

BOLETÍN

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



DIRECTOR DEL BOLETÍN:

Pío Iván Gómez

COMITÉ EDITORIAL:

René Castro, José Figueroa, Desireé Mostajo,
Angélica Vargas

DISEÑO Y DIAGRAMACION:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas
-JAVEGRAF-

COMITÉ EJECUTIVO

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

DIRECTORES

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

MIEMBROS DEL COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

PERIODO 2014-2017

- Dr. Pío Iván Gómez (Coordinador General)
- Dr. René Castro (Cono Sur)
- Dr. José Figueroa (México y Caribe)
- Dra. Desireé Mostajo (Andina)
- Dra. Angélica Vargas (Centroamérica)

MIEMBROS DEL COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL

PERIODO 2014-2017

- Dr. José Douglas Jarquín (Coordinador General)
- Dr. Héctor Bolatti (Cono Sur)
- Dra. Wendy Cárcamo (Centroamérica)
- Dr. Paulo Meade (México y Caribe)
- Dr. Juan Trelles (Andina)

MIEMBROS DEL COMITÉ DE CÁNCER GINECOLÓGICO

PERIODO 2014-2017

- Dr. Agnaldo Lopez Da Silva Filho (Coordinador General)
- Dr. Erick J. Álvarez R. (Centroamérica)
- Dra. Águeda Santana Martínez (México y Caribe)
- Dra. Lina María Trujillo (Andina)

Aprendimos cada día a hacer del acto médico una partitura magistral; aprendimos que no solo hay que identificarse con la enfermedad diagnosticada sino con la persona misma en su dolor, en sus esperanzas, en sus ambiciones, en sus deseos, en sus proyectos y su razón de ser y estar en este mundo. Es a todas luces un error que se ha cometido con los alumnos el deshumanizarlos y hacer caso omiso de la persona como ser pensante que siente, que ama, con sus alegrías y sufrimientos

JOSÉ IGNACIO HERNÁNDEZ CRUZ

Miembro Honorario de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José.

Profesor Emérito de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Bogotá DC, Colombia.

(1935-2015)

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.

Índice

| | |
|--|----|
| Editorial | |
| La madre, el feto y el niño. Un sueño hecho realidad o el deber cumplido..... | 2 |
| Artículo central | |
| Rol de los/las gineco-obstetras en la provision de abortos despenalizados/legalizados seguros..... | 6 |
| Convocatoria FLASOG para apoyar Investigación regional o local sobre violencia..... | 15 |
| Actividades destacadas en la región..... | 16 |
| Actividades Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos..... | 18 |
| Próximos eventos académicos..... | 19 |
| Nuevos Libros y Guías..... | 21 |
| Resúmenes de artículos..... | 22 |
| Día Mundial de la Anticoncepción..... | 23 |

LA MADRE, EL FETO Y EL NIÑO. UN SUEÑO HECHO REALIDAD O EL DEBER CUMPLIDO¹

Dr. Pedro Faneite Antique

Venezuela

En general, a cada Médico desde su inicio de estudios les llega un influjo muy particular hacia determinada área de la medicina, esto va a inclinar sus esfuerzos y conocimientos. Es posible que en esta decisión intervenga el Creador de acuerdo a las necesidades de salud de los humanos que vivimos en esta minúscula partícula física del Universo que llamamos planeta Tierra. Desde mi inicio en esta noble profesión sentí atracción por la maternidad y sus maravillosos entornos. El embarazo es un estado normal y saludable en la mayoría de las mujeres, ellas están deseosas de cumplir esta función en algún momento de sus vidas. Lamentablemente, este proceso de afirmación de la vida conlleva riesgos de enfermedad, discapacidad, e incluso la muerte para la madre y los hijos. Durante mis estudios de medicina todas las vacaciones, incluyendo el período decembrino lo disfrutaba trabajando a tiempo completo en la “Maternidad del Hospital Central de Valencia”, seleccionaba al equipo de médicos más prestigioso y solicitaba trabajar con ellos en los períodos no docentes, este accionar me permitió adquirir conocimientos aventajados y ganar la confianza de sus miembros. Hubo un hecho docente fundamental que señaló mi rumbo como especialista en el futuro. Estaba cursando el sexto año de Medicina, cuando se incorporó como Docente de la Cátedra de Obstetricia de la Escuela de Medicina, de la Universidad de Carabobo, el Académico Dr. Efraín Inaudy Bolívar (†), quien había sido Becado por la Universidad para realizar el Curso de Perinatología como una sub-especialidad en el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), dependiente de la OPS/OMS en Uruguay. A su regreso, trajo consigo su certificación correspondiente, de inmediato empezó a dictar clases que

incluían los novedosos conocimientos de la vida del feto, estudios de la fisiología y patología materno-fetal. Se constituyó en el Pionero de esta especialidad en el país. Fue un enamoramiento a primera vista con esa novel y fulgurante especialidad. La cual le ha dado nueva cara a la Obstetricia clásica y apoyo fundamental a la Pediatría.

He allí, que al graduarme de Médico Cirujano mi segunda meta fue hacer un postgrado en Gineco-obstetricia, pero antes de alcanzar esa orilla de mar, debí realizar el Curso Medio de Salud Pública en la Universidad de Carabobo, el cual marcó un hito en mi devenir profesional. Este Curso me dio las herramientas para conocer cuáles eran las entidades nosológicas importantes en la Salud Pública, como medir su impacto sanitario en una región o país, las estrategias sanitarias a realizar, los programas administrativos y sus evaluaciones; amén, de las estadísticas básicas y metodología de la investigación.

De manera que llegó el momento de ingreso a la “Maternidad Concepción Palacios” (MCP) de Caracas para realizar el postgrado añorado, era el Centro Docente y de Investigación más reconocido en el país y Latinoamérica. Llevaba en mi alforja un cúmulo de sueños y planes. Empecé el postgrado con gran entusiasmo; deseoso de continuar mi gestión en investigación, un determinado día dirigí una correspondencia al ilustre Académico Dr. Oscar Agüero (†), para ese momento Director del postgrado y Jefe del Servicio de Investigación de la MCP, a quien solo conocía por su renombrado prestigio profesional. Cual sería mi alegría al

1 Apartes del Discurso de recepción del Dr. Pedro Faneite Antique como individuo de número de la Academia Venezolana de Medicina sillón XX. 9 de julio 2015

recibir su respuesta afirmativa; me había acreditado como pasante adjunto al equipo de investigadores de ese connotado Servicio. Allí consolidé mis conocimientos y conducta como residente de postgrado e investigador. Agradecimiento eterno a todo ese equipo de Médicos que laboraban en ese Servicio de Investigaciones, con los cuales compartí gratos momentos: Drs. Oscar Agüero (†), Itic Zigelboim (†), Mario Zillianti (†), Saúl Kizer, entre otros.

Durante mis estudios en la MCP, recibí la vacuna definitiva de atracción a la Perinatología o Medicina materno fetal. El Dr. Roberto Caldeyro-Barcia (†), recibió invitación para asistir a la MCP para dar conferencias y demostraciones, trajo los equipos de punta que había desarrollado. Era Fisiólogo, Profesor del CLAP, premiado internacionalmente, fue pionero a nivel mundial de las investigaciones de las contracciones uterinas y el monitoreo electrónico materno fetal, incluso propuesto a premio Nobel. Estos recursos eran para ese entonces, la comidilla del mundo científico obstétrico y pediátrico a nivel global. Tuve la oportunidad de estar a su lado, no perdí la oportunidad de saciar mis ignorancias sobre el tema. Ya no había vuelta atrás. Terminado el postgrado el futuro estaba visionado.... Debía volver a mi Puerto Cabello a tejer con fina filigrana los talentos encomendados, necesitaba evitar cometer errores o causar daño en mis actos; tenía que servir al prójimo con la mayor generosidad y amplitud. El Juramento Hipocrático estuvo presente con vehemencia.

Fue así como concebimos el desarrollo y organización del Servicio de Perinatología del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello bajo un plan debidamente trazado, el cual se ha mantenido a la fecha actual. Su objeto ha estado enfocado hacia el área asistencial, la docente, investigación y de proyección a la comunidad en apoyo y defensa de la salud materno-fetal e infantil. En efecto, se ha ejecutado un amplio ejercicio en los diversos campos antes referidos. En lo investigativo, todo debidamente concebido, con sus líneas de investigación y docencia. La línea central ha sido: la Salud materna y fetal, con tres temáticas: epidemiología perinatal, embarazo de alto riesgo y evaluación de técnicas perinatales. No es de extrañar que mi trabajo de Incorporación como Individuo de Número se haya titulado “EVALUACIÓN DE LA SALUD FETAL. CUATRO DÉCADAS DE EXPERIENCIA”.

Ahora bien, el conocimiento de lo narrado anteriormente permite entender cuál ha sido nuestro objetivo y trasfondo de las diversas conferencias, publicaciones y organización de eventos científicos, todo ha estado dirigido a la razón de la vida, y al producto del amor en la emersión del ser humano. Incluso, mi primer trabajo publicado en la Gaceta Médica y primera Conferencia presentada en esta ilustrísima Academia estuvo encaminado a la Medicina perinatal y a la mortalidad materna. En suma, este ha sido nuestro aporte a la medicina de Venezuela, un país que amamos y

que cada uno de Uds. ha dado su mejor aporte con mucho esfuerzo. Cuestión que todos reconocemos.

