pelvic surgery. International Journal of Gynecology & Obstetrics 1999; 65: 307-309.
10. Harika G. Placenta percreta with bladder invasion: surgical strategy to avoid massive blood loss. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1994; 57(2): 129-131.
11. Joshi V, Otiv S, Majumder R, Nicam Y, Shrivastava M. Internal iliac artery ligation for arresting postpartum haemorrhage. BJOG 2007; 114: 356-361.
12. García LA. Hypogastric artery ligation. "GALA Tecnica" 2ª Ed. DEMSA. México. 2009
13. García LA. Bilateral hypogastric artery ligation. A training program security and effectiveness. Ginec Obstet Mex 2001; 69: 443-8
14. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of medical competence using an objective clinical examination. Medical Education Booklet 1979; 8: 124-135.
15. Selby CL., Osman M. How to do it? Set up and run an objective structured clinical exam. Br Medical Journal 1995; 310 (6): 1187-1190.
16. Goff BA, Lentz GM, Lee DM, et al. Development of an objective structured assessment of technical skills for obstetrics and gynecology residents. Obstet Gynecol 2000; 96: 146-150.
17. Cruikshank SH. Retroperitoneal dissection in gynecologic surgery for benign disease. South Med J 1887; 80: 296-300.

VIRUS ZIKA: UNA OPORTUNIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dr. René Castro S.

*Cordinador para países del Cono Sur del Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos FLASOG
Profesor Asistente
Universidad Diego Portales, Chile*

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad, han sido frecuentes las plagas y epidemias; entre las más conocidas, destacan las diez plagas que Moisés habría hecho caer sobre Egipto por mandato divino. El término plaga usado hasta la Edad Media para referirse a estos episodios, se relaciona con la creencia antigua de que las epidemias se debían a un castigo divino por una conducta pecaminosa. En nuestra época reciente, la aparición del SIDA llevó a algunos grupos conservadores a reactivar el concepto antiguo de una peste, llegando a señalar que dicha enfermedad era un castigo por una conducta inmoral.

La propagación de enfermedades infecciosas ha sido un factor importante en el desarrollo histórico; la aparición de brotes epidémicos en diversas épocas ha sido relacionada con importantes efectos (p.ej. la caída de varios imperios - romano, chino, azteca, inca - ha sido atribuida directa o indirectamente a enfermedades epidémicas). Las distintas pestes que asolaron Europa en la Edad Media, por su elevada mortalidad, tuvieron un significativo impacto sobre el tamaño y la estructura de las poblaciones en ese continente.

En torno a la aparición y diseminación de distintas enfermedades infecciosas, es necesario distinguir tres conceptos, de acuerdo a su extensión geográfica:

Endemia: es la presencia habitual de una enfermedad en una zona geográfica dada, mantenida en el tiempo, la cual puede convertirse en una epidemia si las condiciones ambientales lo permiten.

Epidemia: corresponde al aumento de una enfermedad endémica que afecta a un número de individuos superior al esperado en una población dada durante un tiempo determinado, o a la aparición de un gran número de pacientes en lugares donde la enfermedad estaba ausente; en ocasiones se utiliza como sinónimo la expresión de brote epidémico, o simplemente brote.

El más reciente brote, antes del actual brote del virus Zika, fue el virus del Ebola, agente de la llamada fiebre hemorrágica del Ebola, que ha afectado a distintos países africanos en las últimas 2 décadas.

Pandemia: la epidemia se extiende por varias regiones geográficas extensas de varios continentes o incluso de todo el mundo; ejemplos recientes de esta condición han sido el virus del SIDA y la influenza AH1N1.

En el siglo actual, XXI, los expertos creen que las enfermedades infecciosas emergentes, sobre todo las de origen animal, serán cada vez más importante con el crecimiento de la población, el hacinamiento urbano, los cambios climáticos, el aumento del transporte de mercancías y de personas, el aumento de los factores mutagénicos, y el contacto con nuevos gérmenes. Un factor relevante en la propagación de las epidemias actuales en el mundo son los viajes en avión.

Para el adecuado abordaje de estas situaciones que afectan la salud poblacional, es fundamental el adecuado seguimiento epidemiológico de enfermedades infecto-contagiosas, realizado por las redes de profesionales de la salud y expertos en salud pública, a través de protocolos estandarizados, a nivel local, regional, nacional y continental o incluso mundial.

El virus Zika

El brote actual de la enfermedad por el virus del Zika – transmitido por el mosquito *Aedes Aegypti*, vector también del dengue, la fiebre amarilla y el chikunguya - fue detectado en el Brasil en Mayo 2015, cuando se identifica un primer caso de microcefalia probablemente asociado a la infección por este agente; desde allí se diseminó rápidamente por toda América Latina y el Caribe, llegando incluso a los Estados Unidos.

Ante el conglomerado de casos de microcefalia y otras anomalías neurológicas - síndrome congénito del Zika - notificados en la Región de las Américas, a comienzos de Febrero del año en curso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) – declaró que el brote, no el virus, constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional. Es la primera vez que se observa que una enfermedad transmitida por mosquitos cause malformaciones congénitas graves.

Desde 2015 y hasta la fecha (Agosto 2016), 45 países/territorios de las Américas han confirmado casos autóctonos por transmisión vectorial del virus del Zika; 5 países han notificado casos de Zika transmitidos sexualmente.

La actual documentación de casos de transmisión sexual del virus, fundamentalmente de hombres infectados, le agrega una complejidad adicional al manejo de esta patología emergente.

Si bien la ‘explosión’ del Zika se concentra en nuestra región, el 1 Febrero del año en curso, la OMS declaró que el brote representaba una emergencia de salud pública de importancia internacional, colocándolo en el centro de la agenda sanitaria mundial en los últimos 14 meses.

Por su rápida diseminación, y por la multiplicidad de medidas requeridas para su control integral, ha requerido un alto gasto en recursos de todo tipo, desde los organismos internacionales y de los países afectados; probablemente supera a otras condiciones observadas en la historia reciente, como la epidemia del VIH en los años 80, y más recientemente con la pandemia por influenza AH1N1 a fines de la década pasada y del virus Ebola en África.

El presente artículo, a partir de una revisión del desarrollo de los conceptos de salud sexual y salud reproductiva (SS-SR) en las últimas 2 décadas, aborda los distintos elementos a considerar en el manejo integral de este brote infeccioso, con especial énfasis en los aspectos relacionados con los comportamientos sexuales y las decisiones reproductivas de las personas, hombres, mujeres y parejas, para reducir el grave riesgo de complicaciones neurológicas en los niños cuyas madres se han visto afectadas por este virus.

Es una oportunidad para revisar críticamente el estado actual de los servicios de SS-SR en nuestra región, incorporando nuevos conceptos, y mejorar la calidad de los mismos, sobre todo en lo relativo al aseguramiento de una atención centrada en la prevención de los severos daños perinatales que puede ocasionar este agente infeccioso. Al momento actual, las estrategias más recomendadas – aparte de las medidas destinadas al control vectorial – son la provisión de métodos anticonceptivos eficaces y cuidados prenatales apropiados para las mujeres que estén expuestas al riesgo de adquirir esta infección.

Especial atención se dará a redimensionar el importante rol estratégico que deberíamos asumir todos los profesionales de la salud que atendemos mujeres en edad reproductiva para reducir el impacto de este brote infeccioso sobre los distintos actores del proceso reproductivo - mujeres, hombres, hijos - en distintos momentos del mismo (período pregestacional, durante la gestación, atención del recién nacido).

Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos

Los derechos reproductivos de las personas se sustentan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948; la

titularidad de estos derechos señala que todo individuo posee derechos naturales que deben ser reconocidos, respetados y garantizados, obligatoriamente, por los gobiernos.

Hace 50 años, las Naciones Unidas establecen derechos humanos básicos como el derecho a la salud y a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, de los que se derivan posteriormente los derechos sexuales y reproductivos, a través de dos acuerdos jurídicamente vinculantes (obligatorios para los países que los ratificaron): el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).

El derecho de toda persona a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo tenerlos es el principio orientador de la salud sexual y reproductiva (SS-SR), conceptos surgidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994).

Otros instrumentos internacionales importantes sobre estas materias son:

La Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979.

