



BOLETÍN

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

ÍNDICE

Editorial	1
Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo Ana Cristina González V.	
Artículo Central	5
Los varones adolescentes y el embarazo ¿el problema o el comienzo de la solución? Gonzalo Agüero	
Actividades destacadas en la región	10
Nuevas guías clínicas de anticoncepción hormonal de emergencia para la región	
IPPF/RHO y FUSA Asociación Civil inauguraron Casa FUSA: un nuevo centro de salud para atención integral de adolescentes y jóvenes en Buenos Aires, Argentina	
Próximos Eventos Académicos	12
Actividades Regionales y de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos	
Tips sobre artículos	15
Aporte Dr. Daniel Aspilcueta (Perú)	

“El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad.”

VICTOR MARIE HUGO

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 necesariamente 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.

EDITORIAL

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo¹

Ana Cristina González V.

Grupo Médico por el Derecho a Decidir/Colombia,
Articulación Feminista Marcosur.



La presencia del Presidente de la República y de varios de sus ministros, fue el marco para los debates que durante cinco días se dieron en Montevideo en la I Conferencia sobre Población y Desarrollo de la CEPAL.

¹ Publicado por Cotidiano Mujer, La Diaria, septiembre de 2013



Stockphoto © monkeybusinessimages



DIRECTOR DEL BOLETIN:
Pío Iván Gómez

EDICION:
Luis Távara, Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:
Soledad Arriagada

DISEÑO y DIAGRAMACION:
Julissa Soriano

PROGRAMACION:
Miguel Céspedes



La importancia de la libertad como fundamento para la felicidad y el desarrollo, los recientes cambios legales que han tenido lugar en el país en materia de aborto, de derechos sexuales, de igualdad de género, de políticas de cuidado, marcaron el “tono” de la conferencia en la que gobiernos de América Latina y el Caribe debatieron animados por esta nota política progresista, que se sumó a la clara propuesta de CEPAL. A casi veinte años del Cairo y de la conferencia mundial liderada por el UNFPA, reconocieron como nunca antes en un foro regional o internacional, la urgencia inaplazable de la igualdad de género como prerequisite para el desarrollo, y por lo tanto, el reconocimiento de los derechos para todas las personas sin distinción o discriminación de ningún tipo.

Históricamente, el movimiento feminista ha liderado la lucha por la agenda amplia de derechos sexuales y derechos reproductivos en un marco de pleno respeto a los derechos humanos y de la laicidad como requisito para garantizar su protección. En esta conferencia, esta voz tuvo eco, tal como lo demuestran los progresos alcanzados en el lenguaje del Consenso de Montevideo. Este acuerdo no solo fue adoptado por aclamación sino que ningún país hizo reservas.

Entre los temas sobre los cuales se avanzó en reconocimiento, lenguaje y contenido, vale la pena destacar:

- El reconocimiento de la laicidad como un elemento para la garantía de los derechos humanos, la no discriminación y la democracia.
- La necesidad de invertir en una **educación pública, universal, laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad** que les permita a los adolescentes y jóvenes constituirse en personas autónomas, responsables y solidarias.

EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO SE RECONOCE QUE PARA AVANZAR LA IGUALDAD ES NECESARIO: PROTEGER LOS DERECHOS DE LAS MUJERES, SU AUTONOMÍA, PROMOVER PLENAMENTE EL EJERCICIO DE SUS DS Y DR, ELIMINAR LAS MÚLTIPLES FORMAS DE DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA.

- El compromiso con la ruptura de los círculos de exclusión y desigualdad, así como con la aplicación de un enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad a los asuntos de población.
- Los derechos sexuales y derechos reproductivos como dimensiones independientes y particulares, y la consideración explícita y contundente de que estos derechos son parte integral de los derechos humanos y que su ejercicio es esencial para el goce efectivo de otros derechos fundamentales.
- El reconocimiento de que el ejercicio de los derechos sexuales abarca una sexualidad plena en condiciones seguras, la toma de decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables, **con respeto de la orientación sexual e identidad de género**, sin coerción. En este sentido se desarrollarán políticas para **erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género** en el ejercicio de los derechos sexuales.
- El compromiso con **la revisión de las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de SSR.**
- **Así mismo se asume el compromiso de instar a los estados a MODIFICAR las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre interrupción voluntaria del embarazo** para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes.
- **Reconocen los gobiernos que la mortalidad materna es una “afrenta” a los derechos humanos.**
- En materia de igualdad de género se reconoce que para avanzar la igualdad es necesario: proteger los derechos de las mujeres, su autonomía, promover plenamente el ejercicio de sus DS y DR, eliminar las múltiples formas de discriminación y violencia. Que la división sexual del trabajo es un obstáculo (igual que la pobreza) para promover y proteger los DDHH de las mujeres.

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG



→ Dr. José De Gracia,
Presidente (Panamá)
presidente@flasog.org

→ Dra. Sara Edith Campana,
Vice-Presidente (Panamá)
vicepresidencia@flasog.org

→ Dra. Flor María Marín,
Secretaria (Nicaragua)
secretario@flasog.org

→ Dra. Carmen Solórzano,
Tesorera (Nicaragua)
tesoreria@flasog.org

→ Dr. Edgar Iván Ortiz,
Presidente Electo (Colombia)
ivort55@yahoo.com

→ Dr. Nilson Roberto de Melo,
Ex-Presidente (Brasil)
melonr@terra.com.br
nilsonrobertomelo@gmail.com



→ Director Ejecutivo
Dr. Luis Távora Orozco (Perú)
luis.tavara@gmail.com

→ Director Administrativo Sede
Permanente de FLASOG
(Fundación FLASOG)
Dr. Rubén Darío Mora Reyes
(Panamá)

→ Presidente del periodo anterior
Dr. Nilson Roberto de Melo (Brasil)

→ Secretario del periodo anterior
Dr. Francisco Eduardo Prota (Brasil)

