



1. Director Asociado de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia
2. Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG)

Financiamiento: Autofinanciado

Conflicto de intereses: El autor declara no tener algún conflicto de intereses.

Recibido: 3 julio 2017

Aceptado: 10 julio 2017

Correspondencia:

Dr. Luis Távara Orozco

✉ luis.tavara@gmail.com

Citar como: Távara Orozco L. Contribución de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología al desarrollo de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos en Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(3):393-408

Contribución de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología al desarrollo de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos en Perú

Contribution of the Peruvian Society of Obstetrics and Gynecology to the development of sexual and reproductive health and sexual and reproductive rights in Peru

Luis Távara Orozco^{1,2}

RESUMEN

Objetivo. Verificar el número de publicaciones y la temática en relación a la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos que ha producido la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología aparecidas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia y otras publicaciones desde el año 1993 al año 2016.

Metodología. Se revisó los archivos electrónicos de la Revista y se identificó los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos que han sido publicados desde el año 1993 hasta el año 2016, período de vigencia del actual Comité Editorial. Los títulos relacionados fueron agrupados para facilitar su clasificación y aparecen en forma correlativa de acuerdo a su fecha de publicación. Se revisó también la publicación de otros documentos en ese mismo período. **Resultados.** Se encontró en la Revista un total de 130 trabajos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos publicados, que representan 14,18 del total de publicaciones en este período. La mayor proporción de trabajos publicados estuvo relacionada con la mortalidad materna y con la planificación familiar. Además se encontró 74 trabajos publicados en otros documentos y 3 libros. **Conclusión.** La mayor proporción de trabajos publicados sobre salud sexual y reproductiva estuvo relacionada con la mortalidad materna y con la planificación familiar.

Palabras clave. Derechos Humanos; Derechos Sexuales y Reproductivos; Salud Sexual y Reproductiva; Publicaciones; Perú.

ABSTRACT

Objective: To determine the number of articles and topics related to sexual and reproductive health and sexual and reproductive rights that have been published by Peruvian Society of Obstetrics and Gynecology in The Peruvian Journal of Gynecology and Obstetrics and other publications in the period 1993-2016. **Methods:** We reviewed the Journal database and identified issues related to sexual and reproductive health and sexual and reproductive rights published during 1993-2016, the term of the current Editorial Board. Related titles were grouped in order to facilitate their classification and appear consecutively according to date of publication. In addition, other publications of the Peruvian Society of Obstetrics and Gynecology during the same period were revised. **Results:** A total of 130 articles on sexual and reproductive health and sexual and reproductive rights were published in The Peruvian Journal of Gynecology and Obstetrics representing 14.18% of the total number of articles in this period. The highest proportion of papers was related to maternal mortality and family planning. In addition we found 74 papers published in other documents and 3 books. **Conclusion:** The highest proportion of papers on sexual and reproductive health was related to maternal mortality and family planning.

Keywords: Human Rights; Reproductive Rights; Women's Rights; Reproductive Health; Sexual Health; Publications; Peru.



INTRODUCCIÓN (*)

(*) El texto de la introducción se ha tomado mayormente de una publicación del autor que aparece con el número 3 de las referencias bibliográficas.

Hoy en día, el cuidado de la salud se debe hacer con un enfoque de derechos humanos (DH) que se fundamenta en el respeto hacia la dignidad de las personas, dado que el ser humano es el centro de acción del Estado. Esto implica igualdad de trato y no discriminación en la atención de la salud⁽¹⁻³⁾.

Los DH son una facultad o prerrogativa de las personas de exigir de un tercero una determinada conducta. Representan la expresión de ciertos valores: dignidad, libertad, igualdad. Se refiere a los derechos de los ciudadanos frente al Estado y frente a la comunidad. El Estado tiene la obligación de garantizar el goce y el acceso a los derechos, no obstaculizar que las personas disfruten de un derecho, eliminar las barreras que impiden el goce y el acceso a los derechos. Ello implica adecuar las leyes y/o su interpretación. Los DH son interdependientes, tienen progresividad y deben ser interpretados lo más favorablemente a las personas (*pro homine*)⁽⁴⁾.

Se puede decir que los DH son universales; los Estados son responsables de su protección y de su violación; deben ser garantizados sin discriminación; no son discrecionales, no son metas sociales ni aspiraciones políticas; tienen mecanismos legales y políticos para establecer el rendimiento de cuentas y las responsabilidades, y su protección y promoción es de interés legítimo de la comunidad internacional⁽⁵⁾.