La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), la cual ratifica el concepto de SSR aprobado en El Cairo.

La Cumbre del Milenio (ONU, Septiembre 2000), que entre los 8 Objetivos de Desarrollo formulados para el período 2000 - 2015, al menos tres se relacionan estrechamente con la SSR.

La Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Mundial de la Salud 2002: “aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva, es clave para el cumplimiento de las Metas del Milenio, particularmente referidos a la disminución de la mortalidad materna e infantil y el control de la diseminación del VIH / SIDA”.

A nivel internacional los diversos acuerdos establecidos sobre derechos humanos tienen una mayor jerarquía que la legislación nacional; lo establecido en el derecho internacional pasa a ser una obligación de los Estados con sus ciudadanos, constituye un deber inexcusable de los países el garantizar su efectivo cumplimiento.

El ejercicio de los derechos de las mujeres a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen a su acceso a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la SS-SR. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le niegan sus derechos reproductivos.

El Programa de Acción de la CIPD, aprobado mayoritariamente por la comunidad internacional, reemplazó la planificación familiar impulsada por razones demográficas desde los años 60, por un enfoque basado en los derechos humanos y las necesidades, aspiraciones y circunstancias de cada persona, a través de una amplia canasta de prestaciones. Este Programa define un paquete completo de servicios de SS-SR; la mayoría de los servicios requeridos para enfrentar la actual emergencia sanitaria del brote de Zika están señalados en este paquete.

De este listado, destaca en primer lugar la Planificación Familiar (PF), la cual a través de la anticoncepción, permite el espaciamiento entre nacimientos. El uso de métodos anticonceptivos eficaces

beneficia a las personas y a la población, en la medida en que apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su sexualidad y reproducción, y el derecho de los hijos e hijas a nacer siendo deseados; en el contexto internacional de las últimas 2 décadas, parecería más adecuado hablar de 'regulación de la fertilidad' (la fertilidad es una condición de cada persona, sobre la cual él/ella puede influir utilizando tecnologías específicas) que de 'planificación familiar' (alude a la función reproductiva en un contexto de pareja/familia).

Desde la perspectiva de los derechos reproductivos, estrechamente vinculados con el logro de la SS-SR, la anticoncepción se vincula estrechamente con varios de ellos. Las personas, en el ejercicio de su libertad de conciencia, pueden decidir utilizar o no algún método anticonceptivo, en base a sus valores y creencias personales.

Derecho al cuidado de la salud: la anticoncepción permite a las personas evitar embarazos no deseados o de alto riesgo, contribuyendo así a proteger, preservar y promover su propia salud. El ejercicio de este derecho implica que las personas tengan acceso a información acerca de las alternativas anticonceptivas existentes, a fin de elegir la más conveniente y segura desde el punto de vista biomédico y de sus valores personales, y a la evaluación de los posibles efectos secundarios mientras utilizan un método anticonceptivo.

Derecho a la información y educación: las personas que solicitan anticoncepción deben recibir del personal que realiza los servicios, información actualizada sobre fisiología reproductiva y sobre los métodos anticonceptivos disponibles; para ello se requiere de idoneidad técnica de los/las proveedores/as del servicio y de instalaciones adecuadas. Esta información debe acompañarse de la orientación necesaria, que permita a cada persona tomar sus propias decisiones informadas en esta materia.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2011, www.cidh.org):

El derecho al acceso a la información es especialmente relevante en el ámbito de la salud y específicamente en el área de la sexualidad y la reproducción ya que contribuye a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de aspectos íntimos de su personalidad. En el sistema interamericano de derechos humanos está garantizado el acceso a la información en materia sexual y reproductiva, que contempla una serie de derechos como el derecho a la libertad de expresión, a la integridad personal, a la protección a la familia, a la vida privada y a vivir libres de violencia y discriminación.

En el marco de los derechos humanos consensuados por la comunidad internacional, a cada Estado le corresponde, en sus políticas públicas de sexualidad y reproducción, reconocer y respetar los derechos de las personas en estas áreas tan significativas. Los servicios de SS-SR deben ser accesibles a todas las personas, sin ninguna forma de discriminación - por edad, sexo, nivel socioeconómico, ideas políticas o religiosas, etnia, etc. (principio de equidad y justicia).

Otro servicio destacado en el listado de servicios de la CIPD, es el cuidado prenatal, la atención calificada del parto, y el cuidado postnatal; la responsabilidad institucional de la autoridad sanitaria nacional - los Ministerios de Salud - consiste en brindar una adecuada protección a todas las embarazadas; los

bienes a proteger son la vida, y su calidad a futuro, de todos los participantes en el proceso reproductivo: la madre, su hijo/a, el padre, la familia.

En la última década, en el contexto del 'continuo de atención' propuesto por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, se le ha asignado una importancia creciente al cuidado preconcepcional, como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva; se define como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo cuyo propósito es identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo; incluye actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación. Un Cuidado Preconcepcional adecuado aumenta la eficacia y la eficiencia del Control Prenatal, y mejora el pronóstico reproductivo global, para la mujer y para su hijo/a.

En el actual brote de Zika, este enfoque resulta fundamental: prevenir embarazos no deseados en aquellas zonas de alta circulación viral, a través de servicios de regulación de la fertilidad eficaces, de preferencia métodos de larga duración (dispositivos intrauterinos, implantes).

La prevención y tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, e infecciones transmitidas sexualmente (ITS), incluyendo el VIH/SIDA, es otro de los servicios señalados en el Plan de Acción de la CIPD. La OMS, UNFPA, ONUSIDA y otros organismos internacionales, han llamado la atención sobre la importancia de vincular la respuesta al VIH con el adecuado desarrollo de los servicios generales de SS-SR, y en general de salud materno-infantil, así como con las diferentes redes y niveles de atención del sistema de salud para la población general, con énfasis en el primer nivel de atención.

En ese ámbito, la estrategia utilizada en ITS como Sífilis o VIH, la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil, PTMI ('transmisión vertical'), - incluye intervenciones de promoción antes del embarazo, durante el periodo prenatal, en el momento del parto, posparto y en el recién nacido - es otro elemento a integrar en el manejo preventivo del Zika. Para conseguir la eliminación de la transmisión de madre a hijo, se requiere la captación temprana y una cobertura universal de las atenciones de salud materna.

En los sectores socioeconómicos más desfavorecidos - sectores pobres, rurales, pueblos indígenas- se concentran los malos resultados en salud materna y perinatal, debido a las condiciones de discriminación y marginalización que enfrentan, por razones legales, económicas, sociales, culturales, geográficas, desigualdad de género, entre otras. Estos factores pueden englobarse bajo el concepto de los Determinantes sociales de la salud, DSS (OMS, 2007); la distribución desigual de estos factores entre los distintos grupos sociales establece una jerarquización entre estos: cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su nivel salud (gradiente social de la salud).

El profesional de la salud que pretenda incidir en procesos patológicos relacionados con la sexualidad y la reproducción, debe entender claramente la influencia que puedan ejercer otros factores sobre la salud de las personas, como son la sociedad en sí misma, los componentes psicosociales existentes en su interior, factores que tienen ver con la cultura, la religión, y el o los modelos que operan en su desarrollo económico.

A partir de la Declaración del Milenio (2000), la comunidad internacional ha incorporado diversos conceptos y desarrollado diversas iniciativas, orientadas a mejorar la situación existente a nivel de la salud materna e infantil.

El enfoque basado en los derechos humanos y la igualdad entre los géneros: este enfoque se orienta preferentemente a las sociedades más necesitadas y marginadas –y a los miembros más vulnerables de esas comunidades (las mujeres, los niños y los adolescentes, los pueblos originarios y afrodescendientes, y las personas que viven en las zonas rurales o en la periferia urbana).

- El enfoque de derechos humanos en las políticas y los programas requiere de un alto nivel de concreción en acciones específicas que promuevan cambios reales en todas las etapas del ciclo de vida de las mujeres.
- Equidad en salud: en el marco de los derechos humanos acordados por la comunidad internacional, la identificación y modificación de los DSS, contribuye a avanzar hacia la equidad en salud - responder apropiadamente a las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales; la equidad en salud se manifiesta en el empeño por eliminar toda desigualdad de salud evitable, injusta y remediable entre poblaciones o grupos sociales.