→ Tesorero del periodo anterior
Dr. Luciano de Melo Pompei (Brasil)

**MIEMBROS DEL COMITÉ
DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS
PERIODO 2011-2014**

- Dr. Pío Iván Gómez
(Coordinador General)
pigomez@unal.edu.co
- Dr. José Figueroa
(México y Caribe)
jfigueroa@codetel.net.do
- Dra. Ruth Graciela De León
(Centroamérica)
ruthgdeleon@hotmail.com
- Dr. Rogelio Pérez De Gregorio
(Países Andinos)
rperezdgregorio@gmail.com
- Dr. Cristião Rosas
(Cono Sur)
cristiao@terra.com.br
crosas@prefeitura.sp.gov.br
- Licda. Susana Chávez
(Sociedad Civil – Perú)
susana@promdsr.org

**MIEMBROS DEL COMITÉ DE
MORTALIDAD MATERNA PERINATAL
PERIODO 2011-2014**

- Dr. José Douglas Jarquín
(Coordinador General)
jarquin@telesal.net
- Dr. Antonio Peralta
Sánchez (México y Caribe)
peraltapuebla@hotmail.com
- Dr. Jesús Octavio
Vallecillo (Centroamérica)
jvallecillo@hotmail.com
- Dr. Pedro Faneite
(Bolívariana)
faneitep@hotmail.com
- Dr. Carlos Ortega Soler
(Cono Sur)
cortega@intramed.net.ar

**MIEMBROS DEL COMITÉ
DE CÁNCER GINECOLÓGICO
PERIODO 2011-2014**

- Dr. Eugenio Suárez
(Coordinador General – Cono Sur)
eugenio.suarez@gmail.com
- Dr. Evelio Cabezas
(México y Caribe)
ecabezas@infomed.sld.cu
- Dr. César Reyes
(Centroamérica)
drcareyes@gmail.com
- Dr. Gustavo Ferreira
Delgado (Cono Sur)
drgustavoferreira@gmail.com

SE REITERA LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE POLÍTICAS Y SERVICIOS UNIVERSALES DE CUIDADO QUE ESTÉN BASADOS EN ESTÁNDARES DE DDHH CON PERSPECTIVA DE GÉNERO Y GENERACIONAL QUE PROMUEVAN LA PRESTACIÓN COMPARTIDA ENTRE EL ESTADO, EL SECTOR PRIVADO, LA SOCIEDAD CIVIL, LAS FAMILIAS Y LOS HOGARES, ASÍ COMO ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

- Se reconoce que **la violencia contra las niñas, mujeres, personas LGBT y la violencia sexual en particular constituye un indicador crítico de marginación, desigualdad, exclusión y discriminación de género** contra las mujeres con implicaciones en su autonomía, autodeterminación, su salud y sus DDHH.
- Se reitera la importancia del desarrollo y fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado que estén basados en estándares de DDHH con perspectiva de género y generacional que promuevan la prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil, las familias y los hogares, así como entre hombres y mujeres.

Dentro de los elementos estratégicos que se acuerdan para avanzar estos compromisos, se destacan entre otros:

- El fortalecimiento de la institucionalidad a cargo de los siguientes temas: población; jóvenes; igualdad de género; pueblos afrodescendientes.
- La dotación de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas.
- Los datos estadísticos desagregados por sexo, edad, condición migratoria, raza y etnia, variables culturales y ubicación geográfica. Elaboración y difusión de estadísticas de género para la formulación de políticas.
- Sistemas de estadística e indicadores oficiales que avancen en el reconocimiento del aporte económico y social de las mujeres en el desarrollo de las sociedades. ←

ARTÍCULO CENTRAL

Los varones adolescentes y el embarazo ¿el problema o el comienzo de la solución?

Gonzalo Agüero

MD. Pediatra

Servicio de Adolescencia del Hospital de agudos Cosme Argerich

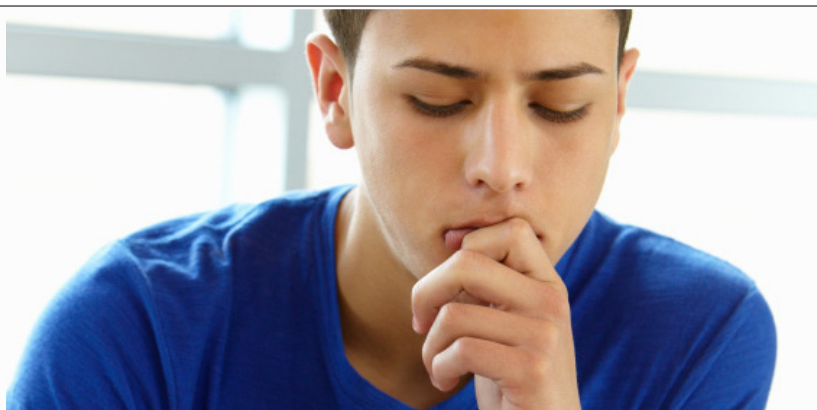
Buenos Aires, Argentina

LOS VARONES ADOLESCENTES

El embarazo adolescente es un importante problema de la salud pública. Se estima que las madres adolescentes tienen alto riesgo de repetir un segundo embarazo dentro de los 2 años siguientes, de abandonar la escuela, de tener partos prematuros, hijos con bajo peso al nacer y mayor mortalidad en el primer año de vida. Se han implementado múltiples programas para la prevención del embarazo adolescente, pero en su gran mayoría estuvieron orientados solo hacia las mujeres.¹

En un boletín de FLASOG previo, se señala la importancia de incluir a los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva, y cómo esta tarea se ve dificultada por comportamientos, creencias o actitudes derivadas del modelo de masculinidad tradicional hegemónica por parte de los varones; tanto como por la reproducción de esta cosmovisión por parte de los servicios y las políticas de salud sexual y reproductiva.²

Los varones adolescentes presentan mayor morbimortalidad que las jóvenes, con excepción de las causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio; donde los adolescentes y jóvenes son “cogestantes” en los embarazos no planificados. La atención de los adolescentes y jóvenes es uno de los desafíos actuales de la salud pública. Ellos constituyen una población heterogénea que, históricamente, ha quedado relegada de los programas y políticas de salud sexual y reproductiva, reforzando así el modelo patriarcal, donde los hombres poco tienen que ver con la planificación del embarazo o el cuidado de los hijos. Además, suelen tener un bajo nivel de consulta en el sistema de salud, por lo que muchas veces llegan tardíamente, perdiéndose de este modo la posibilidad de realizar prevención y promoción de la salud integral.