En el marco normativo internacional se reconoce los derechos sexuales y reproductivos (DSyR) como derechos humanos, es decir como parte indivisible, integral e inalienable de los DH universales. Sin embargo, la realidad nos muestra que en el desarrollo de estos derechos aún persisten los bajos niveles de reconocimiento, profundización y ejercicio, especialmente entre los sectores más vulnerables de la población. En prácticamente todos y cada uno de los derechos existen deficiencias y obstáculos muy difíciles de superar, incluso en los aspectos más elementales⁽⁶⁾.

Los DSyR son DH universales, basados en la libertad, dignidad e igualdad, inherentes a todos los seres humanos⁽⁵⁻⁹⁾.

La sexualidad es un aspecto natural y precioso de la vida; es una parte esencial y fundamental de nuestra humanidad. Para que las personas logren el más alto estándar de salud deben primero estar empoderadas para ejercer sus decisiones en cuanto a su vida sexual y reproductiva; deben sentir confianza y seguridad para expresar su propia identidad sexual. En la actualidad, la discriminación, el estigma, el temor y la violencia plantean amenazas reales para muchas personas. Esas amenazas y las acciones que desencadenan impiden que muchas personas puedan ejercer sus derechos sexuales (DS) y alcanzar su salud sexual. Los DS deben ser respetados en toda prestación de servicios^(10,11).

Los DS deben garantizar la salud sexual, que significa tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, esto es, libre de enfermedades, lesiones, violencia, discapacidad, dolor innecesario o riesgo de muerte. De otro lado, los derechos reproductivos (DR) deben garantizar la salud reproductiva (SR), que es un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos^(7,8).

El concepto de salud reproductiva es uno de los hitos de la historia social del siglo XX. Se desarrolló como resultado de la experiencia durante las décadas de 1970 y 1980 y adquirió validez universal con el consenso de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de 1994, en El Cairo. La diferencia entre las mujeres de los países ricos y pobres radica en el nivel de SR^(8,9).

Muchos de los problemas de salud relacionados al sexo o a la sexualidad dependen de la naturaleza de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Un indicador clave de las diferencias entre hombres y mujeres es la muerte materna (MM). Como sabemos, no existe 'muerte paterna' relacionada al embarazo o al parto, porque esta solo ocurre en las mujeres. Una de las principales causas de MM es el aborto, que los hombres tampoco lo padecen⁽²⁾.



A lo anterior debemos además sumar que las mujeres padecen más violencia basada en género⁽¹²⁾, mayor carga de infecciones de transmisión sexual (ITS), que cada vez es más frecuente la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a punto de partida de relaciones heterosexuales; y como si eso fuera poco, las mujeres padecen más inequidades sociales y económicas, al disponer de menor educación, menor capacidad económica y menor capacidad de decisión⁽³⁾.

Una perspectiva de género y derechos se mueve más allá de las explicaciones biológicas de la vulnerabilidad de las mujeres a los desórdenes mentales para considerar su vulnerabilidad a un rango de violaciones de sus DH. Esta vulnerabilidad tiene que ver poco con la biología y contrariamente mucho que hacer con las inequidades de poder y de recursos basados en género⁽¹³⁾.

COMPROMISO DE LAS SOCIEDADES MÉDICO CIENTÍFICAS

En el año 2002, durante el Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología llevado a cabo en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) creó oficialmente el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos (Comité de DSyR) y en ese mismo Congreso, la Asamblea de FLASOG aprobó la Declaración de Santa Cruz, dentro de la cual asumió la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

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. Siendo la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) filial de la FLASOG, vamos a examinar el rol cumplido por esta Sociedad Científica a través de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (RPGO) y otras publicaciones durante los últimos 23 años en el desarrollo y consolidación de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y los DSyR en el país.

MÉTODOS

La presente investigación se realizó con el objetivo de verificar en cuánto y cómo la SPOG a través de la RPGO y otras publicaciones, ha contribuido con desarrollar y afianzar la SSyR y los DSyR entre los médicos ginecoobstetras peruanos.