Visión Actual

Pero, ¿Cuál es la realidad actual de las madres en el mundo y Venezuela?

La calidad de vida se puede medir evaluando la mortalidad materna (MM) y la mortalidad perinatal (MP), ellas son indicadores fiables a tomar en cuenta a la hora de planificar, evaluar y diseñar estrategias en mejora de la salud pública, y en particular hacia la población más desvalida y numerosa como es la materno infantil, materia base de nuestra sociedad. Esos hitos sanitarios revelan las condiciones socioeconómicas de la población, características demográficas, y calidad.

La mortalidad materna a nivel mundial, constituye un problema de salud pública, pues representa un importante señalador del desarrollo humano para cada país. El seguimiento y monitoreo de éste indicador permite identificar diferencias de oportunidades en el acceso y por consiguiente en las oportunidades para mejorar las condiciones de salud y vida de las madres. La razón de mortalidad materna es la medida de la mortalidad materna más frecuentemente utilizada, y se define como número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos registrados durante el mismo período; constituye una medida del riesgo de muerte de una mujer una vez que queda embarazada.

Hemos estado atentos durante las últimas cuatro décadas de todos los planes, estrategias, compromisos de las diversas organizaciones oficiales Nacionales e Internacionales en la lucha contra la gran injusticia social llamada MM. Lo más destacado corresponde a lo celebrado durante el año 2000, emergió una nueva iniciativa auspiciada inicialmente por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en efecto, fue la denominada Cumbre del Milenio, asistieron 189 Jefes de Estado y de gobiernos, tanto del norte como del sur del planeta, incluyendo nuestro país. Todos firmaron la Declaración del Milenio. Este importante documento de compromiso expreso estuvo dirigido a la urgente necesidad de atender los requerimientos apremiantes de los habitantes de este mundo, en particular los más pobres estimados en mil millones. Se trazaron ocho objetivos de desarrollo, ellos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales; nos incumbe directamente los objetivos cuatro y cinco, están dirigido a la reducción de la mortalidad infantil, y el segundo mejorar la salud materna (ODM5), esta última se evalúa a través de la razón de mortalidad materna y el porcentaje de partos asistidos por personal calificado. El compromiso fundamental fue que de acuerdo a las cifras de mortalidad materna para el año 1990, en 15 años debía cada país reducir estas cifras en el 75 %, o lo que es igual tres cuartas partes para el año 2015.

La gran pregunta es: ¿Quién ha cumplido con este compromiso?

Está finalizando el límite establecido para cumplir las metas del milenio de acuerdo a lo referido anteriormente. La Directora General de la OMS, Margaret Chan, al presentar el reporte de Estadísticas Mundiales de Salud, en Ginebra el 13 de mayo 2015, ha reconocido que pese a los avances, el mundo aún ha estado lejos de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y persisten grandes diferencias entre países e incluso dentro de los mismos Estados. Ese informe pone de relieve la necesidad de mantener los esfuerzos para garantizar que los más vulnerables del mundo tengan acceso a servicios de salud. En septiembre próximo, los países decidirán sobre nuevos y ambiciosos objetivos globales para 2030 en la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York.

Las estadísticas de la ONU señalan que la mortalidad materna mundial es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 45%. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna mundial solo ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.

Ahora, qué decir de nuestra América, y en particular América latina.

La mortalidad materna se redujo en promedio un 40% entre 1990 y 2013 en la región. Sin embargo, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013. El referido informe de las Naciones Unidas muestra que once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015. Qué triste realidad !

Pero, que podemos señalar de Venezuela. Nuestros estudios sobre el tema pasan de la decena, y sus conclusiones

al respecto, son coincidentes con los que realiza la Red Defendamos la Epidemiología Nacional y la Sociedad Venezolana de Salud Pública. Es por todos conocido lo difícil de obtener las Estadísticas oficiales del país, las últimas corresponden al Anuario de Mortalidad del año 2012. La razón de mortalidad materna (RMM) para esa fecha fue 69,64 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos registrados. Significa entonces que la mortalidad materna de Venezuela en el 2012 fue similar a la que teníamos en 1975, hace cuarenta años. Debemos añadir que entre 1998 y 2012, la RMM aumentó 30%. La meta a alcanzar en 2015 es de 14 madres fallecidas por cada 100 mil niños nacidos vivos registrados, pero la cifra del 2012 es cinco veces mayor que la de los compromisos adquiridos. Venezuela definitivamente se alejó de la posibilidad de cumplir con este objetivo de desarrollo del milenio adoptado en conjunto con la comunidad internacional en el año 2000.

Hemos mencionado que la calidad de vida se puede medir evaluando la mortalidad materna (MM). En consecuencia, es lamentable a la conclusión que podemos llegar al conocer la evolución y cifras actuales de este valioso indicador de vida.

Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Hay que admitirlo. Es muy poco lo realizado en Venezuela en materia Sanitaria y Salud preventiva; los programas y sus metas están muy lejos de ser aceptables. La época en que la Malariología reinaba en Venezuela nos exalta hacia el pasado. Las luchas libradas contra la malaria, la tuberculosis, desnutrición y otros fantasmas del pasado emergen por doquier.

¡Ah!, Malaya. Los Drs.: Enrique Tejera (1989-1980), primer Presidente del MSAS, perseguidor incansable de las enfermedades como el Chagas, paludismo y leishmaniasis entre otras; Arnoldo Gabaldon (1909-1990), Director de la División de Malariología del MSAS, inquisidor del paludismo con su DDT. José Ignacio Baldó (1998-1972), por la lucha antituberculosa; José Francisco Torrealba (1896-1973), coreteando al trypanosoma cruzi por los llanos venezolanos (Chagas). Pastor Oropeza (1901-1991), iniciador de la medicina materno-infantil en el país.

Hoy más que nunca están presentes las palabras del Dr. Luis Razetti: "Creo que la Higiene es el factor principal del adelanto de las naciones, que un país no principia a civilizarse sino cuando el gobierno y la sociedad principian a oír y a practicar los principios de la salud"

Hoy otros ocupan el sitio de responsabilidad, pero no tienen la capacidad, ni el deseo de amar al prójimo, solo aman al “El Excremento de Diablo” de Juan Pablo Pérez Alfonso ... los veremoslos veremos

Deseo terminar estas palabras con un poema que escribiera la Poetisa Chilena Gabriela Mistral (1889-1957), Premio Nobel de Literatura 1954. Muy conocido en el ambiente pediátrico. Si analizamos su contenido con atención, descubriremos que está dedicado a las madres, fetos y niños.

“Hoy somos culpables de tantos errores y tantas faltas. Pero el peor de nuestros crímenes es abandonar a los niños, despreciando la fuente de la vida. Muchas de las cosas que necesitamos pueden esperar. El niño no puede. Ahora es la hora, se están formando sus huesos, se está haciendo su sangre, y se están desarrollando sus sentidos. No podemos responderle “mañana”.

Su nombre es “hoy”.

ROL DE LOS/LAS GINECO-OBSTETRAS EN LA PROVISION DE ABORTOS DESPENALIZADOS/LEGALIZADOS SEGUROS

René Castro S.

Comité de Derechos y Salud Reproductiva FLASOG (Cono Sur)
Fellow ACOG
Profesor Asistente Universidad Diego Portales, Chile

*“La situación legal del aborto no tiene efecto sobre la necesidad de las mujeres de abortar, pero tiene un efecto dramático sobre el acceso a servicios de aborto seguro”.
Aborto seguro, guía técnica y de políticas para sistemas de salud (OMS, 2012)*

*“Desde los servicios de salud debemos dejar de contemplar pasivamente el problema del aborto de riesgo, para comenzar a ser parte de las posibles soluciones...”
(Guía para el mejoramiento de la atención postaborto. Argentina, 2010)*

Introducción

“El aborto inducido, que en el mundo de hoy tiende a ser despenalizado, debiera ser legal cuando existen enfermedades previas al embarazo o causadas por este, cuando el embarazo sea producto de violación o incesto, cuando se confirme previamente que el producto de la concepción tiene defectos genéticos incompatibles con una vida normal, cuando la situación económica de la mujer o pareja no garantice el debido cuidado del niño”. Profesor Benjamín Viel (Chile). La Vida en la Tierra y el Ascenso del Hombre, 1996.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos define el comienzo del embarazo desde la implantación (1972). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados; desde un punto de vista legal se considera aborto a la muerte del feto.

De acuerdo al origen del proceso del aborto o de la muerte embrionaria o fetal, se distinguen 2 formas:

- Espontáneo: proceso involuntario, sin intervención de la mujer o de terceros.
- Inducido, Provocado o Voluntario: puede estar permitido (Aborto Despenalizado) o no (Aborto Penalizado), su ejecución constituye un delito penado por la sociedad).