¿QUIÉNES SON LOS VARONES ADOLESCENTES?

La adolescencia es un período definido del desarrollo que puede ser clasificada en etapas (adolescencia temprana, media y tardía) según la edad, los cambios corporales o las capacidades sociales. La delimitación de la Adolescencia depende del contexto histórico en que se enmarque. En las últimas décadas, muchos autores incluyen a los adultos jóvenes o “adultos emergentes” (20 a 25 años) como un grupo dentro de la adolescencia tardía. De este modo, el grupo de personas entre 10 a 25 años es blanco de la medicina del adolescente. Durante esta etapa, los jóvenes afrontarán diferentes transiciones con mayor o menor éxito, como el pasaje de la escuela primaria a la secundaria (o de la secundaria a estudios superiores), el aumento progresivo de las interacciones sociales por fuera del entorno familiar, la responsabilidad del propio cuidado de la salud, la independencia económica del núcleo familiar y la transformación en ciudadanos responsables que viven en comunidad con otras personas.

Existen diversos preconceptos con respecto a la salud de los varones adolescentes: se supone que son sanos, que tienen pocas necesidades sanitarias y que su desarrollo corre pocos riesgos en comparación con las adolescentes. Además se presume que son problemáticos, agresivos y es difícil trabajar con ellos. Estas generalizaciones no tienen en cuenta que son una población heterogénea. Existen múltiples versiones de masculinidad, y en la mayor parte de los contextos culturales existe una “masculinidad hegemónica” o un modelo preponderante de masculinidad, con la cual los hombres se comparan. Este modelo tiene sus privilegios pero también sus costos. Ser educado para no expresar emociones, para no tener relaciones estrechas con otros varones, para utilizar la violencia como medio de resolución de conflictos y para mantener el “honor”, y para trabajar a edades tempranas

fuera de casa son alguno de los costos de ser hombre. Estas diferencias son aún más marcadas en contextos mayor inequidad social.³

La Masculinidad puede ser definida como un conjunto de creencias sociales compartidas acerca de cómo los hombres deben ser y actuar. Estas creencias sostienen que los jóvenes deben ser dominantes, autosuficientes, físicamente fuertes, no mostrar emociones, ser seguros de sí mismos y estar siempre listos para el sexo. En este contexto, la homofobia es una parte esencial del ser masculino. La búsqueda de ayuda y el acceso a la atención médica varía de manera inversa en función de la adherencia a los valores convencionales de la masculinidad; de modo que los jóvenes con valores masculinos más fuertes tendrán un menor acceso al sistema de salud⁴.

Durante décadas la mayor proporción de muertes prematuras se registraron durante la niñez, debida principalmente a enfermedades infecciosas como diarrea o neumonía. Si bien las tasas de muerte prematura disminuyeron globalmente, por primera vez en 50 años están falleciendo más adolescentes y jóvenes que niños, tanto en países ricos como pobres. Con la particularidad que luego de los 15 años, varones tienen una mortalidad 2 a 3 veces mayor. En todo el mundo, los varones entre de 15 a 24 años tienen menor contacto con el sistema de salud y mayor nivel de necesidades sanitarias insatisfechas; además muestran tasas más altas de mortalidad y morbilidad por causas externas, principalmente debidas a violencia, suicidio y accidentes de tráfico.^{5, 6}

En las últimas dos décadas se ha prestado mayor atención al contexto diario en que los jóvenes se desarrollan. El enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) estudia cómo el contexto social influye sobre la salud de las personas. Existen dos niveles principales en que los

DSS operan: el nivel estructural y el nivel proximal. Los determinantes estructurales son aquellos que establecen la estratificación social, como la economía, políticas públicas, sistemas de seguridad social y sistemas educativos tanto a nivel nacional como global. Los países más empobrecidos y los que cuentan con sistemas económicos y políticos que producen mayor desigualdad en el ingreso tienen peores resultados de salud en su población joven, con mayor mortalidad y mayores tasas de embarazo adolescente. En cuanto a los determinantes proximales de la salud, allí se encuentran las condiciones de la vida diaria, entre ellos el ambiente familiar y local, la relación con pares, el acceso a casa, comida, educación y recreación. Existe evidencia que en países de medianos y bajos ingresos una fuerte conexión con la familia, el medio local, la escuela y los pares, brinda sostén y mejora sustancialmente la salud de los adolescentes y jóvenes⁷.

¿CUÁLES SON SUS NECESIDADES DE SALUD?

Una de las principales dificultades en generar estrategias para la atención en varones es la falta de datos o indicadores de salud fiables y comparables.⁸ Sabemos que entre las necesidades de salud de los adolescentes varones podemos considerar las derivadas del desarrollo puberal (alteraciones de la pubertad, ginecomastia y consultas sobre el desarrollo genital), el inicio de las relaciones sexuales (infecciones de transmisión sexual, paternidad), los aspectos relacionados a la orientación sexual, la salud mental (depresión, intento de suicidio, esquizofrenia, déficit de atención con hiperactividad) y las derivadas del comportamiento (violencia, accidentes y abuso de sustancias)⁹. Los varones tienen una mayor tasa de abandono escolar, en comparación con las mujeres adolescentes, y una mayor dificultad para conseguir a esa edad un trabajo en condiciones legales.³

¿POR QUÉ ACTÚAN COMO ACTÚAN?