Situación regional en SS-SR

En la Región de las Américas se ha logrado un progreso importante en el campo de la salud y del desarrollo humano. Los valores medios de los indicadores de salud han mejorado en casi todos los países: la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25% en términos absolutos; la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad perinatal ha descendido en un 35%; la esperanza de vida ha aumentado una media de seis años; las muertes por enfermedades transmisibles y afecciones del sistema circulatorio se han reducido en un 25%. No obstante, aún persisten desafíos considerables: la infección por el VIH/SIDA sigue siendo una amenaza continua en casi todos los países de la Región.

La Salud Sexual y la Salud Reproductiva es un tema prioritario en la Región, sin embargo, se observa un empeoramiento global de las desigualdades en lo que se refiere a la salud. El negativo impacto de estas desigualdades no sólo representa el fracaso del sistema de salud, sino que señala la incapacidad de las sociedades de abordar las causas subyacentes de los problemas de salud y de su injusta distribución en ellas.

La efectividad de las intervenciones en salud materno-infantil depende de la existencia de un sistema de salud que sea funcional para garantizar el acceso a un conjunto integrado de intervenciones costo-efectivas, desde la etapa preconcepcional hasta la niñez ('continuo de atención'). El actual brote de Zika, a través de la microcefalia y otras alteraciones neurológicas que puede inducir en el feto durante su gestación, puede impactar negativamente los indicadores de salud neonatal e infantil; la gravedad del daño persistente de los niños que sobreviven, representa un enorme costo económico por la necesidad de una asistencia prolongada en sus necesidades de salud, junto con el efecto devastador sobre las familias con niños afectados.

En la mayor parte de los países la disponibilidad de servicios integrales de salud reproductiva e infantil se mantiene como una meta no alcanzada. Diversas especificidades de la SS-SR y

su atención en América Latina y el Caribe imponen retos para su cumplimiento en la región; las muertes relacionadas con embarazos no deseados, se asocian a limitaciones en el acceso a los servicios existentes (prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, necesidades insatisfechas de anticoncepción).

En la región, alrededor de un 56% de los embarazos son no planeados. Las mujeres más pobres y de zonas rurales combinan las mayores dificultades de acceso a anticonceptivos con la menor cantidad de información sobre la enfermedad, y por las malas condiciones medioambientales en que viven, son también la población más vulnerable al Zika. Se trata de barreras no sólo económicas, también socioculturales, en una región donde, además, las tasas de violencia sexual son muy altas.

La información disponible, posterior a 2005, muestra que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en América Latina es relativamente elevada, en torno al 75%; sin embargo, el acceso a estos métodos ha sido desigual, las personas pobres y adolescentes afrontan múltiples dificultades para obtenerlos (necesidades insatisfechas), lo cual deriva en altas de embarazo no deseado, muchos de los cuales culminan en un aborto inseguro.

Ante la recomendación de varios gobiernos de la región que aconsejaron a las mujeres evitar quedar embarazadas hasta que se comprendiera y se lograra controlar mejor el virus Zika (Colombia: posponer el embarazo de 6 a 8 meses; El Salvador: posponerlo hasta el año 2018; Jamaica: posponerlo de 6 a 12 meses), el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, con fecha 8 de Febrero, emite una declaración en que explicita categóricamente su compromiso con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres latinoamericanas :

“Teniendo en cuenta que en nuestra región más de la mitad de las gestaciones no son deseadas/buscadas y hay un alto índice de violencia/abuso sexual, las recomendaciones de los gobiernos para posponer los embarazos sin ampliar el acceso a la anticoncepción y al aborto seguro no son razonables.”

En relación al mismo punto, la Directora del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la OPS (CLAP-SMR) Suzanne Serruya, ha enfatizado la necesidad de ampliar el acceso a los anticonceptivos en la región, señalando que la decisión de concebir es un derecho exclusivo de la mujer. «No se puede tomar como recomendación que no se embaracen las mujeres. Los países deben informar de los riesgos que hay, pero la decisión final es solo de la mujer, es su derecho».

Perspectiva de Género en Salud Sexual y Salud Reproductiva

La salud de las mujeres ha sido descuidada, muchas de sus necesidades de salud no son satisfechas. Las mujeres tienen algunas vulnerabilidades biológicas, relacionadas con la función reproductiva, que las hace más susceptibles a ciertos riesgos de salud.”

Directora General OMS, Nov. 2009

La SS-SR es uno de los ámbitos en los que se expresan con mayor fuerza las desigualdades e inequidades de género, que afectan

negativamente a las niñas y mujeres. Las mujeres enfrentan las mayores inequidades en salud en todas las dimensiones de la calidad de vida, en comparación con los hombres; tienden a ser más vulnerables por circunstancias sociales, culturales y económicas; el ejercicio de la función reproductiva es una de las condiciones que incide más significativamente en esta mayor vulnerabilidad.

Las mujeres asumen todo el costo biológico - enfrentan los riesgos que tienen, para su salud y su vida, los embarazos, abortos y partos, y los eventuales problemas asociados al uso de un método anticonceptivo - y gran parte del costo social de la reproducción y, sin embargo, tienen menor control que los hombres sobre las decisiones que involucra el ejercicio de su sexualidad, incluyendo la regulación de su propia fertilidad.

La incorporación de la perspectiva de género en la atención de SS-SR implica asumir que la sexualidad es un componente fundamental en la identidad, bienestar y felicidad de hombres y mujeres. Su ejercicio, sin recurrir a los métodos de regulación de la fertilidad disponibles, que permiten una reproducción voluntaria en el momento que las personas lo deseen, puede llevar a un embarazo no deseado/no planeado y a un eventual aborto provocado, y a lo largo de la vida, al riesgo de adquirir distintas infecciones que se transmiten por vía sexual (ITS).

Las relaciones entre mujeres y hombres son determinantes en la toma de decisiones sobre anticoncepción: las mujeres y los hombres pueden querer consultar con sus parejas y decidir en conjunto acerca de las opciones anticonceptivas; en otros casos, las personas desean tomar decisiones individualmente, sea porque no tienen pareja estable, porque no desean consultarla, porque tienen temor de compartir alguna información personal con ella, o porque sus parejas se oponen a la anticoncepción. Los y las proveedores/as deben entregar información apropiada a ambos directamente, o a cada uno por separado.

Las relaciones de género afectan la negociación para el uso de ciertos métodos: cuando el método elegido requiere participación masculina, como el uso del condón o la práctica de la abstinencia periódica, es necesario evaluar la capacidad de la usuaria para negociar con su pareja para que acepte utilizarlo. Esto también puede ser necesario cuando se trata de métodos anticonceptivos susceptibles de ser percibidos por el hombre como DIU, implante, o métodos de barrera femeninos, a los cuales pudieran oponerse por barreras culturales y prejuicios.

La relación entre usuarias/os y proveedoras/es puede estar influenciada por factores de género: en la práctica clínica, habitualmente existe una relación subordinada entre la persona que solicita servicios de regulación de la fertilidad consulta, y quien realiza la prestación. Los proveedores/as deben respetar sus decisiones, no inducirlos, no prescribirles lo que a ellos pudiera parecerles más adecuado como proveedores/as. Por razones de género, la desigualdad/asimetría de poder es mayor cuando la usuaria es una mujer y el prestador, un hombre (médico).

En 1992, el Comité de Ética del ACOG, señala los principios que deben guiar la relación médico/paciente ('usuario/a') en el ámbito de la SS-SR.:

“los eventos relacionados con el proceso reproductivo – embarazo, parto, uso de métodos anticonceptivos – centrales en la demanda de servicios de salud por las mujeres, no son enfermedades y por tanto, no corresponde utilizar el término

“pacientes” en relación a estas prestaciones;

derecho de las personas a la autodeterminación en sus capacidades sexuales y reproductivas (Autonomía);

la relación médico-paciente se da en un plano de reciprocidad e igualdad, que implica compartir información y desarrollar opciones de mutuo acuerdo, permitiendo una activa participación del usuario/a de los servicios”.