Existe una diferencia conceptual entre despenalización y legalización del aborto. En el primer caso, se elimina el carácter delictivo de la conducta, que continúa siendo contraria al ordenamiento jurídico, mas no penalmente sancionada; con la legalización la conducta pasa a ser lícita, debiendo en tal caso otorgar el Estado acceso oportuno y seguro a todas las mujeres que cumplan con los requisitos legales que autorizan la interrupción del embarazo.

La discusión sobre el aborto suele darse entre posturas antagónicas que representan visiones irreconciliables del problema. Por un lado, están aquéllos que consideran que se debe proteger la vida humana desde la fecundación y hasta la muerte natural; para ellos, ninguna situación, por grave que sea, podría justificar dar muerte a un ser humano. La otra posición señala que la mujer tiene plena autonomía sobre su cuerpo y que sólo ella puede tomar decisiones respecto de lo que le atañe. Esta postura se apoya en diversas normas internacionales de derechos humanos, que reconocen que el acceso a abortos legales y seguros es fundamental para el disfrute y el ejercicio efectivo de los derechos humanos por parte de mujeres y jóvenes.

En la comunidad científica internacional existe consenso sobre determinadas condiciones para interrumpir un embarazo: que el feto presente condiciones que no permitan su vida fuera del útero; que exista riesgo de salud para la madre (certificado por profesional de la salud); que exista

el consentimiento de la madre; y que nadie se lucre con el procedimiento aplicado). La obligación de continuar con el embarazo por estas causales, puede significar lesiones graves a la salud, la integridad, los derechos y, en algunos casos, la vida misma de las mujeres involucradas. Cuando la mujer ha quedado embarazada a consecuencia de una violación, vive un proceso psicológico muy complejo, pues ha sido víctima de un acto de violencia de género, que afecta seriamente su integridad física y psicológica, alterando su salud. En esta situación, el embarazo suele vivirse como un castigo, con rechazo, lo que a menudo se expresa en la decisión de abortar.

La penalización del aborto sin excepciones no disminuye su incidencia, sólo aumenta la morbi-mortalidad asociada a su realización en condiciones inseguras. En los países que han introducido legislaciones que permiten el aborto por razones no médicas, la morbilidad y mortalidad asociada al procedimiento ha caído dramáticamente, sin un aumento significativo en el número de abortos.

La criminalización del aborto constituye un incumplimiento de las obligaciones que los Estados han adquirido en materia de derechos humanos de las mujeres, que las lleva a buscar la realización de este procedimiento en condiciones inseguras o insalubres; estas situaciones afectan el pleno goce del derecho a la vida y la integridad de las mujeres. En estos casos, el Estado se comporta en forma arbitraria, en manifiesta contradicción con la Constitución y con los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por el país.

“Es excesivo imponer a una mujer la carga de soportar un embarazo trágico (como ocurre cuando es fruto de una violación, hay certeza de la inviabilidad del feto o su propia vida corre peligro). Sobrellevar esa carga es heroico: un comportamiento que el derecho no puede exigir.” “La moral del aborto” (Carlos Peña, Marzo 2009).

A través de su Boletín periódico, FLASOG ha dedicado gran importancia a este tema; el presente artículo recoge muchos de los aspectos desarrollados en ese espacio por destacados expertos regionales. El foco está centrado en revisar las relaciones entre las usuarias que demandan servicios de aborto seguro en los marcos legales que cada país ha aprobado, con un enfoque de derechos, y los equipos de salud que realizan esta prestación, con un enfoque de compromiso/objeción de conciencia.

La regulación legal de la IVE entrega certidumbre jurídica a ambos participantes en la prestación, permitiendo realizar esta práctica sin temores de las usuarias ni de los profesionales que las asisten, de enfrentar las complejas situaciones judiciales que han caracterizado los escenarios de prohibición total, o restringida. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos

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 este sentido, la CIDH observa que en las últimas décadas el acceso a la información en materia sexual y reproductiva ha cobrado mucha relevancia a nivel regional e internacional. Efectivamente, la Comisión ha establecido que el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación en la materia para que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, incluyendo planificación familiar. Además ha referido que la información y la educación habilita a las mujeres para adoptar decisiones a todos los niveles y en todas las esferas de sus vidas, especialmente en el terreno de la salud, sexualidad y reproducción. La CIDH considera que los Estados deben garantizar que las mujeres no se vean impedidas de acceder a información y a servicios de salud reproductiva, y que frente a situaciones de objetores de conciencia en el ámbito de la salud, deben establecer procedimientos de referencia, así como de las sanciones respectivas frente al incumplimiento de su obligación.

Reconocer, y respetar, el derecho de las mujeres a tomar decisiones debidamente informadas en relación a su salud reproductiva – incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo – son una expresión concreta del nivel de democracia existente en una sociedad dada. Este concepto ha sido recientemente reiterado en el 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.”

Posición de Amnistía Internacional sobre el aborto (AI Chile, Septiembre 2014)

En este tema, como en todos los temas de derechos humanos (DD.HH.), la posición de AI es que los Estados cumplan con las obligaciones internacionales que han contraído voluntariamente. 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. En el ámbito 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.

En este contexto, la prohibición total del aborto, su criminalización, se considera una violación de los derechos humanos, e impide una adecuada protección a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas. Cada Estado puede regular libremente el acceso al aborto, pero siempre respetando lo anterior como piso mínimo, a fin de garantizar un pleno respeto a los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

Desde 2007, AI trabaja activamente en la protección y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la despenalización del aborto; insta a los Estados a:

- Facilitar a las mujeres y hombres información completa en materia de salud sexual y reproductiva, y a anticoncepción incluida la anticoncepción de emergencia.
- Derogar las leyes que criminalicen a las mujeres que buscan un aborto o a los y las profesionales que lo practican.
- Garantizar que cualquier mujer que sufra complicaciones derivadas de un aborto tendrá acceso a los servicios médicos que precise, con independencia de si el aborto se practicó dentro de la legalidad o ilegalmente.
- Garantizar el acceso a servicios seguros y asequibles de aborto a cualquier mujer que quede embarazada a consecuencia de una violación o incesto, o si el embarazo supone un riesgo para su vida o su salud física o mental y en los casos de anomalía fetal grave.

A pesar de los avances en la protección de los derechos humanos en América Latina y el Caribe, la región aún tiene algunas de las leyes más restrictivas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En seis países de la región el aborto está penalizado sin ninguna excepción: Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Surinam.

Anibal Faúndes, Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Prevención del Aborto Inseguro de la FIGO, ha señalado la evidente contradicción entre la aparente indiferencia que se observa en los países que tienen prohibida cualquiera forma de aborto frente a los miles de abortos clandestinos que se realizan cada año, y la activa movilización de los sectores conservadores (religiosos, políticos) contra la propuesta de despenalizar la interrupción del embarazo ante determinadas situaciones sociales, morales y de salud.

Posiciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

La realización de servicios de aborto legal o despenalizado, plantea un evidente dilema al gineco-obstetra:

Por una parte, los G-O debemos asumírnos como los médicos de la mujer a lo largo de toda su vida, cuidando su salud integral bio-psico-social en todas las condiciones que la puedan afectar; ayudarlas a tomar decisiones libres, informadas y responsables en relación a la protección de su salud de acuerdo a sus convicciones personales.

Por otra, por nuestra activa participación en la adecuada protección de todo el proceso reproductivo (embarazo – parto – posparto), hemos llegado a ser los ‘pediatras del feto’ (perinatólogos, especialistas en medicina materno-fetal).

En 1994, en el Congreso mundial de la especialidad, Mahmoud Fathalla presidente de FIGO, en su documento “Salud de la mujer: una mirada global”, señala cual debiera ser su rol: “La especialidad de la Gineco-Obstetricia 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. No podemos seguir escondiendo nuestras cabezas en las arenas de la biología y dar la espalda a las realidades sociales que afectan negativamente la salud de las mujeres. ¿Deberíamos conformarnos con un rol de ‘sanadores’ de órganos genitales femeninos, o deberíamos asumir el rol de médicos de la mujer, entregando una atención primaria junto con nuestra atención especializada?”.

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”.

En este ámbito, el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de las Mujeres de FIGO, ha emitido diversos pronunciamientos:

-Algunos aspectos éticos de la relación entre médico y paciente (Mayo 1997)

Los derechos humanos están protegidos por leyes y constituciones nacionales y por tratados regionales e internacionales, mientras que la ética médica está protegida por códigos controlados fundamentalmente por la profesión médica. Los principios de ética médica que se aplican a todos los individuos, tales como beneficencia (maximizar los mejores resultados de salud); falta de maleficencia (no hacer daño); autonomía (asegurar los derechos de las personas a tomar decisiones informadas sobre el cuidado de su propia salud) y justicia, se derivan de los derechos humanos generales y son consistentes con ellos.

Los derechos humanos a la vida privada, a la libertad de conciencia y a la libertad y seguridad de la persona, son un elemento clave de su autonomía, que en relación a los cuidados médicos incluye el deber de proteger la confidencialidad.