Durante la adolescencia se producen importantes cambios a nivel morfológico y funcional dentro del cerebro. Este “cerebro adolescente” muestra muchas reacciones que han sido mantenidas a lo largo de la evolución y que se traducen en forma de comportamientos, como por ejemplo: la experimentación, la toma de riesgos, la búsqueda de nuevas sensaciones, la conflictividad con el grupo familiar, entre otros. Estos comportamientos emergentes del “cerebro adolescente” interactúan con

contextos sociales cada vez más complejos, trayendo múltiples consecuencias en su forma de pensar, sentir y comportarse.

Si bien los jóvenes adquieren funciones cognitivas maduras durante la adolescencia media, al momento de tomar decisiones son extremadamente sensibles a la situación en la que se encuentran, en comparación con niños y con adultos. El contexto emocional y la presencia de pares influyen de manera dramática sobre sus decisiones. Las situaciones de alta excitación, de alta carga emocional o en presencia de pares aumentan la probabilidad de que tomen decisiones arriesgadas (decisiones “calientes”). Por el contrario, situaciones de baja carga emocional (decisiones “frías”) o estar en soledad permite a los adolescentes tomar decisiones más racionales y tener mejor control de los impulsos.^{10, 11} Por otra parte, los estímulos novedosos, las situaciones interesantes y arriesgadas captan mejor la atención de los adolescentes. Ellos tienen mayor sensibilidad hacia las recompensas y prestan menos atención a las consecuencias negativas de sus comportamientos, sobre todo si no conllevan consecuencias catastróficas inmediatas.¹⁰

¿QUÉ ROL TIENEN LOS VARONES EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE?

Las investigaciones cualitativas muestran que los mandatos sociales y la cultura influyen fuertemente el comportamiento sexual de las y los jóvenes. Los estereotipos de género son determinantes cruciales de las expectativas sexuales, explicando en parte por qué la información y la provisión de métodos anticonceptivos son necesarios, pero no suficientes para modificar sus comportamientos.¹²

Los varones suelen decidir no usar preservativo si juzgan que su pareja está “limpia” o si se trata de una relación donde hay “confianza”. Muchos jóvenes no hablan previamente de las relaciones sexuales con sus parejas y no poseen método anticonceptivo llegado el momento. Para muchos varones las relaciones sexuales “suceden”. En ellos adquiere gran importancia social lograr relaciones sexuales con penetración, sobre todo por primera vez; dando prioridad a la experiencia del sexo sobre los riesgos. Por su parte, las mujeres no exigen al varón el uso de preservativos por miedo a parecer demasiado experimentadas, por querer fortalecer la relación cumpliendo los deseos de su pareja, o para que los varones no piensen que pueden tener



una infección de transmisión sexual. Paradójicamente, muchos hombres asumen que sus parejas van a tomar la responsabilidad de protegerse del embarazo, aunque la mujer puede sentirse incapaz de obtener, transportar o de utilizar métodos anticonceptivos debido a la preocupación sobre su reputación.¹²

La mayoría de los adolescentes se sienten presionados por sus amigos para tener sexo. Los varones suelen reportar menor edad de debut sexual y más parejas sexuales en comparación a las mujeres. Aunque el inicio de relaciones sexuales no es problemático por sí mismo, el comienzo a edades tempranas y el mayor número de parejas está asociado con un incremento de infecciones de transmisión sexual, coerción sexual y paternidad temprana.^{4, 13}

A su vez el debut sexual temprano en las mujeres, además de los riesgos antes mencionados, dificulta la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad.¹⁴ De hecho, en la mayoría de los embarazos adolescentes el varón es por lo menos 2 años mayor que la mujer.¹³

¿CON QUÉ ESTRATEGIAS CONTAMOS EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE?

Existe fuerte evidencia que la salud de los y las adolescentes es afectada por factores sociales a diversos niveles. La mejora en la distribución de la riqueza que modifique las condiciones de vida, la cohesión de las comunidades, el acceso a la educación secundaria y técnica, el ingreso al mercado laboral de los jóvenes puede transformar sustancialmente su desarrollo y los resultados en salud. Completar la educación secundaria aumenta la capacidad y motivación para prevenir el embarazo. De manera similar el involucramiento de los padres en la crianza

de los hijos, la mayor conexión de las y los adolescentes con sus familias, la cohesión social de la comunidad donde viven también ejercen efectos protectores sobre el embarazo, como así también sobre el inicio temprano de las relaciones sexuales, el abuso de sustancias, las lesiones y la violencia.⁷

Entre los factores asociados al aumento del embarazo no planificado en la adolescencia se encuentran la pobreza, y estados con mayor religiosidad y leyes más conservadoras con respecto al aborto. Por su parte, estados con políticas públicas que favorecen el acceso a la anticoncepción, el aborto y la educación sexual presentan menos tasas de embarazo adolescente. Dentro de las intervenciones, los programas de tipo multifacético o con múltiples componentes son más efectivos para reducir el embarazo adolescente, en comparación a programas que solo promueven la abstinencia sexual y los que sólo ofrecen educación sexual. Los programas de múltiples componentes incluyen promoción de la salud, educación sexual, desarrollo de habilidades de negociación, promoción de la abstinencia y el acceso a métodos anticonceptivos.¹

Con respecto al momento de la intervención, algunos estudios sugieren que los programas implementados en la etapa preadolescente, es decir durante la escuela primaria, tienen mayor impacto para reducir comportamientos sexuales de riesgo; en comparación con las intervenciones realizadas en la adolescencia temprana y media (10 a 14 años). Se destaca la importancia de comenzar a edades tempranas con intervenciones que combinen elementos de distintos niveles (individual, familiar, escolar y comunitario).¹⁵ Se han realizado intervenciones exitosas para reducir el embarazo adolescente a través de políticas preventivas (dirigidas a toda la población) y a través de programas escolares, familiares y para jóvenes (dirigidas a grupos de riesgo). Sin embargo, muchas de estas

intervenciones basadas en evidencias no tienen análisis costo/beneficio y muchas de las experiencias exitosas no han sido replicadas.¹⁶ Para mayor detalle sobre las distintas experiencias pueden consultarse las referencias 1 y 16.