En suma, en la provisión de servicios de regulación de la fertilidad es fundamental ofrecer a las mujeres el mayor rango posible de opciones anticonceptivas seguras, para que ellas puedan elegir las que son más aceptables para ellas, así como incentivar, facilitar y reforzar que los hombres asuman compartan esta responsabilidad. Las y los prestadores de salud deben entregar información y ofrecer medios seguros y dignos para hacer realidad las decisiones de las personas, reconociendo y respetando en todo momento que la decisión final pertenece a cada persona.

Anticoncepción en hombres

En la CIPD se formula por primera vez en forma explícita la necesidad de considerar a los hombres y sus responsabilidades en las políticas relativas a salud sexual y salud reproductiva, desarrollo y equidad de género: “Se debería insistir en las responsabilidades de los hombres respecto de la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos” (4.11); “El objetivo es promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluidas la vida familiar y comunitaria, y a alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar.” (Objetivo 4.25); “Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual” (7.8).

La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) explicita esta recomendación: “Elaborar programas específicos para hombres de todas las edades y adolescentes varones, destinados a proporcionar información completa y confiable sobre comportamiento sexual y reproductivo sin riesgos y responsable, incluyendo métodos voluntarios, apropiados y efectivos para hombres para la prevención de VIH/SIDA y otras E.T.S., entre otros, abstinencia y uso de condón”. (Plan de Acción, Párrafo 109 I).

El desarrollo de programas de salud reproductiva en diversos lugares del mundo han demostrado que los hombres tienen algunas preocupaciones y necesidades que les son comunes: la información correcta sobre planificación familiar; la provisión de métodos anticonceptivos; la orientación y asesoramiento sobre la manera de prevenir, detectar y tratar las ITS y el VIH/SIDA; la orientación y tratamiento para la infertilidad y para la disfunción sexual; y la detección y tratamiento del cáncer de pene, testicular y de próstata.

Un elemento prácticamente ausente en la región de las Américas es la participación masculina en materia de SS-SR; una mayor participación de los varones en los eventos relacionados con la SS-SR, así como su acceso a los servicios de salud disponibles, puede ser una contribución importante para mejorar la desfavorable situación existente en este ámbito, que afecta principalmente a mujeres de grupos sociales más vulnerables (adolescentes y jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y educacional, con

residencia rural o en zonas periféricas, pertenecientes a pueblos originarios y afrodescendientes).

De acuerdo a la información disponible hasta el momento, en el brote del Zika los hombres podemos llegar a ser verdaderos vectores en su transmisión por vía sexual; por ello, es fundamental que hombres y mujeres tomen conciencia de la potencial transmisión del virus por vía sexual, para que adopten las conductas de protección adecuadas (en especial, uso adecuado de condón). Dado a que un alto porcentaje de las personas infectadas con el agente son asintomáticas, al igual que la mayoría de las ITS conocidas, existe una mayor probabilidad de transmisión inadvertida, mientras dure la viremia en las mujeres, o persista el virus en el semen.

Calidad de la Atención

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (Agosto 2013): "...los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza."

La calidad de atención en SS-SR requiere considerar aspectos técnicos y humanos que permitan resguardar los derechos y satisfacer las necesidades de las personas en este ámbito; las y los proveedoras/es y los servicios deben estar centrados en las personas y en la comunidad que atienden, respondiendo a la diversidad de los factores sociales, económicos y culturales involucrados.

En el pasado, en el cuidado de salud de la mujer, la relación médico-paciente se caracterizaba por una evidente asimetría, debida al paternalismo médico. En las últimas 2 décadas, el principio de la autonomía, consensuado a nivel internacional, ha contribuido a hacer esta relación más democrática, enfatizando el importante papel que debe desempeñar la mujer en la toma de decisiones con respecto a la atención de su salud. En el marco ético formulado en 1994 por la O.M.S. en relación a los cuidados ginecológicos y obstétricos, se destaca el principio de la autonomía - rol que la mujer debe adoptar en el cuidados de su salud - y, el principio de la equidad - "en la administración de los cuidados de salud a la mujer; se requiere que todas sean tratadas con igual consideración".

Cuando se requiere tomar decisiones relativas a la atención médica, la mujer debe contar con toda la información disponible sobre las alternativas para su condición de salud, incluyendo riesgos y beneficios. Los profesionales de la salud tienen la obligación de informar a las mujeres sobre su salud para que éstas puedan adoptar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de sexualidad y reproducción. Este enfoque debe extenderse a los varones, compañeros sexuales de las mujeres.

El acceso a servicios de alta calidad puede contribuir al empoderamiento de las mujeres en la medida que favorece que se perciban a sí mismas como sujetos de derechos. La información y orientación en salud reproductiva puede servirles para tomar decisiones con mayor libertad también en otros aspectos de su vida. Para las parejas, recibir servicios de alta calidad puede contribuir a que mujeres y hombres aprendan a reconocer y respetar sus diferencias, a negociar las libertades de ambos, a

asumir responsabilidades, y a resolver los conflictos de manera compartida.

Manejo del brote de virus Zika en el marco de la SS-SR

En reunión realizada en Buenos Aires a comienzos de Abril, el Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León, asesor de salud reproductiva de CLAP-SMR, señaló: "Cuando hablamos de Zika tenemos que entender que el centro no es el mosquito o la fumigación, el centro es la mujer y por eso deben defenderse los derechos sexuales y reproductivos asegurando el acceso a la información de las mujeres embarazadas" (esta observación habría que extenderla a todas las mujeres en edad fértil).

Este experto regional, parafraseando a García Márquez, resume el impacto del virus sobre distintos aspectos relacionados con la SS-SR de las personas, en la acertada expresión Amor en los tiempos de ZIKA; las estrategias a seguir en su abordaje son:

Colocar a la mujer en el centro de las políticas de manejo a implementar.

Las acciones a implementar deben estar basadas en los Derechos Sexuales y Reproductivos, en especial de las mujeres, y no en virus o hipótesis.

Análisis de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en los países, en especial a nivel de las poblaciones más vulnerables.

Asegurar insumos anticonceptivos modernos y de larga duración, incluyendo condones y anticoncepción de emergencia, para la prevención efectiva de embarazos no planeados en zonas de alta circulación del virus.

Prevenir la transmisión sexual en embarazadas en zonas de alta circulación viral, lo que requiere informar adecuadamente a la población, hombres y mujeres, de las medidas recomendadas por los organismos internacionales (OMS, CDC, FIGO, FLASOG, ACOG), en sus informes periódicos.

Una consulta sobre aspectos éticos planteados por el brote de Zika (Washington, DC: OPS, Abril 2016), entrega diversas orientaciones al respecto:

El brote plantea complejos desafíos éticos en relación a las embarazadas. Existe un alto grado de incertidumbre, por ejemplo, acerca de la probabilidad de que la embarazada infectada en una determinada etapa del embarazo tenga un feto afectado, o del pronóstico en los casos que presentan el síndrome congénito del Zika; los datos disponibles a la fecha, apuntan a que el mayor riesgo de daño fetal se presenta en aquellas mujeres que adquieren la infección durante el primer trimestre de gestación.

Una recomendación muy importante que se define en esta consulta es el imperativo ético de dar a todas las mujeres la capacidad de elegir entre todas las opciones reproductivas relevantes. Esta capacidad de elegir debe plantearse como un acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva integral. Promover la capacidad de elección de las mujeres va de la mano del deber ético de respaldar y proteger su salud.

Dada la significativa angustia mental sobre las cuestiones reproductivas que experimentan las mujeres durante el brote del virus del Zika, así como los deberes éticos de minimizar los daños y de permitir las decisiones de acuerdo a las creencias, los valores, la situación y la realidad concreta de cada mujer, es esencial

que las mujeres puedan hacer su elección teniendo en cuenta el conjunto completo de opciones, incluidas la anticoncepción y la terminación del embarazo.

El documento identifica deberes éticos en tres ámbitos: la atención de salud, la actividad de salud pública y la investigación. Respecto a la atención de salud, señala: “Los gobiernos y los proveedores de salud tienen el deber ético de dar la mejor atención posible y de hacerlo de una forma equitativa. El brote del virus del Zika crea un espectro amplio de necesidades de atención de salud, que incluyen aquellas de las embarazadas que han contraído el virus del Zika o que podrían contraerlo...”.