Los derechos sexuales y reproductivos, que surgen de los derechos humanos en general, forman una parte importante de la ética médica y son aplicables a todas las mujeres, independientemente de su edad, estado civil, etnia, afiliación política, raza, religión, estatus económico, discapacidad o cualquier otro estatus. Estos derechos implican la necesidad de informar a la opinión pública y de promover un diálogo público respetuoso que incluya diferentes perspectivas éticas y religiosas, haciendo notar que la libertad religiosa incluye la necesidad de que ninguna religión o credo pueda imponer sus valores sobre los demás. Por lo tanto, las sociedades miembro deben reconocer y respetar la diversidad de religiones y culturas que pueden existir en un país para poder proveer a todas las mujeres con cuidados que tomen en consideración sus características culturales.

Marco ético para el cuidado ginecológico y obstétrico (2007)

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.

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.

Octubre 2009: "...la interrupción del embarazo es éticamente justificable cuando es realizado por razones médicas para proteger la vida y la salud de la madre.... Los gobiernos... deben esforzarse en prevenir los embarazos no deseados, mediante educación (incluyendo la sexual)... y difundiendo informaciones correctas y servicios de PF...". El Comité recomienda que después de consejería apropiada, las mujeres tienen derecho al acceso a un aborto médico, y que el equipo de salud tiene la obligación de dar ese servicio de la forma más segura posible.

Cuando la vida de una mujer está en juego, es fundamental que ella pueda tomar una decisión plenamente informada

sobre el nivel de riesgo que está dispuesta a aceptar en una nueva gestación; para ello, requiere del apoyo de los médicos gineco- obstetras, así como de profesionales de otras distintas disciplinas, que aborden en forma integral la problemática de la mujer y su solicitud de no continuar con el embarazo, teniendo en cuenta el amplio alcance que la OMS da a la definición de salud /el completo bienestar biológico, psicológico y social.

La autonomía de las mujeres en aquellos casos en los cuales se plantea la indicación de interrupción del embarazo por razones médicas, 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 interrupción del embarazo debe ser brindada bajo los mismos parámetros que otros componentes de la asistencia de salud, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada (buenas prácticas basadas en evidencia).

Causas para la Interrupción Legal/ Voluntaria del Embarazo (ILE/IVE) (www.miles.org)

En la actualidad no se discute el tema si se debe optar por la vida de la madre o la del feto. Cuando el embrión o feto no es viable por su edad gestacional y el caso clínico indica que la no interrupción oportuna del embarazo representa un riesgo de muerte para ambos, la decisión en la mayoría de los casos es la interrupción; si el feto tiene 22 semanas o más, está la alternativa de interrumpir el embarazo con el apoyo y los cuidados de una UTI neonatal, lo cual no constituye un aborto. (Ramiro Molina, 2012)

1. Riesgo vital (embarazo, o condiciones asociadas, que amenazan la salud/la vida de la mujer)
- Embarazo ectópico (tubario, ovárico, cervical, abdominal), con riesgo de rotura;
 - La presencia de tejido placentario es la causa directa o indirecta del riesgo vital (mola hidatidiforme, coriocarcinoma);
 - Corioamnionitis clínica
 - Descompensación de una patología preexistente (Insuficiencia Renal Crónica; Insuficiencia hepática severa y progresiva con ictericia en ascenso)

En esta causal, el criterio fundamental es proteger la salud de la mujer; no exponerla a una situación de riesgo vital, demorando innecesariamente la interrupción del embarazo (p.ej. en los embarazos ectópicos).

2. Malformaciones fetales incompatibles con la vida extra-uterina

Situaciones extremas en las cuales el diagnóstico se hace después de las 14 y antes de las 22 semanas, en las cuales el feto aunque continúe su desarrollo no tiene ninguna alternativa de sobrevivir antes de nacer o muere al poco tiempo de nacer. La mujer debe ser informada de esta situación tanto por razones legales como éticas.

- Anencefalia
- Holoprosencefalia alobar
- Encefalocele severo
- Agenesia renal bilateral (Síndrome de Potter) o Riñones poli-/multiquisticos bilaterales asociados a hipoplasia pulmonar
- Gemelos acárdicos
- Triploidias (trisomía 13/18)
- Otras malformaciones complejas de muy baja frecuencia.

3. Violación y agresión sexual

Obligar a una mujer a soportar un embarazo no deseado producto de una agresión sexual viola sus derechos a la salud y a su integridad síquica; por ello, debiera apoyarse la ILE/IVE ante la solicitud de la víctima. Esta causal genera una fuerte resistencia entre los legisladores y entre los profesionales de salud, que se expresa por el condicionamiento de la atención de salud a la demostración fehaciente de la agresión sexual; se prioriza la persecución y penalización del agresor, cuando se le llega a identificar, a la atención integral de las víctimas (reparación de sus derechos personales en la agresión sexual).

Las 3 causales descritas surgen como una recomendación de las Naciones Unidas. En estas 3 causales, quien debe tomar la decisión de continuar, o de interrumpir el embarazo, es la mujer, ejerciendo su autonomía individual; el rol de los profesionales de la salud es aportarle una información clara sobre las alternativas existentes en caso de decidir la interrupción voluntaria (aborto seguro, aborto inseguro).

Declaración de Oslo sobre aborto terapéutico (Asociación Médica Mundial, 1970): “las circunstancias que ponen los intereses de la madre en conflicto con los intereses de su criatura por nacer crean un dilema y plantean el interrogante respecto a si el embarazo debe o no ser deliberadamente interrumpido”, reconociendo que la diversidad de respuestas a esta situación es, a fin de cuentas,

una cuestión de convicción personal e individual, que debe ser respetada.

Esta Declaración señala que “...no es función de la profesión médica determinar las actitudes y reglas de una nación o de una comunidad en particular con respecto a este asunto, pero sí es su deber asegurar la protección de sus pacientes y defender los derechos del médico en la sociedad”.

A propósito de la discusión legislativa sobre aborto, el Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile ha señalado (Junio 2014): “la determinación de aquellas circunstancias en que sea lícita la interrupción del embarazo corresponde al Parlamento, ya que es éste el órgano que representa a los ciudadanos en una sociedad democrática”. En este contexto, el profesional de salud que llevará a cabo la prestación, está cumpliendo el acuerdo social alcanzado en el ámbito legislativo, y debe aplicar las mejores prácticas que se consensuado a nivel internacional (aborto médico, con medicamentos de eficacia demostrada)

Servicios de Aborto seguro

“En circunstancias en que el aborto no está contra la ley, los sistemas de salud deben entrenar y equipar los proveedores de servicios y tomar otras medidas que aseguren que tales abortos sean seguros y accesibles”.

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo +5 (1999). El Párrafo 8.25 del Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), acuña este importante concepto, el cual reitera en su evaluación a los 5 años.

Lo(as) profesionales de la salud hemos sido formados en un enfoque muy biologicista; el paradigma actual es entender que el abordaje apropiado en salud y enfermedad es el bio-psico-social, siendo los dos últimos componentes tan, o más importantes que el primero. Es hora de “humanizar” los servicios de salud brindando tratamiento integral no a las patologías sino a las personas, en los términos señalados por M. Fathalla en 1994.

Diversas instituciones sanitarias internacionales han recomendado avanzar en el derecho al aborto seguro como clave para el mejoramiento de la salud de la mujer. El año 1998 el Código de Ética de la FIGO recomendaba que “tras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y que los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad”

El año 2012 la OMS presenta la Guía “Aborto seguro, guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, edición revi-

sada y actualizada de su primera edición (2003). Junto a la actualización de los protocolos clínicos y organización de servicios de aborto seguro, incluye los fundamentos legales y de derechos humanos internacionales. La Guía señala que las políticas de salud deben ser orientadas hacia el respeto, la protección y aplicación de los derechos humanos de las mujeres, para alcanzar resultados positivos para su salud, ofreciendo información y servicios de buena calidad.

Ante la interrupción de embarazo, toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia, siempre y cuando esta objeción no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica. (Corte Suprema de Justicia de la Nación, Argentina 2012).

La objeción de conciencia es un conflicto entre un deber jurídico (cumplirá la ley) y la convicción moral de la persona; no se discute la disposición legal, la persona se niega a cumplirla por el conflicto planteado. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva puede convertirse en una importante barrera para el acceso de aquellos servicios legalmente aceptados (planificación familiar, aborto despenalizado o legalizado); para evitar la denegación de estos servicios, es preciso establecer límites al interior de los centros asistenciales público y privados. La objeción de conciencia es siempre individual, y no institucional.

Otra perspectiva bioética a considerar en esta prestación, es el compromiso de conciencia de los profesionales de la salud con la atención a la mujer que solicita interrumpir un embarazo se vincula fuertemente con el respeto a su autonomía, a la promoción de la beneficencia, al principio de justicia; a la inversa, la omisión de actuar o incluso retrasar la acción profesional afecta al principio de no maleficencia.

En la implementación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva, para garantizar el acceso a servicios integrales, es indispensable la sensibilización y capacitación de los equipos para superar posturas ideológicas y prácticas establecidas que funcionan como barreras.

El Prof. Bernard Dickens, ex - Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FIGO, señala: “Los profesionales con compromiso de conciencia a menudo necesitan coraje para actuar en contra de la ortodoxia legal, religiosa y médica imperantes, siguiendo la honorable ética médica de colocar los intereses de los pacientes por encima de los suyos” (Lancet, 2008).