Con respecto a los jóvenes y el sistema de salud, estudios en todo el mundo muestra que muchas veces los adolescentes y jóvenes no pueden o no quieren acceder a servicios de salud necesarios. Entre las principales barreras para la provisión y el uso de los servicios de salud se encuentran la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad. Habiendo servicios de salud disponibles y accesibles, muchos adolescentes deciden no consultar principalmente por falta de privacidad, de confidencialidad y por temor a que los médicos los regañen. La Organización Mundial de la Salud ha impulsado el desarrollo de Servicios de

Salud Amigables para Adolescentes, con personal de salud entrenado para trabajar con ellos, en un ámbito no restrictivo y equitativo.¹⁷ En Argentina, contamos con el Programa de Salud integral en la adolescencia¹⁸ del Ministerio de Salud de la Nación; el cual desarrolla tareas de capacitación en los servicios de salud en distintas regiones del país. Además, en la Ciudad de Buenos Aires, existe la residencia pos básica en “Salud Integral del Adolescente”,¹⁹ la cual forma a médicos pediatras y de medicina familiar y general en espacios amigables y de calidad para la atención de adolescentes. En nuestro país, como en muchos otros, la atención de los adolescentes y jóvenes se ha transformado en una prioridad. Creemos que los logros en la atención de salud de los varones afectaran positivamente, a su vez, la salud de las mujeres. ←

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ¹ Lavin C, Cox J. Teen pregnancy prevention: current perspectives. *Curr Opin Pediatr* 2012; 24:462–469.
- ² Berra A. La necesidad de promover el acceso de los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y salud. *Boletín FLASOG* 2012; 1(5): 1-5.
- ³ ¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Organización Mundial de la Salud, Suiza, 2007.
- ⁴ Bell DL, Breland DJ, Ott MA. Adolescent and young adult male health: A review. *Pediatrics* 2013; 132(3): 535 - 546.
- ⁵ Viner RM, Coffey C, Mathers C, et al. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet* 2011; 377: 1162 - 74.
- ⁶ Mulye TP, Park MJ, Nelson CD. Trends in adolescent and young adult health in the United States. *Journal of Adolesc Health* 45 (2009) 8 - 24.
- ⁷ Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012; 379: 1641 - 52.
- ⁸ Patton GC, Coffey C, Cappa C, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012; 379; 1665 - 1675.
- ⁹ Westwood M, Pinzon J. Adolescent male health. *Paediatr Child Health* 2008; 13(1):31-36.
- ¹⁰ Spear LP. Adolescent neurodevelopment. *J Adolesc Health* 2013; 52: S7 - S13.
- ¹¹ Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. *Nat. Neurosci* 2012; 15 (9): 1184 - 1191.
- ¹² Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behavior: a systematic review. *Lancet* 2006; 368: 1581 - 1586.
- ¹³ Marcell AV, Wibbelsman C, Seigel WM, et al. Male adolescent sexual and reproductive health care. *Pediatrics* 2011; 128: e1658 - e1676.
- ¹⁴ Gómez PI, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Lima, Perú -2011-.
- ¹⁵ Jackson CA, Henderson M, Frank JW, et al. An overview of prevention of multiple risk behavior in adolescence and young adulthood. *J Public Health* 2012; 34 (S1): i31 – i40.
- ¹⁶ Richard F Catalano, Abigail A Fagan, Loretta E Gavin, Mark T Greenberg, Charles E Irwin Jr, David A Ross, Daniel T L Shek. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet* 2012; 379: 1653 – 1664.
- ¹⁷ Andre Tylee, Dagmar M Haller, Tanya Graham, Rachel Churchill, Lena A Sancí. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 369: 1565 – 1573.
- ¹⁸ Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Disponible en <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia> (Revisado el 04/010/13).
- ¹⁹ Residencia posbásica en Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dirca/res/prog/adol.pdf> (Revisado el 04/010/13).
- ²⁰ Berner E, Calandra N, Corral AM, et al. Adolescencia, Un servicio amigable para la Atención Integral de la salud. Hospital General de Agudos Cosme Argerich - FUSA 2000, Ciudad de Buenos Aires, 2009.

ACTIVIDADES DESTACADAS EN LA REGIÓN

Nuevas guías clínicas de anticoncepción hormonal de emergencia para la región

Por: **Cristina Puig**

El pasado mes de agosto FLASOG, en cooperación con los Consorcios Latinoamericano e Internacional de Anticoncepción de Emergencia (CLAE e ICEC), publicó el documento: *Píldoras anticonceptivas de emergencia: Guías médicas y de entrega de servicios en América Latina y el Caribe*. Las Guías se basan en las publicadas en el año 2012 por ICEC, en cuyo desarrollo participaron expertos y expertas internacionales tomando como fundamento la mejor evidencia científica disponible al momento.

Las Guías ofrecen recomendaciones claras, basadas en evidencia para la prestación de servicios de anticoncepción de emergencia de calidad, y pueden ser adaptadas por las sociedades de ginecología y obstetricia nacionales, para ajustarse a cada contexto. La Guías cubren los regímenes más ampliamente disponibles en América Latina y el Caribe: el régimen de levonorgestrel, el de acetato de ulipristal, así como el de Yuzpe o combinado (etinil estradiol y levonorgestrel) que a pesar de ser menos efectivo, en muchas comunidades de la región sigue siendo el único régimen disponible.