“Las mujeres deben recibir información honesta, completa, exacta y actualizada acerca de la infección por el virus del Zika y el síndrome congénito del Zika”... los distintos grupos de mujeres tienen distintas necesidades que deben ser consideradas. Las mujeres de edad reproductiva, las embarazadas, las embarazadas con infección por el virus del Zika probable o confirmada, las embarazadas cuyo feto es un caso (sospechoso o confirmado) de síndrome congénito del Zika, y las mujeres (así como los padres, tutores y cuidadores) de los niños afectados por el síndrome congénito del Zika tienen necesidades y prioridades diferentes respecto de la información que desean, las elecciones que hacen, y la atención y el apoyo que deben recibir. Por ejemplo, para las mujeres en edad reproductiva es crucial recibir información sobre los métodos anticonceptivos y tener acceso efectivo a la opción anticonceptiva que prefieren, mientras que las embarazadas tienen mayor necesidad de exámenes de diagnóstico, atención de salud materna integral y mecanismos de apoyo para sus opciones reproductivas.”

Acceso a la atención de salud sexual y salud reproductiva integral

El virus del Zika está circulando en entornos donde los recursos para satisfacer las necesidades de salud son limitados, lo que pone a prueba la capacidad de satisfacer estas necesidades complementarias además de las necesidades de salud corrientes.

En la realidad regional, los servicios de salud muestran un desempeño deficitario, caracterizado por el predominio de un modelo curativo biomédico, centrado en los hospitales y en los cuidados individuales, relegando a un segundo plano la atención primaria y los servicios de salud pública. Este modelo carece de mecanismos de coordinación de servicios en red, y no incorpora adecuadamente la promoción de la salud.

Muchos países han implementado diversos modelos de salud materna, que no han logrado los resultados esperados. Se requiere una reorientación de los sistemas de salud, cuyo principal objetivo para lograr una atención universal, integral e integrada debiera ser reconocimiento del derecho de las personas a alcanzar el mayor nivel de salud posible; el sistema debe guiarse por los principios propios de la APS: dar respuesta a las necesidades de salud de la población; orientación hacia la calidad de los servicios; responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos (transparencia); justicia social (equidad), sostenibilidad; participación e intersectorialidad.

“La profunda angustia que atraviesan las mujeres durante el brote del virus del Zika debido a la posibilidad de un desenlace negativo justifica el deber de garantizarles la oportunidad de tomar por sí mismas decisiones reproductivas informadas”.

“La obligación moral de informar a las mujeres sobre sus opciones reproductivas implica que las autoridades de salud tienen el deber de garantizar su acceso a todas esas opciones durante el brote y dar, para cada opción, el apoyo y la atención correspondientes a las mujeres que toman esas decisiones y a sus hijos. La atención de salud sexual y reproductiva integral abarca la planificación familiar, la salud materna, los estudios prenatales, la terminación del embarazo sin riesgos, la asistencia psicológica y los servicios de atención posnatal. Dado que la falta de recursos y los impedimentos jurídicos dificultan el acceso a las distintas opciones reproductivas, las autoridades de salud deben tomar medidas para ampliar el acceso de tal manera que todas las opciones reproductivas relevantes estén disponibles para las mujeres durante el brote. Las autoridades de salud también deben asegurarse de que el acceso a las opciones reproductivas no esté condicionado por la situación socioeconómica o la situación cultural, racial/étnica o religiosa de la mujer. Para garantizar la equidad, puede ser necesario priorizar los recursos que fomenten el acceso de las mujeres más desaventajadas.”

En la última actualización realizada por el CDC en el mes de Julio pasado - Guía provisional para prestadores de servicios de salud a embarazadas con posible exposición al virus Zika - se revisan estos diversos aspectos (MMWR, July,29/ Vol. 65 / N° 29).

Las implicancias clínicas de esta actualización, en relación a Guías previamente emitidas, son:

Toda embarazada debiera ser evaluada por una posible exposición al virus Zika en cada control prenatal, evitar viajar a zonas con transmisión activa del virus, o seguir medidas estrictas para evitar la picadura del mosquito si deben viajar a estos lugares.

Las recomendaciones para prevenir la transmisión sexual del virus deben extenderse ahora a todas las parejas con una gestación en desarrollo, incluso a quienes tienen una pareja femenina.

En relación al equipo de salud, sus integrantes deben familiarizarse con esta Guía provisional en relación a la infección por el virus durante la gestación y a la prevención de la transmisión por vía sexual. Se recomienda realizar exámenes para la detección del virus en personas con posible exposición sexual, que presenten signos o síntomas compatibles con enfermedad por Zika.

Riesgo de aumento de aborto clandestino por temor al Zika

En Latinoamérica y el Caribe se producen unos cuatro millones de abortos inseguros cada año, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un problema de salud pública que provoca la muerte a miles de mujeres. La falta de acceso a contracepción y la prohibición de abortar llevan a prácticas inseguras

A comienzos de Febrero, cuando la OMS declaraba al conglomerado de casos de microcefalia y otras anomalías neurológicas notificados en la Región de las Américas – no al virus Zika – como una emergencia de salud pública de importancia internacional, un importante diario de São Paulo reveló que se habían detectado un número significativo de embarazadas que se estarían realizando abortos clandestinos por temor de que sus hijos nacieran con estos graves problemas neurológicos. Lo más preocupante de la información es que los casos están ocurriendo entre madres que no tienen la confirmación de que los fetos tendrán microcefalia; este diagnóstico se puede confirmar a

través de ecografías obtenidas aproximadamente a partir de las 22 semanas de la gestación, fuera de los márgenes aceptados para la realización de abortos legalmente aceptados. Los médicos que asistieron a mujeres con Zika que tomaron esa decisión porque entraron en pánico cuando supieron de los daños y las malformaciones que podían presentar sus hijos/as, señalaron al diario que todas eran casadas, con educación superior, buenas condiciones económicas y que cursaban embarazos planificados; estas gestaciones fueron interrumpidas entre la sexta y octava semana de embarazo. Los expertos y las organizaciones que trabajan por los derechos reproductivos temen que el miedo al Zika y las dudas sobre sus efectos en el desarrollo del feto, que aún deben aclarar los expertos, lleven a un aumento de los abortos clandestinos. “La experiencia nos dice que, pese a las restricciones legales, cuando las mujeres tienen un embarazo no deseado, especialmente las jóvenes y aquellas que no tienen recursos, terminan por buscar formas inseguras de abortar; lo que pone en un riesgo grave su salud y sus vidas”, previene Gillian Kane, asesora de IPAS, una organización que trabaja para prevenir el aborto inseguro.

Mónica Roa, exvicepresidenta de Women’s Link Worldwide, destacada promotora de la despenalización del aborto en la región, señala: “La crisis del Zika ha vuelto a poner de manifiesto la vulneración de los derechos reproductivos en América. No sólo falla el acceso a la anticoncepción o el aborto, también la información y la atención y controles prenatales son puntos negros”. Ante los riesgos del virus y su asociación con la microcefalia las organizaciones de mujeres y derechos reproductivos exigen a los Gobiernos revisar sus regulaciones sobre el aborto. “Una vez que existe ese diagnóstico y con toda la información en la mano, son las mujeres quienes deben decidir si siguen adelante con el embarazo”, reclama. Roa, que apunta que ni siquiera en los países en los que se permite el aborto en algunas circunstancias es fácil el acceso.

La autonomía de las mujeres en aquellos casos en los cuales se plantea la posibilidad de interrumpir un embarazo, por potenciales riesgos asociados que representa, debe ser reconocida y respetada por los profesionales, en ambos sentidos: tanto si la mujer manifiesta su voluntad de interrumpir la gestación en curso, como si decide correr el riesgo de continuar su embarazo, pese a la recomendación médica.

La probabilidad de interrupción de embarazos en mujeres infectadas por Zika obviamente ha generado una fuerte resistencia de los grupos conservadores, religiosos y políticos, incluso en los países que tienen formas de interrupción legal de embarazos.

Rol de los profesionales de salud en SS-SR

La especialidad de la G-O ha desarrollado tecnologías que pueden salvar vidas y mejorar la salud de las mujeres. Sin embargo, el impacto sobre la salud de las mujeres aún deja bastante que desear. Dr. M.FFATHALLA, Presidente FIGO, 1994 – 1997

La FIGO, en su Código de Ética, ha explicitado claramente el rol que compete a los gineco-obstetras en el cuidado de la SS.SR de las mujeres:

La inequidad social que sufren las mujeres aumentan la morbilidad y mortalidad relacionadas con la reproducción.