En otro texto (2009), en relación a la objeción de conciencia de los prestadores para realizar servicios de ILE, expresa que no es ético superponer los fines espirituales personales a las necesidades expresadas por las pacientes; desde una perspectiva de simetría entre prestadores y usuarias de los servicios, se requiere ser igualmente respetuoso con la objeción de conciencia personal como con los

derechos de las personas en el ejercicio de su sexualidad y reproducción: no se puede exigir respeto a su derecho a la objeción cuando se violan los derechos humanos de otros. En suma, debe existir un equilibrio entre la libertad de conciencia de quienes solicitan servicios establecidos en los marcos regulatorios de cada país, y de los profesionales de salud que los realizan.

La capacitación del personal y la calidad de los servicios son cruciales para que la ILE sea un factor determinante en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna a causa del aborto inseguro. En encuesta realizada a médicos mexicanos sobre su práctica de servicios de ILE, la mayoría señaló que no usaban los protocolos recomendados para el aborto médico; en relación al aborto quirúrgico, muchos médicos señalaron que todavía usan el legrado uterino instrumental en vez de la aspiración manual endouterina (AMEU), aunque de acuerdo a lo señalado por la OMS, la AMEU es un método mucho más seguro y sencillo comparado con el legrado instrumental.

El Manual de práctica clínica para un aborto seguro (OMS, 2014) resume las recomendaciones clínicas de la segunda edición de Aborto seguro: guía técnica y de políticas para los sistemas de salud (OMS, 2012). Si bien los contextos legales, normativos, de políticas y de servicios pueden variar de un país a otro, las recomendaciones y las mejores prácticas descritas en estos documentos buscan permitir una toma de decisiones basada en la evidencia con respecto a los cuidados que se han de administrar para un aborto seguro.

“Los G-O podemos ser parte de la solución, no del problema (del aborto inseguro)”. M. Fathalla

Papel del Misoprostol

“La medicina basada en evidencias es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones para el cuidado individual de los pacientes” D. Sackett.

El registro de un producto para una indicación determinada no es una prueba de su efectividad; en la práctica, muchos medicamentos de eficacia clínica demostrada, no cuentan con una indicación registrada. En esta condición se encuentran intervenciones que han mostrado un alto nivel de efectividad: el uso antenatal de corticoides para inducir madurez pulmonar, o de 10 UI de oxitocina al momento del alumbramiento para el manejo de la hemorragia postparto.

El uso de drogas para indicaciones distintas a las aprobadas (off label) es común en la práctica clínica, llegando al 75%

en Obstetricia; en términos legales, es el criterio médico el que fundamenta este uso, siguiendo los criterios de una ‘buena práctica’ profesional (definidos por organizaciones gremiales, sociedades de especialistas, grupos de investigación académica y clínica), basada en la mejor evidencia científica disponible.

La FDA, agencia reguladora de medicamentos en USA, señala al respecto: “La buena práctica médica y el mejor interés del paciente requieren que los médicos utilicen drogas, productos biológicos y dispositivos legalmente disponibles aplicando siempre su mejor conocimiento y juicio clínico. Si los médicos usan un producto para una indicación que no está aprobada en su rotulación, tienen la responsabilidad de informarse bien acerca del producto, utilizarlo en base a fundamentos científicos sólidos y a evidencia médica válida, y mantener registros del uso del producto y de sus efectos”.

El uso de un fármaco registrado y aprobado para uso en una indicación dada, puede ser utilizado en otras condiciones (off label), es una práctica común y aceptada considerando y aplicando las buenas prácticas médicas, y los protocolos establecidos a nivel internacional y nacional.

A partir de las primeras publicaciones en 1987, el uso off label de Misoprostol, ha representado un cambio radical y positivo en la práctica gineco-obstétrica; una gran cantidad de estudios metodológicamente adecuados, han probado su eficacia, utilidad y seguridad. Su introducción legal o clandestina en Latinoamérica a fines de los 90, ha llevado prácticamente a la desaparición de los abortos provocados en condiciones de riesgo y clandestinidad, con serias complicaciones sépticas, en los servicios clínicos de Obstetricia y Ginecología.

El Misoprostol, incluido en el Listado de Medicamentos Esenciales de la OMS, tiene un importante rol en el manejo de diversas situaciones que pueden afectar la salud materna y perinatal, pese a no tener una licencia específica para su uso en obstetricia: manejo del aborto incompleto, inducción de parto, prevención y manejo de hemorragias postparto. Otros preparados, de amplia utilización y reconocida efectividad en la práctica gineco-obstétrica, como los corticoides para inducir madurez pulmonar o las 10 UI de oxitocina para el manejo de la hemorragia postparto, comparten esta condición de uso off label.

En Argentina desde 2009 está registrada la formulación de Misoprostol 25 µg. para su uso en inducción del trabajo de parto a término con feto vivo e inducción del parto con feto muerto o retenido. En Chile su uso es aceptado a nivel de establecimientos asistenciales públicos y privados, con similares indicaciones.

A nivel regional, FLASOG actualiza periódicamente las mejores experiencias clínicas para promover su mejor uso en Obstetricia y Ginecología. Las sucesivas versiones del

“Manual FLASOG de Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología” (2005, 2007, 2013), se centran en entregar las orientaciones precisas, basadas en la mejores evidencias científicas disponibles, que le permitan a los profesionales de la salud tener las herramientas para apoyar el mejor uso del Misoprostol en diversas situaciones de la práctica ginecológica y obstétrica.

El amplio acceso a información sobre este producto, ha contribuido a que progresivamente las mujeres recurran a su autoadministración. Ante las restricciones legales persistentes en la mayoría de los países de la región, sería deseable regular debidamente su uso en los países, para romper el amplio ‘mercado negro’ existente y para evitar el uso inadecuado del mismo.

Desde la perspectiva de los prestadores de los servicios, el uso de aborto con medicamentos – aborto médico - reduce el impacto emocional de utilizar procedimiento cruentos como la dilatación mecánica y la extracción fetal por partes (basiotripsia). Otra implicancia positiva de este procedimiento, en aquellos casos en que la interrupción del embarazo se da por causales como riesgo de salud para la mujer, o malformaciones embrionarias o fetales incompatibles con la vida extrauterina, ella pudiese si lo desea, ver a este hijo/a que no continuará su desarrollo por estas razones, y decidir que hacer con sus restos, facilitando su proceso de duelo.

Experiencias por país

“El tema del aborto puede ser abordado desde la perspectiva de los derechos humanos y no sólo desde argumentos de salud pública”. Luisa Cabal, Ex-Directora del International Legal Program Center for Reproductive Rights (CRR) de New York

En general, la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe, han despenalizado el aborto cuando existe riesgo para la vida y/o la salud de la mujer (‘causal salud’). Si bien los alcances y limitaciones de esta causal varían dependiendo del país, es posible afirmar que en la mayoría de los países de la región latinoamericana – a excepción de Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Surinam - el marco jurídico contempla la salud, o la salud física y mental, como causal para la interrupción legal y voluntaria del embarazo.

Lamentablemente en la región, las mujeres legalmente autorizadas para interrumpir el embarazo por distintas causales, no disponen de servicios seguros; entre las posibles razones para que esto ocurra se puede señalar: falta de acceso a información; la exigencia de autorización de una tercera persona; restricciones en cuanto al profesional o los lugares en los que se pueden realizar abortos; costo elevado de los servicios que restringen el acceso; falta de confidencialidad o privacidad, objeción de conciencia colectiva o institucional.

En el marco del Proyecto de Prevención del Aborto Inseguro de FIGO, el año en curso 7 países han incorporado la ILE entre sus estrategias para reducir la morbi-mortalidad asociada a los abortos inseguros.

México

En Abril 2007 se aprueba en el Distrito Federal aprobó ley que permite la total despenalización del aborto en las 12 primeras semanas de gestación (ILE). Los servicios están actualmente disponibles en 33 Hospitales y 215 centros de salud.

El éxito del Programa ILE es la Consejería, realizada por personal no médico (enfermeras/os, trabajadores/as sociales, sicólogos/as); 1/3 de las consultantes decide continuar su embarazo. En la actualidad, la mayoría de las ILE se hacen en APS, mujeres prefieren hacerlo solas en su hogar, sin verle la cara a los profesionales de salud; los centros de salud les entregan los productos requeridos (mifepristona, misoprostol), las indicaciones para su uso, y son citadas a un control ecográfico a las 2 semanas.

A la fecha, se han realizado 150.000 procedimientos de ILE con excelentes resultados de salud para las mujeres, y con una alta satisfacción de ellas por la calidad y calidez de los servicios entregados.

Uruguay

Con el objetivo de disminuir la posibilidad de que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo lo hagan en condiciones de riesgo, a partir de 2001 un grupo de profesionales uruguayos fue pionero en adoptar una postura activa formando “Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo” (<http://www.iniciativas.org.uy/>), y formulando el Modelo de Reducción de riesgos y daños frente al Aborto Provocado (Modelo RRyD), con actividades de consejería previa y posterior al evento obstétrico.

Este abordaje no fomenta la práctica del aborto ya que reconoce el riesgo involucrado cuando éste se realiza en contextos de ilegalidad.