Contamos pues con un recurso más para guiar la práctica clínica y asegurar que toda mujer acceda oportunamente al mejor tratamiento anticonceptivo de emergencia posible. Todas las mujeres tienen el derecho a la segunda oportunidad de prevenir un embarazo que sólo las pastillas anticonceptivas de emergencia ofrecen. Los y las profesionales de la salud tienen la oportunidad y el deber de orientar a las mujeres en el ejercicio de este derecho.

Como todas las guías clínicas, el reto es doble: por un lado, asegurar su debida difusión y uso, y por el otro, mantenerlas actualizadas. El Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (ICEC), trabaja para divulgar de forma permanente los avances científicos relevantes, y espera poder seguir colaborando con la FLASOG para difundir estratégicamente estas informaciones en toda la región. ←

La guía se encuentra disponible en el siguiente enlace:
<http://ow.ly/qPgwT>

**TODAS LAS MUJERES TIENEN EL DERECHO A LA SEGUNDA OPORTUNIDAD DE PREVENIR UN EMBARAZO QUE SÓLO LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA OFRECEN.
LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD TIENEN LA OPORTUNIDAD Y EL DEBER DE ORIENTAR A LAS MUJERES EN EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO.**

IPPF/RHO y FUSA Asociación Civil inauguraron Casa FUSA: un nuevo centro de salud para atención integral de adolescentes y jóvenes en Buenos Aires, Argentina



Se abre el primer espacio no gubernamental orientado para que adolescentes y jóvenes accedan a la atención integral de la salud, con un modelo diferencial que se aleja del tradicional y que aborda la problemática de este grupo etéreo de una manera global.

Pese a la existencia de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y la de Educación Sexual del Estado Argentino y el acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y el reconocimiento de sus derechos y necesidades específicas, todavía es una asignatura pendiente. Así lo consignan relevantes informes de organismos locales e internacionales de referencia en la materia (1). Para atender esta demanda insatisfecha, un equipo de profesionales integrantes del servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, agrupados en FUSA Asociación Civil, uno de las dos ONG integrantes del Grupo FUSA, y bajo la conducción del Dr. Enrique Berner, junto con el apoyo de la prestigiosa organización mundial centrada en mejorar la calidad de vida de las personas mediante la promoción, defensa y oferta de servicios vinculados a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la IPPF, Federación Internacional de Planificación Familiar, inauguran Casa FUSA- Centro para Atención de Adolescentes y Jóvenes

OBJETIVOS:

- Que la población joven encuentre el espacio confidencial, seguro y de calidad para el cuidado de su salud al que tienen derecho en un servicio de atención integral y amigable.
- Ser un centro no gubernamental que de respuesta a una atención integral y amigable para adolescentes y jóvenes.

- Construir un espacio de atención, orientación y acompañamiento para adolescentes y jóvenes en temas vinculados a la salud en donde el acceso sea un derecho a respetar. Promover las premisas contenidas en la Declaración de Derechos Sexuales.
- Impulsar actividades educativas y de incidencia política, que protejan, respeten y promuevan los derechos de las y los jóvenes al acceso a la salud.

Casa FUSA - Centro para Atención de Adolescentes y Jóvenes se encuentra en Lezica 3902, CABA (Tél: 4981 4241/4982-1981 / casafusa@grupofusa.org) Cuenta con 5 consultorios, un vacunatorio y una sala de capacitación para realizar jornadas y talleres sobre educación en salud para la comunidad y acceso para personas con discapacidad.

El equipo de salud, dirigido por el Dr. Enrique Berner, Presidente de FUSA 2000 y Director Nacional de FUSA AC, cuenta con especialistas en Especialidades Infanto-Juvenil como Clínica Integral, Obstetricia, Ginecología, Psicología, Dermatología, y Nutrición. Entre los servicios que brindarán se encuentran: Atención clínica en consultas programadas y de demanda espontánea, aptos físicos para actividad física escolar, consultas de salud sexual y reproductiva (Anticoncepción, controles ginecológicos, consulta preconcepcional y seguimiento de embarazo), acompañamiento obstétrico de adolescentes y jóvenes embarazadas y sus familias, tratamiento de adolescentes con obesidad y/o sobrepeso, tratamiento de adolescentes con trastornos de conducta alimentaria, atención a adolescentes con discapacidad y/o patologías crónicas, asesoramiento en consumo problemático de sustancias, vacunatorio, talleres en sala de espera sobre educación sexual. ←

PRÓXIMOS EVENTOS ACADÉMICOS

→ VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PATOLOGÍA DEL TRACTO INFERIOR Y COLPOSCOPIA.

Buenos Aires, (Argentina) del 13 al 15 de noviembre de 2013

→ III CONGRESO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS Y MANEJO DEL DOLOR I SIMPOSIO DE CUIDADOS INTEGRALES DEL NIÑO MADRE Y ADULTO MAYOR.

Riobamba, (Ecuador) del 09 al 19 de noviembre de 2013

→ I ENCUENTRO VENEZOLANO DE LASER EN MEDICINA, II SIMPOSIO VENEZOLANO DE COSMETOGINECOLOGÍA Y I JORNADA DE LASER EN DERMATOCOSMÉTICA.

Caracas, (Venezuela) del 14 al 16 de noviembre de 2013

→ XII WORLD CONGRESS ON ENDOMETRIOSIS

Sao Paulo, (Brasil) del 30 de abril al 03 de mayo de 2014

→ VIII WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE IN DEVELOPING COUNTRIES.

Cancún, Quintana Roo, (México) del 03 al 06 de septiembre de 2014



Actividades Regionales y de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

→ Edición del Boletín de FLASOG.

Con el patrocinio de UNFPA/LACRO, la Dirección del Boletín y el equipo de edición vienen cumpliendo con esta actividad, y este es el Boletín N° 5 del presente año.