Las violaciones de los derechos humanos de la mujer comprometen su salud reproductiva y sexual.

Los profesionales que cuidan de la mujer tienen la responsabilidad ética de corregir estos problemas.

La Iniciativa de FIGO para la Prevención del Aborto Inseguro ha realizado un importante aporte en todos los países en que se está aplicando, incluyendo 17 países en ALC. En el contexto del brote del Zika, ha convocado a estos países para reducir los embarazos no planificados y el nacimiento de niños con malformación en áreas seleccionadas de América Latina con alta incidencia de infección por este virus.

Una atención de calidad en SS-SR es una de las claves para mejorar la salud de las personas, en especial de las mujeres y las adolescentes, y, para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a los distintos eventos de su vida reproductiva. Los profesionales de salud - médicos/as, no médicos/as (matronas/obstétricas/obstetrices, enfermeras/os - pueden cumplir un rol fundamental entregando a las personas – mujeres y hombres - información adecuada y completa que les permita disfrutar de una sexualidad plena fomentar prácticas de cuidado de la salud, y facilitándoles el acceso a una anticoncepción efectiva.

Lamentablemente, en la práctica clínica observada en nuestros países, un factor que incide negativamente sobre una mejor atención de la salud de las mujeres en este ámbito, son las barreras que los profesionales de la salud ponen a la población para el adecuado acceso a los diferentes servicios de SS-SR; la oferta y calidad de estos se ven influenciados por las propias creencias y experiencias personales de los prestadores de servicios. Muchas veces la atención que los integrantes del equipo de salud entregan a la población no siempre esté basada en la evidencia científica disponible, ni en el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas en el ámbito de su sexualidad y la reproducción, que forman parte de su intimidad.

La formación y capacitación de las y los prestadores deben enfatizar en la necesidad de saber qué es lo que preocupa a los varones en relación con su SS-SR, de comprender y respetar sus necesidades, enfocando todo ello desde un análisis de género, para abordar su atención en forma más efectiva.

En nuestra región, los contenidos de SS-SR aún no han sido desarrollados suficientemente en las instituciones académicas formadoras de profesionales de la salud, para garantizar una prestación de servicios integrales a las personas, lo cual se puede manifestar a través de diversas condiciones que afectan la salud y la calidad de vida de las mujeres: fecundidad no satisfecha, deficiencias en el acceso a la educación sexual y a los métodos anticonceptivos, altas tasas de mortalidad materna, incremento en las tasas de infecciones de transmisión sexual y SIDA, aumento de las cifras de violencia contra la mujer.

En este contexto, la Asamblea Ordinaria de FLASOG en Santa Cruz (2002) señaló, entre otros temas, que es importante incluir en los currículos de Facultades / Escuelas de Medicina y Escuelas formadoras de profesionales de la salud y ciencias afines, contenidos que respondan a las necesidades de las mujeres para el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

El Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG formula una propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en los currículos de Pre y Posgrado (2010). Estos contenidos deben incluir aspectos socioculturales asociados a la reproducción humana, con especial énfasis en Derechos humanos, Género e Interculturalidad, y el respeto a la

diversidad, evitando la imposición de valores personales sobre los derechos de la mujer.

En el número anterior de este Boletín, Silvia Oizerovich – una de las autoras de esta propuesta de FLASOG - y colaboradoras, publica un interesante artículo sobre los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la SS-SR de estudiantes universitarios en su año de ingreso a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; el estudio permite evidenciar la necesidad de incorporar el abordaje de la SS-SR en la formación de los estudiantes, y para ello resulta fundamental el trabajo con los equipos docentes.

En la conclusión señalan que no se podrán modificar estos saberes en la medida que los docentes no los integren a los contenidos de sus actividades, para poder transmitirlo a sus estudiantes, sensibilizándolos en el tema, y promoviendo el perfeccionamiento en su educación continua.

La epidemia de Zika con su amplia gama de posibles manifestaciones clínicas, podría ser un excelente modelo para la formación de nuevas generaciones de profesionales de salud en este campo de la SS-SR., lo cual contribuiría mejorar la oferta y la calidad de la oferta los servicios de salud sexual y salud reproductiva en la región.

Como potenciales efectos favorables, este mejoramiento podría ayudar a fomentar embarazos planificados, por decisión informada de las mujeres y sus parejas (perspectiva de género, equidad); en el ámbito de las ITS, puede contribuir a la reducción de otras ITS, como ocurrió hace algunos años con el SIDA y las ITS 'tradicionales'.

Comentario final

La magnitud e intensidad de los esfuerzos desplegados por los distintos países para un mejor control de este brote, con una enorme asignación de recursos financieros, contrasta con la limitada disponibilidad de recursos para fomentar las actividades de SS-SR. Hasta ahora, el foco pareciera estar más centrado en reducir el número de casos de Microcefalia, con toda su pesada carga para los niños afectados y sus familias, que en avanzar en la protección de la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres.

Estos aspectos requerirán de un dialogo lo más amplio posible al interior de cada país, permitiendo acoger la diversidad de visiones al respecto.

EL FINGIDO ORGASMO O LA “ACTUACIÓN” EN EL SEXO

Dr. Carlos Pol Bravo

*Medico Psiquiatra U. de Barcelona - España
Magister en Sexología. U. de Valencia - España*

Cuentan que en la sexualidad, como en el amor y la guerra, existen y se validan muchas armas de seducción, de atracción y de deseo, pero nunca se ha contado que la mentira, como el engaño, y peor aun cuando este se encuentra basado en lo más íntimo de la pareja: el orgasmo, se convierte en una actuación fingida, donde ambos se perjudican y se engañan.

Vale gritar la palabra sexo cuando se siente o se busca sentirlo, pero no con falsedades ni lloros, como a las plañideras a quienes se pagaba para eventos tristes en otras épocas, a menos que quieran invitarlas para que asistan a su propio entierro sexual, de gratificación y de la pareja.

Siempre he dicho, desde América o Europa, o invocándolo en las costas caribeñas, que la sexualidad termina cuando la imaginación se acaba, y que la mayor cómplice de ella es la comunicación para expresarse, para excitarse, para un “me gusta”, o “quiero más”, o incluso “no es esa la vía”...

Sin embargo, cuando falla la confianza, falla la comunicación y la imaginación se aleja y en su lugar llega la cobardía de la expresividad en esos pilares tan importantes antes mencionados. Y valorando cómo hoy en día la mujer tiene su propio destino asumido, ese falso sentimiento frustrante y castrante es el castigo que va hacia una forzada anorgasmia, que tal vez no haya existido en un principio, pero que con la fuerza del tiempo puede llegar a ello, siendo una tristeza en el hoy cuando la mujer se valora a sí misma y decide.

Las antiguas frases estereotipadas, bien conocidas por la mayoría como “no me hace tanta falta como a ti”, “entiendo el sexo de forma distinta”. O “no me gusta hablar del tema”, forman una coyunda triangular de vulgares excusas, cuando se evita la intención de tocar esos temas y, sobre todo, la más importante, la más usual y la más desbordantemente absurda: “No te quería ofender, ni que te sintieras mal, ya que para mí no tiene tanta importancia el orgasmo”.

Para más sarcasmo todo esto lleva a un innecesario victimismo sexual originado por aquel concepto fuera ya de toda lógica como es el sentido de la obligación, del deber conyugal, de tener paciencia... Y otras perlas grises que realmente esconden tres cosas: falta de educación sexual, carencia de confianza y ausencia de comunicación, que unidas se enlazan en el horror al creer que no es ella la mujer deseada o generarse el sentimiento de pérdida de la pareja, manteniendo de esta manera ese equivoco tan perjudicial y degradante en la realidad sexual de quien lo vive.

Lo más péfido a cuanto se expresa es que la situación se inicia hasta por comodidad o pereza para como una pelota rebotar en

frustración y enfriamiento sexual evitando el coito y evitando también cualquier satisfacción masculina o femenina en esa falsa sexualidad.

Considero que la actuación sexual puede ser válida para las variantes o los teatros eróticos que desde Grecia y Roma, y que aún existen, pero jamás creérselo en la intimidad.