Los altamente satisfactorios resultados obtenidos con este modelo en Uruguay, han llevado a su implementación en diferentes países de ALC, a través de una alianza con la Federación Internacional de Planificación Familiar Región del Hemisferio Occidental; en el Consenso de Montevideo (CEPAL, Agosto 2013), los países de la región acordaron establecer como una prioridad la aplicación de esta estrategia de disminución del riesgo de daño ante embarazos no deseados.

En Octubre 2012 se aprueba la ley que despenaliza totalmente el aborto hasta la semana 12 de gestación si la mujer así lo desea; en ese momento, en Latinoamérica esta posibi-

lidad sólo existía en la capital mexicana y en Cuba, Puerto Rico y Guyana.

Un escenario ideal en situaciones de IVE/ILE, como el observado en México y en Uruguay, es la entrega de información confiable por parte del equipo de salud y el acceso a fuentes seguras de los productos requeridos para el aborto médico (Mifepristone, Misoprostol).

Colombia

En Mayo de 2006, la Corte Constitucional concluyó que el código que penalizaba el aborto en cualquier circunstancia imponía a las mujeres una carga desproporcionada, e implicaba un desconocimiento de derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política y en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia y determina que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Argentina

Desde el año 2004, inspirados en la experiencia de Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, la Fundación para la Salud Adolescente (FUSA) comenzó a trabajar en el modelo de Reducción de Riesgos y Daños (RRyD), sensibilizando y brindando capacitación técnica como parte de una política pública que colabore en disminución de la mortalidad materna. Los servicios de aborto no punibles comienzan a implementarse luego de una sentencia de la Corte Suprema (Marzo 2012).

En Abril 2015, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, publica el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, el cual se orienta a garantizar el cumplimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo y fortalecer el trabajo de los equipos de salud en todo el territorio; con el objetivo de brindar a la población un servicio de calidad respetuoso de los derechos humanos. De esta forma, en la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando:

- El embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;

- El embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- El embarazo proviene de una violación;
- El embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

Interrupción legal del embarazo: derechos de las personas y obligaciones del sistema de salud

Para garantizar el derecho de estas personas de acceder a ILEs es necesario que los profesionales de salud generen las condiciones para brindar una atención integral, la cual implica:

- Brindar un trato humanitario que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física;
- Garantizar la atención clínica adecuada de acuerdo a los criterios éticos, legales y médicos vigentes;
- Intercambiar información amplia y completa con las personas involucradas para favorecer un proceso de consentimiento plenamente informado;
- Ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento (Atención post-aborto).

Por su condición de país federal, el acceso a estos servicios de ILE muestra variaciones a lo largo del país, existiendo en algunas provincias protocolos muy restrictivos. Una experiencia interesante en desarrollo, es la entrega de estos servicios por médicos ‘generalistas’, para realizar aborto médico hasta las 12 semanas.

Chile

En Chile, desde 1931 hasta 1989, se aceptaba el llamado ‘aborto terapéutico’ (artículo 119 Código de Derecho Sanitario): “Solo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo, para lo cual basta la firma de dos médicos cirujanos”. No se conoce reglamento de esta ley. En Septiembre de 1989 la junta militar gobernante elimina este texto señalando: “Artículo 119. No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto”.

En Enero del año en curso, en la presentación del Proyecto de Ley sobre despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, la Presidenta Michelle Bachelet señala:

“... los hechos han demostrado que la prohibición absoluta y la criminalización de todas las formas de interrupción del embarazo no han impedido ni impiden su práctica en condiciones de gran riesgo para la vida y salud de las mujeres... cuando está en riesgo la vida de la madre, o cuando la vida que se gesta es inviable o fruto de la violencia sexual (...) hay que tomar una decisión, y no podemos evitarlo obligando a las mujeres a que carguen solas con las pe-

sadas consecuencias de no poder decidir por causas de una ley, porque atropellamos su dignidad, prolongamos sus sufrimientos, arriesgamos su vida... Con este proyecto las mujeres podrán decidir informadamente si interrumpen o no el embarazo frente a tres situaciones extremas y cuando está en juego la vida de la madre, del feto o en caso de violación el Estado como garante de los derechos de las personas y del bien común está obligado a crear las condiciones en las cuales esta decisión pueda tomarse...”.

A comienzos de Agosto del año en curso, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados aprueba la ‘idea de legislar’ este Proyecto, el cual se espera sea votado en las próximas semanas. En este escenario, la Presidenta ha señalado:

“Un Estado que es laico y pluralista como el nuestro no puede, especialmente en situaciones extremas como las que contempla el proyecto, imponer una visión de mundo y una decisión a las mujeres.”

La regulación legal del aborto es una opción, no una obligación, una decisión de las mujeres en el ejercicio de su autonomía (decisión informada).

Conclusión

La implementación de las diversas leyes sobre despenalización/legalización del aborto que se han aprobado en nuestra región, ha representado una significativa oportunidad para el mejoramiento en la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, en un contexto del reconocimiento de los derechos individuales de las mujeres y una relación médico-paciente más simétrica, en la cual los gineco-obstetras debemos asumir un rol de acompañamiento y respeto a la autonomía de las mujeres que recurran a nuestros servicios.

Es necesario capacitar a los equipos de salud en aspectos como la objeción de conciencia y la clarificación de los valores personales ante lo que las leyes aprobadas establezcan.

A su vez, cuidar que todas estas leyes y protocolos no sean sólo un texto una letra escrito, sino que se traduzcan en un verdadero acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Agradecimiento y reconocimientos:

Un profundo agradecimiento a la Dra. Sandra Vásquez (Directora Ejecutiva de FUSA, Argentina), destacada líder en el tema, por la revisión del presente documento, y sus valiosas observaciones y comentarios.

Un profundo reconocimiento a nuestros destacados colegas que han asumido un activo liderazgo en este tema, como Aníbal Faundes, Leonel Briozzo, Luis Tavara, Patricio Sanhueza, entre muchos otros, por su generosidad en contribuir a que cada vez más profesionales de salud se sumen a esta campaña a favor de la vida y la salud de las mujeres de nuestra región.

CONVOCATORIA FLASOG para apoyar Investigación regional o local sobre violencia

La deficiente salud sexual y reproductiva sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad fértil en el ámbito mundial, especialmente de aquellas que viven en países emergentes, como los de nuestra región. Las mujeres sufren las consecuencias de embarazos no deseados, mortalidad materna, infecciones de transmisión sexual, violencia de género y otros problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva. Estos problemas se profundizan por la falta de información y atención adecuada especialmente para la población de adolescentes. Por lo anterior el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG se ha comprometido con la defensa de los derechos de las mujeres, principalmente:

- El derecho a una maternidad saludable y segura
- El derecho a una vida sexual libre de violencia, de contraer infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados
- El derecho a regular la fertilidad a través del acceso a todos los métodos anticonceptivos, con énfasis en la anticoncepción de emergencia
- El derecho a interrumpir el embarazo, dentro del marco legal de cada país
- El derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva
- El derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

Con base en este compromiso y sabiendo que la violencia es un importante problema de salud pública que afecta a gran número de mujeres de la región, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos dentro de su plan de acción 2014-2017 incluyó una convocatoria regional para apoyar una investigación en Violencia.

Objetivo de la Convocatoria:

Apoyar con recursos propios de FLASOG una iniciativa de investigación innovadora en la región de América Latina y El Caribe en el campo de la Violencia contra la mujer.

Participantes:

Pueden ser personas, grupos de investigación u organizaciones

Apoyo financiero:

US 10.000 (diez mil dólares americanos)

Envío de las propuestas:

Deben enviarse bajo un pseudónimo al correo:

flasogcomitederechos@gmail.com a más tardar el día 30 de noviembre de 2015. Se sugiere abrir alguna cuenta de correo para este fin y así no poder identificar quien lo envía.

La propuesta debe contener:

RESUMEN DEL PROYECTO

JUSTIFICACIÓN E INTERES DEL PROYECTO

OBJETIVOS CONCRETOS

METODOLOGÍA

CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

APLICACIONES PRÁCTICAS DEL PROYECTO Y DE SUS RESULTADOS

BIBLIOGRAFÍA

Evaluación de las propuestas:

El grupo evaluador de Flasog cuenta con investigadoras(es) con experiencia en metodologías cuantitativas y cualitativas, así como personas expertas en violencia quienes revisarán y evaluarán las propuestas de manera independiente

Informe de resultados de la convocatoria:

El día 29 de febrero de 2016 se informará a quienes envíen sus propuestas el resultado

Actividades destacadas en la región

Argentina

“Protocolo para la atención integral de las mujeres con derecho a la interrupción legal del embarazo”

*Sandra Vázquez. MD
Directora Ejecutiva FUSA*

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina actualizó la guía de atención de los abortos no punibles. El documento fue publicado en la página web de la cartera, y próximamente tendrá una versión impresa que será distribuida a profesionales de los centros asistenciales en capacitaciones.