→ Visita de trabajo a tres países de América Central (Guatemala, Honduras y El Salvador).

Con el apoyo financiero otorgado por CLACAI una Comisión integrada por Representantes de CLACAI y FLASOG, Magíster Susana Chávez, integrante del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, Abogado Eduardo Chía y Dr.

Luis Távara, realizó una visita de trabajo y apoyo a tres países de América Central durante 11 días (1-11 Octubre). El propósito fue fomentar la discusión de diversos temas de derechos y salud sexual y reproductiva con los distintos actores de los tres países y de este modo fortalecer sus competencias en el abordaje de estos temas. Después de esta visita de los representantes de CLACAI y FLASOG se han logrado resultados muy favorables

Compromiso de los profesionales de los diferentes sectores de defender los DSyR y la SSyR de las mujeres de América Central

Compromiso de los profesionales de la salud de reducir las graves consecuencias que la violencia

sexual ejerce sobre la salud y la vida de las víctimas

Compromiso de los profesionales de poner un mayor énfasis en la prevención y manejo de las víctimas de violencia sexual en la infancia y adolescencia

Compromiso de los profesionales de la salud para la defensa de las mujeres a acceder a la AOE

Compromiso de los profesionales de los diferentes sectores de defender el derecho de las mujeres a acceder a servicios de interrupción legal del embarazo por razones de salud

Compromiso de las autoridades de una Facultad de Medicina de Incorporar la temática de SSyR en el curriculum de estudios

→ **Participación de representantes de los Comités de Derechos Sexuales y Reproductivos de LAC en el III Congreso Latino Americano Jurídico de Derechos Reproductivos, Cuernavaca, México, 14-16 Octubre.**

Tomando como marco la relación de derechos cuya defensa ha sido asumida por FLASOG y, como consecuencia, por todas las Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología afiliadas, durante el III Congreso Jurídico de DR se ha reunido a prestigiosos profesionales del área médica (16 representantes de FLASOG), del área jurídica y de la Bioética, a fin de que se discuta en detalle los alcances de la OBJECION DE CONCIENCIA, uno de los temas puestos hoy en día sobre el tapete y reclamada arduamente por los grupos conservadores de América Latina como expresa herramienta para limitar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se obtuvo las siguientes conclusiones y recomendaciones.

Conclusiones

Este taller ha sido la continuación del taller realizado en el II Congreso Jurídico de DR en Costa Rica y del Panel efectuado en la mañana del 15 de Octubre 2013. En esta reunión han compartido los representantes médicos de FLASOG que conjuntamente con los/as magistrados/as participantes, los profesionales del derecho y otros/as profesionales relacionados/as con la salud han discutido y han intercambiado ideas y opiniones acerca de casos concretos en donde supuestamente se ha hecho

uso de la Objeción de Conciencia. No creemos que el tema se haya agotado, sin embargo ha sido un avance importante esta discusión, que estamos seguros, debe continuar.

- 1.- Los/as participantes concordaron que muchos profesionales de la salud, magistrados y profesionales del derecho no aplican correctamente la definición de Salud que ha establecido la Organización Mundial de la Salud como un estado de bienestar físico, mental y social de las personas.
- 2.- Los/as participaron reiteraron la definieron de objeción de conciencia en el ejercicio médico como un privilegio de los/as médicos/as que mediante una decisión individual pueden dejar de realizar un acto médico científico y legalmente aprobado, aduciendo la trasgresión que dicho acto hace a su libertad de conciencia, pensamiento o religión.
- 3.- La objeción de conciencia deriva de la libertad de pensamiento, conciencia y religión asentada en la declaración universal de los derechos humanos.
- 4.- Ningún derecho o prerrogativa es absoluta, por ello los participantes establecieron que la objeción de conciencia tiene límites, según las consideraciones siguientes:

Cuando la vida de un paciente está en peligro y la objeción puede causar mayor riesgo

Cuando no hay otro proveedor que pueda brindar el mismo servicio

Es de tipo individual no puede ser colectiva o institucional

No puede negar el derecho a la usuaria o usuario

No se debe ser persuasivo o imponer sus creencias

No se debe entrar en confrontación con otro derecho, especialmente con la autonomía y la dignidad de la mujer

- 5.- El privilegio de la objeción de conciencia debe cumplir con los siguientes requisitos:

La objeción de conciencia es individual y no institucional

Debe sustentarse y justificarse por escrito

Debe asegurarse de que la usuaria o usuario reciba el servicio por otro proveedor

Por ello se debe asegurar la referencia oportuna para evitar un riesgo mayor para la persona.

El objetor debe ser consecuente con sus actos (es decir objetar en la atención privada al igual que en la pública)

El objetor debe mantener respeto por los principios bioéticos básicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia

El profesional actuante no puede imponer sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas, absteniéndose de emitir criterios morales.

6.- Cuando la objeción de conciencia no es legítima se pueden afectar los derechos de las personas

Las acciones de los objetores pueden afectar intereses y derechos fundamentales de las pacientes, ya sea entorpeciendo o imposibilitando la disponibilidad de información sobre métodos anticonceptivos y aborto legal, o restringiendo el acceso a tales prestaciones.

Estas conductas provocan riesgos para la vida, la salud y la integridad física de las personas

Se puede violentar además el derecho a acceder a los avances de la ciencia y la tecnología, el derecho a una vida libre de violencia y a la dignidad, y

El derecho a la igualdad y no discriminación

7.- Cuando la objeción de conciencia se ejerce adecuadamente y se toman en cuenta todos los mecanismos para la realización legítima de la misma no tendría por qué tener repercusión negativa sobre los derechos humanos o sobre los principios de la bioética.

8.- Sin embargo cuando la objeción de conciencia es ilegítima se pueden afectar los principios de la bioética.

9.- La objeción de conciencia puede traer repercusiones de orden legal

Si se cumple el proceso idóneo de la objeción de conciencia (según los requisitos antes expuestos) se minimiza la posibilidad de repercusión legal.