Rompamos entonces esas cadenas equivocadas y destructivas, pues de lo contrario hay negaciones verdaderas y ninguna válida:

1. Observar obstinadamente ese falso concierto y aplicarlo cuando conviene, mas no como música de fondo, sino como celeridad de persuasión.
2. El tan sagrado “deber conyugal”, las cefaleas —tan usuales en muchas ocasiones o hasta otra actuación absurda—, provocando situaciones para evitar intimidad.
3. A lo largo de la vida y en ese concepto holístico, tan conocido ya, volverse un resentido sexual y de la propia vida, que por circunstancias de la misma un día, ante la mala actuación y descubierta esta, se puede perder la pareja.

Debemos valorar la educación sexual que abre fronteras y conceptos en ambos sexos, donde se demuestra que bastante erradas están las mujeres que mantienen esta actuación tanto falsa como errónea, porque no solo en la esfera sexual sino en la social hay un mentir que puede llevar a otras áreas y, como cualquier engaño, ser descubierto, ya que hoy en día esto no es difícil.

La culpabilidad no está en el desconocimiento, pero sí la responsabilidad en el aprendizaje. Así pues, si tanto es el deseo, ¿para qué engañar...?

El concepto de quien escribe, entiende que es más valido comunicarse, hablar las cosas de manera espontánea, abierta y sin tapujos y concluir ante una posibilidad de terapia, lo cual no es amoral o perverso o dañino otras lacras del pasado en temas de sexología...

Vale más con un abrazo y un beso frentear una realidad que es más común de cuanto se supone e irónicamente más solucionable, tan solo con mayores caricias, más atención e intención en la excitación de ambos, y una buena cantidad de imaginación en las posturas. Definitivamente el hombre tiene que aterrizar y aprender que con su pareja aumentar la sensualidad, la lujuria y por encima de todo ser más sinceros en los encuentros sexuales a cambio de unas falsas mieles que son un veneno para quien lo da y tristeza para quien lo recibe.

Actividades Destacadas en la Región¹

REUNION REGIONAL DE LA INICIATIVA IBP - AMERICA LATINA Y EL CARIBE:
RESPONDIENDO A NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN CON EVIDENCIA Y
PRÁCTICAS DE ALTO IMPACTO EN TIEMPOS DE ZIKA

INNOVANDO, REDOBLANDO ESFUERZOS Y GARANTIZANDO DERECHOS
CLAP/SMR - OPS - OMS - IBP
13 AL 15 DE JUNIO LIMA, PERU

IBP: Implementando Buenas Prácticas (basadas en evidencia) (www.ibpinitiative.org)

IBP: consorcio con sede en Ginebra, y una oficina en Washington; es un grupo de expertos, actualmente cuenta con 46 organizaciones asociadas.

En la mayoría de los países de la región, la necesidad insatisfecha de anticoncepción es un problema relevante, especialmente entre los sectores más vulnerables de la población: adolescentes, personas pobres, habitantes de zonas rurales y barrios marginales de ciudades, personas que viven con el VIH, y desplazados internos. Para estos grupos, el acceso a los servicios de anticoncepción es muy limitado, y el suministro de métodos anticonceptivos apropiados es insuficiente.

La respuesta ante el explosivo brote del virus Zika que ha afectado a nuestra región en el último año, debe ser organizada en el marco de los esfuerzos regionales, nacionales y locales. Una de las medidas sobre la cual existe un consenso extendido es la prevención de embarazos no deseados en aquellas zonas de alta circulación viral, a través de servicios accesibles y asegurados de anticoncepción, de preferencia métodos de alta eficacia, como los de larga duración (dispositivos intrauterinos, implantes).

El objetivo de esta reunión fue entregar información y herramientas técnicas a distintos actores regionales - responsables de los programas de Planificación Familiar y Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS-SR) de los Ministerios de Salud, proveedores de servicios anticoncepcionales, representantes de las sociedades de Obstetricia y Ginecología responsables del proyecto FIGO de Prevención del Aborto Inseguro - a través de organizaciones internacionales relevantes y miembros de la iniciativa IBP en la región (OPS, FNUAP, IPPF, FIGO, FLASOG, Foro LAC, FP2020) - sobre las medidas indispensables para garantizar el acceso a los servicios de anticoncepción moderna a los grupos de población más vulnerables, para reducir el potencial impacto de la infección por el virus Zika.

A continuación, se resumen distintos aspectos revisados.

Necesidades insatisfechas de anticoncepción en América Latina y el Caribe

En la agenda internacional acordada para el período 2015 -2030, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Meta 3.7 señala: “Para el 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.”

En América Latina y el Caribe, la cifra promedio de usuarias de métodos anticonceptivos (MAC) el año 2015 llega a un 75 %, estimándose que sólo en A. del Sur las necesidades insatisfechas alcanza a 5.9 millones. El aumento de demanda potencial en respuesta al brote de Zika, tenderá a incrementar esta cifra.

Un estudio regional, presentado por el Foro LAC, muestra que en las últimas 2 décadas ha aumentado el uso de los métodos temporales modernos, que tienen una mayor probabilidad de falla; por el contrario, ha disminuido el uso de los DIU, de alta efectividad. Como hipótesis explicativa de estos cambios en la mezcla de métodos utilizados, se sugiere un posible sesgo por parte de los proveedores de servicios.

El Grupo de Trabajo de FIGO sobre Prevención del Aborto Inseguro, enfatiza la importancia de una prevención ‘cuaternaria’ de abortos repetidos, a través de consejería y servicios de anticoncepción inmediata post-aborto, recomendando el uso de métodos de larga duración.

Se presenta la quinta edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (OMS, 2015), y se revisan nuevas recomendaciones para mujeres en el periodo inmediato posparto, para adolescentes, para mujeres con alto riesgo de VIH, viviendo con VIH y mujeres tomando ARVs. Además se presentan otros materiales elaborados por la OMS para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos: Recomendaciones de Prácticas seleccionadas (este año se presentará su tercera edición); Herramienta para la Toma de Decisiones en anticoncepción, y por otras organizaciones internacionales (Training Resources package, www.fptrainig.org).

La Dra. Virginia Camacho, Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva, de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del FNUAP, revisa las lecciones aprendidas en Planificación Familiar en la región en los últimos 15 años, los factores facilitadores y obstaculizadores; entre sus observaciones,

comenta que los médicos en la región tienen poco interés en PF. El FNUAP ha estimulado a los países a incorporar los implantes subdérmicos en su oferta de métodos; en otra estrategia, a través de convenios con los Ministerios de Salud, está realizando actividades de perfeccionamiento para profesionales de salud, centrados en la calidad de los servicios (Centros de Excelencia)

Epidemia de ZIKA características y reflexiones

La Directora del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la OPS (CLAP-SMR) Dra. Suzanne Serruya, revisa distintas dimensiones relacionados con esta emergencia epidemiológica y sus potenciales repercusiones: consideraciones éticas (documento OPS-Washington, Abril 2016), dimensión de género. Enfatiza la necesidad de ampliar el acceso a los anticonceptivos en la región, señalando que las decisiones reproductivas son un derecho exclusivo de las mujeres.

El Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León, asesor de salud reproductiva de CLAP-SMR, parafraseando a García Márquez, resume el impacto del virus sobre distintos aspectos relacionados con la SS-SR de las personas, en la acertada expresión Amor en los tiempos de ZIKA; las estrategias de manejo a seguir deben centrarse en los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (acceso a anticoncepción reversible de larga duración, en especial en poblaciones más vulnerables), y en la prevención de la transmisión sexual en embarazadas en zonas de alta circulación viral. Revisa las dificultades que plantea el hecho de que el diagnóstico de sospecha de malformaciones craneanas fetales sea tardío (a fines del segundo trimestre), ante una eventual demanda de interrupción de embarazo por esta causa.

Se presenta la experiencia con el Proyecto CHOICE (2007 – 2013), con Anticoncepción Reversible de Acción Prolongada (LARCs): los métodos utilizados son entregados por personal no médico, por decisión informada de las usuarias, previa consejería individual; estos métodos fueron ampliamente seleccionados por la población adolescente; muestran una continuidad de uso significativamente mayor, en comparación con los métodos temporales de corta duración.