Este protocolo es un paso hacia el pleno cumplimiento del fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que despejó las dudas que existían sobre el artículo 86 del Código Penal. En esa sentencia, el máximo tribunal estableció que el aborto no es punible cuando está en riesgo la vida o la salud de la mujer o cuando el embarazo es resultado de una violación y, en este último caso, aclaró que no es necesaria una denuncia policial previa. Sin embargo, y aunque el fallo fue dictado en marzo de 2012, hasta el día de hoy las mujeres siguen encontrando obstáculos para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.

Se trata de un protocolo de “aplicación obligatoria en todo el territorio argentino” y que debe ser puesto en práctica “por todas las instituciones sanitarias” públicas, privadas y de las obras sociales. Desde el título, muestra un cambio significativo, porque habla de la “interrupción legal de un embarazo” como un “derecho” de las mujeres, derriba mitos y limita el uso de la objeción de conciencia para evitar abusos que obstaculizan arbitrariamente el acceso a la práctica. Expresamente dice que “la decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las/los profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas”.

Desde las primeras páginas, el Ministerio establece que “el ejercicio de este derecho se encuentra enmarcado en los derechos sexuales y reproductivos como parte de los

derechos humanos” e implica “el acceso a una atención integral de calidad” que “asegure” el respeto por “la intimidad, y la autonomía, el flujo de la información clara y veraz, y el acceso a los adelantos tecnológicos e información científica actualizada”.

En la nueva guía trabajó un equipo médico y legal encabezado por la coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Dra. Adriana Alvarez. Colaboraron abogadas especializadas en derechos humanos y salud, y la ONG FUSA AC.

Con un diseño muy didáctico, cuenta con un flujograma que ofrece todas las posibilidades que pueden darse en el marco de la atención sanitaria frente las consultas por aborto y cómo dar respuesta de forma humanitaria a todas ellas.

Esperamos que este protocolo colabore ampliamente en garantizar en la práctica que cada niña, adolescente o mujer pueda acceder al aborto legal en cualquier sitio del país, sin trabas arbitrarias e ilegales.

Chile

El Legislativo chileno dio este martes el primer paso en lo que podría ser el camino hacia la despenalización del aborto.

La Comisión de Salud de la Cámara de Diputados dio luz verde a la iniciativa de legislar para que deje de ser delito la interrupción voluntaria del embarazo en caso de inviabilidad del feto, riesgo para la vida de la madre y violación.

La iniciativa contó con el visto bueno de ocho diputados del oficialista Nueva Mayoría. Cinco parlamentarios opositores se opusieron.

La medida había sido anunciada el pasado 21 de mayo por la presidenta, Michelle Bachelet.

Aunque el aborto terapéutico existió en Chile buena parte del siglo pasado, Augusto Pinochet lo convirtió en delito en las postrimerías de su régimen, en 1989.

Chile es uno de los pocos países del mundo donde interrumpir el embarazo es ilegal en todos los casos.

La iniciativa deberá ser discutida en la Cámara de Diputados antes de pasar al Senado.

República Dominicana

Protocolo de Aborto

José Figueroa. MD

*Director Médico Profamilia-República Dominicana
Coordinador para México y El Caribe del Comité
Derechos sexuales y reproductivos. Flasog*

Se participó en el comité de elaboración protocolo de aborto en representación de Profamilia y como miembro del comité de Comité Derechos sexuales y reproductivos de la Flasog. El Ministerio de Salud Pública facilitó la capacitación a los miembros del comité en la metodología sugerida para la elaboración del protocolo para asegurar

que la misma fuera la aplicada para elaboración de los demás protocolos. Se recibió asesoría por personas expertas de países de la región (Giselle Carino, Pio Ivan Gomez y Leonel Briozzo).

Se realizó un taller de tres días y al final se obtuvo el segundo borrador del protocolo, el cual fue revisado y ajustado posteriormente por el comité y consensuado por personal del Ministerio de Salud Pública.

Fue presentado y consensuado con universidades públicas y privadas, organizaciones de servicios y sociedades especializadas. En la primera semana de Julio se hizo entrega formal del protocolo al Viceministro de Salud responsable y se está a la espera que el Ministerio de Salud Pública haga la presentación formal del mismo para iniciar el proceso de socialización. Actualmente el protocolo está colgado temporalmente en la página Web del Ministerio con la finalidad de que la población general opine antes de su oficialización.

Actividades Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

- Envío de carta firmada por la Coordinación del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG dirigida a la opinión pública de Bolivia aclarando el mecanismo de acción de la Anticoncepción de Emergencia y los alcances en Salud Pública de la misma en un marco de Derechos. Esto como respuesta a medios de comunicación que tildaron la AE como “abortiva” en ese país.
- Envío de Concepto técnico sobre el uso del Miso-prostol en prevención y tratamiento de la hemorragia Posparto dirigida al Ministerio de Salud de Colombia, pues el ente regulador de medicamentos, incluyó esta molécula en el listado de control de estupefacientes, lo que además del desabastecimiento del producto, aumenta el mercado negro, donde se están poniendo a las mujeres de manera equivocada en una condición de ilegalidad, son las implicaciones en la reducción de la mortalidad materna por hemorragia posparto, en un país que está avanzando de manera importante en este indicador y que es un modelo para la región

Próximos eventos académicos



Invitamos dentro del marco de este evento a las siguientes conferencias:

Taller: Tools for Advocacy, Rights Education, and Health Care Quality – the FIGO Women Sexual Reproductive Human Rights and Women’s Health Project. Leslie Reagan, Diane Magrane, Pio Ivan Gomez, Pak Chung Ho, Adriana Lamackova, Stephen Munjanja, Christina Zampas, Jantine Jacobi

The scientific societies: More than just an annual congress -The successful experience of the Colombian Federation of Obstetrics and Gynecology (FECOLSOG).

1. De la cobertura a la calidad. Una estrategia efectiva para la reducción de la morbi mortalidad materna. Edgar Ivan Ortiz
2. Las guías de práctica clínica y las responsabilidades que generan en las sociedades científicas. Vilma Castilla
3. Prácticas obstétricas claves que salvan vidas. Una estrategia para el mejoramiento de competencias basada en simulación. María Fernanda Escobar
4. La educación virtual. Una opción válida en salud sexual y reproductiva. La experiencia Fecolsog. Jimmy Castaneda
5. Relaciones de las sociedades científicas con el estado y su impacto en las agremiaciones. Una experiencia exitosa y un cambio de paradigma. Juan Diego Villegas

FLASOG Beyond ODM 5.

1. La Realidad Latinoamericana frente al ODM 5 - Ricardo Fescina
 2. La seguridad de la atención de la emergencia Obstétrica. Una estrategia para la reducción de la Mortalidad Materna - Edgar Ivan Ortiz
 3. Mejoramiento de competencias para la atención obstétrica desde la perspectiva de FLASOG - Paulino Vigil De Gracia
 4. Los Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina - Pio Iván Gómez
 5. La violencia de género. Un nuevo reto - Diana Galimberti
- V Congreso Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad 3 al 04 de septiembre de 2015. Alcalá de Henares. Madrid, España
 - Segundo Congreso Latino de Endocrinología Ginecológica 10 al 12 de septiembre de 2015. Buenos Aires, Argentina
 - European Congenital Cytomegalovirus Initiative 13 al 15 de septiembre de 2015. Venecia, Italia
 - Fetal Growth 2015 14 al 16 de septiembre de 2015. Barcelona, España
 - VII Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual - I Evento Iberoamericano sobre Educación Integral de la Sexualidad 15 al 18 de septiembre de 2015. La Habana, Cuba
 - XXII World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility 17 al 20 de septiembre de 2015. Budapest, Hungría

- 30th International Papillomavirus Conference & Clinical Workshop (HPV 2015) del 17 al 21 de septiembre de 2015. Lisboa, Portugal
- IV Curso Superior Universitario Sobre la Utilización de Ozono en Medicina. Universidad de Buenos Aires 21 al 24 de septiembre de 2015. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- CoGEN: Controversies in preconception, preimplantation and prenatal genetic diagnosis: How will genetics technology drive the future? 25 al 27 de septiembre de 2015. Paris, Francia
- 4º Simposio de Ginecología, Obstetricia y Reproducción 1 al 2 de octubre de 2015. Barcelona, España
- 4º Simposio Nacional de Actualización en Formación de Cirugía Laparoscópica y Robótica en el Ámbito Multidisciplinario 2 al 03 de octubre de 2015. Cáceres, España
- XXI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics 4 al 9 de octubre de 2015. Vancouver, Canadá
- ASCCP-SPOG Curso de Colposcopia Avanzada 15 al 17 de octubre de 2015. Panama, Panamá
- World Congress on Controversies in Breast Cancer 22 al 24 de octubre de 2015. Melbourne, Australia
- 19th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology 24 al 27 de octubre de 2015. Niza, Francia
- Hands-On Obstetric & Pelvic Ultrasound Imaging and Doppler 2015 del 26 al 29 de octubre de 2015. Irving (Dallas), TX, Estados Unidos
- Hands-On Transvaginal Pelvic Ultrasound Imaging & Doppler 2015 30 de octubre de 2015. Irving (Dallas), TX, Estados Unidos
- IX Congreso Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología 5 al 7 de noviembre de 2015. Lima, Perú