Si no se cumple con el proceso puede haber repercusiones administrativas, en lo civil y penal

Se puede estar dejando de cumplir los compromisos internacionales y en este caso la repercusión legal es sobre el país

Recomendaciones

Fortalecer entre los profesionales de la salud y los profesionales del derecho la utilización del Concepto de Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Difundir entre los profesionales de la salud, los jueces y los profesionales del derecho la publicación sobre Causal Salud y Causal Violación.

Fortalecer el ámbito de formación y capacitación a profesionales de la salud en los contenidos de Bioética clínica a fin de que sus decisiones sean precedidas de un proceso de reflexión.

Informar, sensibilizar y capacitar a profesionales de la salud y usuarios de servicios, sobre las

implicaciones que tiene la objeción de conciencia sobre los derechos de las personas.

Comprometer a las sociedades científicas y comités de ética a colocar en su agenda operativa el tema de objeción de conciencia.

Incluir en los currículos de pre y post grado de las carreras de ciencias de la salud, comunicación y derecho los temas de bioética clínica a fin de estimular la reflexión acerca de las decisiones profesionales que pueden afectar los derechos de las personas.

Incluir la regulación de la objeción de conciencia en la normatividad interna de las instituciones de salud, asegurando la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a las personas que los solicitan.

Conocer, por parte de los/as profesionales de salud, la cartera de servicios que está obligado/a a prestar.

Garantizar en la enseñanza de la medicina en todos sus niveles, incluir la temática de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva

Capacitar desde la academia la diferencia entre objeción de conciencia y desinformación, con el propósito de que los/as profesionales precisen que la objeción de conciencia ocurre en casos excepcionales y cuidando siempre de respetar el derechos de las personas a recibir un servicio de salud sexual y reproductiva que han solicitado.

Regular desde el Estado, a través de sus instituciones, la objeción de conciencia de su personal médico.

Elaborar una declaración conjunta sobre la objeción de conciencia entre médicos/as y abogados/as que sea de carácter único.

Programar el tema de objeción de conciencia como Tema Central en congresos de FLASOG y Colegios profesionales.

Hacer divulgación y abogacía con organizaciones civiles para impulsar la incidencia política.

Reordenar los servicios clínicos para una prestación adecuada de servicios frente la posibilidad de objeción de conciencia. ←

TIPS SOBRE ARTÍCULOS

Aporte Dr. Daniel Aspilcueta (Perú)

Uso de fluconazol oral durante el embarazo y el riesgo de defectos de nacimiento

N Engl J Med 2013;369:830-9 August 29, 2013
Ditte Mølgaard-Nielsen, M.Sc., Björn Pasternak, M.D., Ph.D., and Anders Hviid, Dr.Med.Sci.

→ Antecedentes:

Informes de casos sugieren que el tratamiento a largo plazo con dosis altas de fluconazol para las infecciones micóticas graves durante el embarazo causa un patrón de defectos congénitos. No está claro si las dosis de uso común más bajas aumentan el riesgo de defectos de nacimiento específicos.

→ Métodos

En una cohorte basada en el registro de los nacidos vivos en Dinamarca, se evaluó el

primer trimestre la exposición fluconazol oral y el riesgo de defectos de nacimiento en general y de los defectos de nacimiento previamente vinculados a los antifúngicos azólicos.

→ Resultados

La mayoría de los embarazos fluconazol -expuesta fueron en mujeres que recibieron dosis terapéuticas comunes de 150 mg (56 % de los embarazos) o 300 mg (31 %). La exposición oral fluconazol no se asoció con un mayor riesgo de defectos de nacimiento (defectos de nacimiento en general 210 entre 7.352 embarazos expuestos al fluconazol [prevalencia, 2,86 %] y 25.159 defectos congénitos entre 968.236 embarazos no expuestos [prevalencia, 2.60 %]; prevalencia ajustada odds ratio, 1,06 , intervalo de confianza del 95 % [IC], 0,92 a 1,21). Además, la exposición al fluconazol oral no se asoció con un riesgo significativamente mayor de 14, de 15 tipos de defectos de nacimiento previamente vinculados a los antifúngicos azólicos: craneosinostosis, otros defectos

craneofaciales, malformaciones del oído medio, el paladar hendido, labio leporino, defectos de las extremidades, la extremidad de reducción de defectos, polidactilia, sindactilia, hernia diafragmática, defectos cardíacos en general, hipoplasia de la arteria pulmonar, defectos septales ventriculares, y el corazón izquierdo hipoplásico. Se observó un aumento significativo del riesgo de la tetralogía de Fallot (7 casos de embarazos expuestos al fluconazol [prevalencia, 0.10 %] en comparación con 287 casos en los embarazos no expuestos [prevalencia, 0.03 %] ; ajustado odds ratio de prevalencia, 3,16 , IC del 95 % , 1,49 a 6,71) .

→ Conclusiones

Fluconazol oral no se asoció con un aumento significativo del riesgo de defectos congénitos en general o de los 14 de los 15 defectos de nacimiento específicos de interés anterior. Exposición Fluconazol puede conferir un mayor riesgo de la tetralogía de Fallot. (Financiado por el Consejo Danés de Investigación Médica).



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA	COLOMBIA	SALVADOR	MÉXICO	PERÚ
BOLIVIA	COSTA RICA	GUATEMALA	NICARAGUA	REP. DOMINICANA
BRASIL	CUBA	HONDURAS	PANAMÁ	URUGUAY
CHILE	ECUADOR	HAITÍ	PARAGUAY	VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org



La Dirección Ejecutiva de FLASOG deja expresa constancia de su agradecimiento a UNFPA/LACRO por el apoyo técnico y financiero recibido.

Las opiniones vertidas en este documento no, necesariamente, reflejan el punto de vista del Fondo de Población de Naciones Unidas.