El Grupo de Trabajo de FIGO sobre Prevención del Aborto Inseguro informa que 10 de los 17 países participantes en la Iniciativa a nivel regional, han acordado agregar estos métodos de larga duración a los proyectos que están realizando en sus países.

La conferencia “Calculando y Asegurando métodos anticonceptivos para poblaciones vulnerables” realizada por Federico Tobar, economista asesor regional del FNUAP, a través de un detallado análisis de la realidad regional en el tema de abastecimiento de insumos anticonceptivos, muestra las dificultades existentes; un aspecto central de su presentación fue el énfasis sobre la importancia de conocer el perfil de las usuarias potenciales para elaborar un programa de aseguramiento de insumos en SS-SR.

Al final de la reunión, los participantes de cada país elaboran, con apoyo de los organismos internacionales, un Plan de Acción en el contexto de la epidemia de Zika, orientado a garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos adecuados, especialmente los reversibles de larga duración, a los grupos de población más vulnerable como adolescentes, mujeres post evento obstétrico, entre otros.

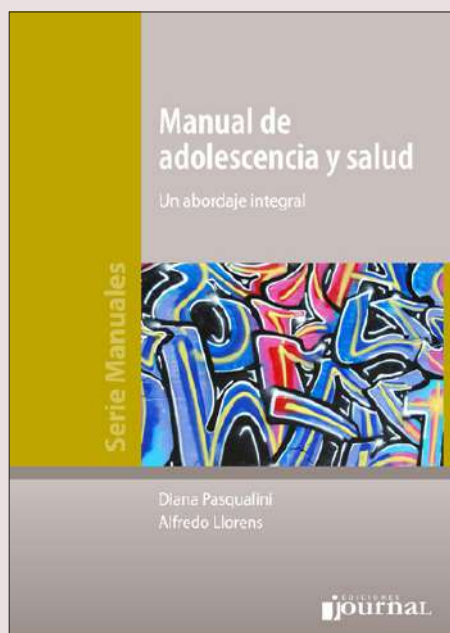
Próximos Eventos Académicos



- VI Congreso Internacional Ginecología Oncológica. Actualización en Cáncer Ginecológico y Cáncer de Mama. 21 al 24 de septiembre de 2016. Lima, Perú
- III Simposio Nacional de Obstetricia y Ginecología para Enfermería 23 y 24 de septiembre de 2016, Bogotá, Colombia
- XV World Congress on Menopause. 28 de septiembre al 01 de octubre de 2016. Praga, República Checa
- XVI Congreso de la Sociedad Cubana De Obstetricia Y Ginecología del 4 al 7 de octubre de 2016. La Habana, Cuba
- Annual Meeting of North American Menopause Society. 5 al 08 de octubre de 2016 Orlando. Florida, Estados Unidos
- XXI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. 11 al 14 de octubre de 2016. Lima, Perú
- XLVIII International Dexeus Forum. 26 al 28 de octubre de 2016. Barcelona, España
- XXI Congreso de la Sociedad Andaluza De Ginecología y Obstetricia. 28 al 29 de octubre de 2016. Linares. Jaen, España
- XVI Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society. 29 al 31 de octubre de 2016. Lisboa, Portugal
- Manejo del dolor de parto para favorecer un parto normal: "Trabajar con él y no contra él". Acupresión. 4 al 5 de noviembre de 2016. Madrid, España
- LXVII Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 5 a 10 de noviembre de 2016. Mérida, Yucatán, México.
- XIII Congreso Internacional de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva 22 al 24 de Febrero de 2017. Cartagena, Colombia
- XVII Congreso de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. 24 al 25 de noviembre de 2016. Zaragoza, España
- ESSO Advanced Course on Upper GI Robotic Surgery. 11 al 12 de diciembre de 2016. Hamburgo, Alemania
- III Congreso Internacional de la Federación Latina de Endocrinología Ginecológica. 4 al 6 de mayo de 2017. Santiago de Chile, Chile

Nuevos libros

Manual de adolescencia y salud



Autores:

Pasqualini Diana. Pediatra. Especialista en Adolescencia. Coordinadora Clínica y Docente del Servicio de Adolescencia 1993-2014, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Llorens Alfredo. Pediatra. Especialista en Adolescencia. Jefe de Servicio del Adolescencia, Hospital Militar Central.

Año: 2016

Páginas: 558

Encuadernación: rústica

Idioma: español

Escrito por destacados referentes en el área, el Manual de adolescencia y salud tiene como propósito brindar herramientas para alcanzar una comprensión integral del crecimiento, el desarrollo y sus variables. El texto aborda las patologías más frecuentes en la adolescencia, así como los aspectos psicoemocionales. Además, describe los aspectos referidos a la consulta habitual y los relacionados con el accionar familiar y comunitario, como la escuela y las políticas de salud que contribuyen a la defensa de los derechos de los adolescentes. El conocimiento de la realidad actual de este grupo etario y de sus necesidades facilita la construcción de un vínculo empático que favorece las acciones dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

I. Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001–2011.

Trends in mortality by assault in women in selected countries of Latin America, 2001–2011

Florencia Molinatti y Laura Débora Acosta

Revista Panamericana de Salud Pública. 2015;37(4/5):279–86

Objetivo: Describir la tendencia temporal de las muertes por agresiones en mujeres en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México entre 2001 y 2011

Métodos: Estudio descriptivo. Se calcularon las tasas de mortalidad por agresiones y ventos de intención no determinada, ajustadas por la edad, según el método directo y la población estándar de la Organización Mundial de la Salud. Se utilizaron modelos joinpoint para identificar los cambios estadísticamente significativos. Se comparó la razón hombre:mujer de mortalidad y se calcularon las tendencias de las tasas ajustadas para cada una de las dos causas de muerte y las tasas específicas de mortalidad por agresiones en mujeres por grupos de edad.

Resultados: En Brasil se registraron las mayores tasas de agresiones en mujeres, seguido por Colombia, México, Argentina y Chile. Entre 2001 y 2011, en Argentina y Colombia se constataron disminuciones, en Brasil y México hubo incrementos y en Chile las tasas se mantuvieron estables. Las mayores tasas específicas se encontraron en mujeres jóvenes (15–29 años) y adultas (30–44 y 45–59 años). En Colombia las tasas disminuyeron en todos los grupos, mientras que en México se incrementaron en mujeres de 15 a 59 años. Solo Colombia evidenció una reducción en las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada; en Argentina y México hubo una disminución al principio del período con un aumento posterior; en Brasil no se observaron variaciones.

Conclusiones: Las tasas de mortalidad por agresiones en mujeres de Brasil, Colombia y México entre 2001 y 2011 resultaron

superiores al promedio mundial y al promedio de América Latina; en Argentina y Chile fueron más bajas y con menores diferencias entre los sexos. Se debe avanzar en la visualización de las relaciones de poder que subyacen en los asesinatos de mujeres e incluir el feminicidio en las legislaciones penales nacionales.

2. La educación para la lactancia materna: desencuentro de significados

Breastfeeding Education: disagreement of meanings

Nydia Stella Caicedo Martínez, Marcela Carrillo Pineda, Joaquín Guillermo Gómez Dávila.

Investigación y Educación en Enfermería 2016;34(2):396-404

Objetivo: Analizar la forma cómo se han desarrollado los procesos educativos para la lactancia materna (LM) en una institución de salud, partiendo de los significados que las madres, sus familias y personal de salud construyen al respecto.

Métodos: Investigación cualitativa de enfoque etnográfico, que incluyó observaciones durante las actividades educativas grupales de los programas, grupos focales y entrevistas a madres, sus familias y al personal de salud de una Unidad Hospitalaria de la ciudad de Medellín, Colombia. El análisis fue guiado por el método de las comparaciones constantes.

Resultados: Las categorías emergentes a partir de los datos fueron: 1) La leche materna es un alimento ideal. 2) Las experiencias de las madres inciden en la práctica de la LM. 3) Las creencias familiares operan en ocasiones como barreras culturales. 4) Se revelan desencuentros en el proceso educativo.

Conclusiones: La forma cómo se han cumplido los procesos educativos para la LM revela un quiebre que se expresa en la escasa interacción entre los significados que los profesionales han construido sobre el tema y los que las madres y sus familias dan a esta experiencia.



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAÍTÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org