- VIII Curso Nacional de Actualización En Medicina 7 al 14 de noviembre de 2015. Manta, Ecuador
- 42 Symposium Internacional Medicina Maternofetal 2.0 19 al 20 de noviembre de 2015. Barcelona, España
- XXIV Reunion Bienal de la Asociacion Latinoamericana de Investigadores en Reproduccion Humana (ALIHR) 19 al 21 de noviembre de 2015. Lima, Perú
- V Simposio de Medicina Fetal y Diagnóstico Ginecológico de Córdoba, Argentina. VII Jornada de Investigación de Sociedad Argentina de Diagnóstico Prenatal y Tratamiento 19 al 21 de noviembre de 2015. Córdoba, Argentina
- Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery (PAGS) Symposium 10 al 12 de diciembre de 2015. Las Vegas, Estados Unidos
- 4th International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy 27 de febrero al 1 de marzo de 2016. Las Vegas, Estados Unidos
- 14th Congress - 2nd Global Conference of the European Society of Contraception and Reproductive Health 4 al 7 de mayo de 2016. Basilea, Suiza
- 19th SIS World Congress on Breast Healthcare 5 al 8 de mayo de 2016. Varsovia, Polonia
- XXX Congreso Nacional de Obstetricia Y Ginecología 25 al 28 de mayo de 2016. Cali, Colombia
- -VI Congreso Nacional de Obstetricia Y Ginecología para Medicina General 29 al 31 de julio de 2016. Medellín, Colombia
- III Simposio Nacional de Obstetricia y Ginecología para Enfermería 23 y 24 de septiembre de 2016, Bogotá, Colombia
- XIII Congreso Internacional de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva 22 al 24 de Febrero de 2017. Cartagena, Colombia

Nuevos Libros y Guías

I. Ginecología Infanto Juvenil Un abordaje Interdisciplinario

"Ginecología infantojuvenil"

de La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

Ginecología infantojuvenil es una referencia fundamental para todos los profesionales de la salud interesados en la problemática de la infancia y la adolescencia, desde un punto de vista biológico, psicológico y sociocultural.



Consultas y adquisición

Sede SAGIJ
Tel.: (54-11) 4373-2002
Paraná 326, 9° piso "36"
Ciudad de Buenos Aires - República Argentina
Mail: sagij@sagij.org.ar

2. Atención de la salud integral de las personas trans. Guía para equipos de salud



La sanción de la Ley de Identidad de Género en Argentina marca un hito a nivel local e internacional. Es la primera vez que desde el Estado se reconoce los derechos de las personas trans, sin enmarcarlas como una patología, ni judicializarlas. Esta acción configura un paso más hacia la ampliación de derechos. En este marco, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a través de esta publicación, propone lineamientos destinados a los equipos de salud que tienden a favorecer el acceso de todas las personas a una atención integrada e integral de la salud, mediante un trato digno, y acorde con la normativa vigente. En esta herramienta de trabajo se sientan las bases para un modelo de atención despatologizador. Confluyen aquí la sistematización de información basada en la evidencia científica disponible y la experiencia de profesionales y equipos de salud que vienen trabajando en el tema, así como de referentes de organizaciones trans y LGTBIQ.

Entre sus contenidos se destacan el análisis del derecho a la identidad de género y una guía práctica sobre la atención en salud en relación a los procesos de modificación corporal, las técnicas no invasivas, uso hormonal y las cirugías.

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>

Resúmenes de artículos

I. Attitudes and Acceptability on HIV Self-testing Among Key Populations: A Literature Review

Actitudes y aceptabilidad sobre Auto-prueba de VIH en poblaciones clave: Una revisión de la literatura

Carmen Figueroa, Cheryl Johnson, Annette Verster, Rachel Baggaley.

AIDS Behav, 2015

DOI 10.1007/s10461-015-1097-8

Introducción:

A nivel mundial, aproximadamente el 40% de las nuevas infecciones de VIH en adultos son entre grupos de población clave (Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores del sexo, usuarios de drogas intravenosas, personas transgénero y reclusos). No obstante, el acceso a la prueba del VIH entre estos grupos es subóptimo en todo el mundo. La prueba casera del VIH es una posible alternativa para reducir las disparidades existentes en la cobertura y el acceso al diagnóstico del VIH, particularmente entre las poblaciones claves que presentan mayor dificultad para acceder a los servicios.

Objetivos:

Conocer la aceptabilidad y los valores y preferencias acerca de la prueba casera del VIH, particularmente entre los grupos de población clave.

Métodos:

Entre abril y julio de 2014 consultamos de forma sistemática 5 bases de datos electrónicas desde enero de 1995 hasta julio de 2014. Se incluyeron artículos publicados, resúmenes de congreso y literatura gris sobre los valores y preferencias y la aceptabilidad de la prueba casera entre

cualquier grupo de población clave. Los datos fueron analizados según el ingreso económico de cada país, según la clasificación del Banco Mundial; el tipo de muestra (fluido oral o sangre), nivel de asistencia ofertada y otros aspectos cualitativos.

Resultados:

Veinte y tres estudios cumplieron nuestros criterios de inclusión. Todos describieron los valores y las preferencias de la prueba casera; y 14 describieron su aceptabilidad (Figura 1). La mayoría de los estudios fueron en países con altos ingresos y entre HSH, quienes encontraron que la prueba casera es aceptable ($\geq 67\%$). Los HSH están interesados en la prueba casera por su conveniencia y privacidad. Varios estudios reportaron que los HSH usar la prueba sin necesidad de una receta médica o a través del Internet. La disponibilidad para pagar por la prueba se basó en la clasificación económica del país; los participantes en países de altos ingresos se mostraron dispuestos a pagar más (US\$ 20 a US\$ 50). No se reportó ningún efecto adverso. Cinco estudios reportaron sobre la vinculación a la atención sanitaria, la mayoría de los participantes (rango: 81.6%100%) declararon que en caso de recibir un resultado positivo, buscarían atención sanitaria posteriormente.

Conclusiones:

La prueba casera para el VIH es aceptada entre los HSH. La aceptabilidad y los valores y preferencias fueron similares entre los estudios, independientemente de la oferta de asistencia al realizar la prueba (con o sin supervisión) o el tipo de muestra (sangre o fluido oral). La privacidad y la conveniencia son cualidades importantes de la prueba casera entre los HSH, sin embargo, les preocupa la falta de consejería mientras realizan la prueba, los errores de usuario y la baja precisión de la prueba. Prácticamente no existe información entre los demás grupos de población clave y en entornos de bajos o medianos ingresos.

Día Mundial de la Anticoncepción

25 de Septiembre de 2015

Invitamos a las Sociedades científicas a realizar actos conmemorativos de ese día.

La FLASOG se adhiere al igual que la CIC (Confederación Iberoamericana de Contracepción) al MANIFIESTO DEL DÍA MUNDIAL DE LA ANTICONCEPCIÓN realizado por la Fundación Española de Contracepción.



MANIFIESTO DÍA MUNDIAL DE LA ANTICONCEPCIÓN 2015

La Educación Sexual es invertir en salud

Es tu vida, es tu futuro, es el lema que cada año pone en actualidad el Día Mundial de la Anticoncepción y que desde su inicio la Fundación Española de Contracepción viene celebrando al objeto de concienciar de la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva.

El derecho a una sexualidad libre y responsable, el libre acceso a los métodos anticonceptivos sin prejuicios ideológicos y el conocimiento riguroso y científico que la ciencia aporta son elementos decisivos que forman parte de la calidad de vida de una sociedad libre y democrática que establece los derechos de la mujer a tomar sus propias decisiones.

Pero con solo los avances de la comunidad científica no es suficiente para que las mujeres y los hombres disfruten de una sexualidad plena y segura; es necesario profundizar en la educación de nuestros niños y niñas, en nuestros jóvenes en su etapa formativa, que les ayude desde el consejo de profesionales especialmente formados en la tarea educativa de explicar, de enseñar.

El desconocimiento que implica el silencio y la no educación se transforman en comportamientos no deseables que en ocasiones y desgraciadamente dan lugar a escenarios de violencia de género, en todas sus variantes, lenguaje sexista, incitación a la desigualdad de género, abuso escolar y todo aquello que la falta de explicación y enseñanza lo convierten día a día en noticias desgraciadas.

La **educación sexual** no solo evita enfermedades o infecciones, sino que además contribuye a la formación integral de las personas educándolas en el respeto y no discriminación por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

La **educación sexual** incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

Por ello este Día Mundial proclamamos la necesidad de concienciación de nuestros representantes y autoridades políticas, en que la **Educación Sexual** debe formar parte del contenido formativo y docente en las Escuelas, Colegios y Universidades, impartido con el único objeto de formar en ese proyecto integrador y tan necesario como es la Igualdad.

La **educación sexual** debe ser la vanguardia en la lucha contra esos escenarios, viejos escenarios que desgarran cada día a nuestra sociedad.

¿Cómo no vamos a enseñar a nuestros hijos/as que la sexualidad vive con nosotros, con cada uno de nosotros, desde siempre y para siempre?

Fundación Española de Contracepción



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAITÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

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

www.flasog.org