Para ello se revisó los archivos electrónicos de la RPGO y se identificó los temas relacionados con la SSyR y los DSyR que han sido publicados desde el año 1993 hasta el año 2016, período de vigencia del actual Comité Editorial. Además se revisó otras publicaciones relacionadas con la SSyR y los DSyR en este mismo período. Fueron agrupados para facilitar su clasificación y aparecen en la sección de resultados en forma correlativa de acuerdo a su fecha de publicación.

RESULTADOS

A.- PUBLICACIONES EN LA REVISTA PERUANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Durante el período de 23 años transcurridos han sido publicados 11 trabajos en relación al tema:

- Rol de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en la salud integral de la mujer
- Salud reproductiva
- Análisis de la capacitación en salud reproductiva a nivel de pre grado
- Conocimiento de salud reproductiva en las púerperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1994
- Salud sexual y reproductiva de jóvenes residentes en un distrito de Lima
- III Taller Latinoamericano de mortalidad materna y de derechos sexuales y reproductivos
- Symposium: Bioética en salud sexual y reproductiva
- Secreto profesional y confidencialidad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva
- El consentimiento informado en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva
- Derechos reproductivos.
- Contribución de RPGO a los Derechos sexuales y reproductivos



MATERNIDAD SEGURA Y MORTALIDAD MATERNA

Sobre maternidad segura han sido publicados cinco trabajos:

- Maternidad segura. Experiencia internacional
- Proyecto Maternidad sin riesgo: estrategia parto limpio
- Maternidad segura: una perspectiva para el siglo XXI
- Cómo lograr una maternidad segura en el Perú
- Una nueva herramienta analítica para programas de maternidad segura y saludable.

Sobre mortalidad materna se han publicado en la RPGO 38 trabajos:

- A propósito de la mortalidad materna
- El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna
- Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1985-1992
- Mortalidad materna
- Alto riesgo obstétrico, muerte materna
- Mortalidad materna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, IPPS 1958-1991
- Evolución de la mortalidad materna en el Cono Sur de Lima
- Mortalidad materna en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (1985-1992)
- Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna
- Mortalidad materna en el Callejón de Huaylas (1981-1995), Región Chavín
- Mortalidad materna en el Perú, responsabilidad de todos
- Mortalidad materna en países Bolivarianos

- Mortalidad materna en tres hospitales de Trujillo
- Mortalidad materna en el Instituto Materno Perinatal en el quinquenio 1991-1995
- Mortalidad materna 1958-1996. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins- 38 años
- Diez años de mortalidad materna en el Hospital "María Auxiliadora": Análisis de las causas
- Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú
- La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal
- Mortalidad materna y perinatal en el distrito de Yauli, Huancavelica, 1997
- Mortalidad materna y perinatal en el Síndrome HELLP en el Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Eclampsia y mortalidad materna y perinatal. Hospital Cayetano Heredia. Julio 1991-Diciembre 1997
- Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios como estrategia para reducir la mortalidad materna y perinatal
- Mortalidad materna 1991-1999. Hospital Regional de Loreto
- Mortalidad materna en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" 1991-1999
- Mortalidad materna. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud 1958-2002
- Mortalidad materna. Experiencia de 4 años en el Hospital Nacional "Cayetano Heredia"
- Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú
- Rol de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en la toma de decisiones



- Mortalidad materna en la División de Salud Lima Ciudad V. 2000-2004
- Mortalidad materna. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2000-2004
- Factores relacionados a la mortalidad materna en la Región Loreto, 1999-2002
- Intervenciones para reducir la mortalidad materna en el Perú
- Aborto como causa de muerte materna
- Introducción: Los cuidados obstétricos de emergencia como estrategia para la reducción de la muerte materna
- Mortalidad materna
- Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash
- Tendencia de la mortalidad materna en el Perú. Desafíos pendientes.
- Mortalidad Materna
- Barreras médicas para la anticoncepción
- Vasectomía sin bisturí en el Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Anticoncepción en adolescentes
- Inserción del DIU posparto en el Perú: Experiencia en nueve hospitales
- Anticoncepción posparto; experiencia del Hospital María Auxiliadora
- Avances en anticoncepción
- Barreras en anticoncepción
- Anticoncepción posparto
- Tres años de experiencia con el dispositivo intrauterino medicado con cobre (TCu-380 A) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria en pacientes en el Centro de Salud Colcabamba, Tayacaja, Huancavelica
- Conocimientos y actitudes en relación a la AQV en las mujeres en edad fértil de la localidad de Nueva Cajamarca-Región San Martín

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Tres publicaciones se dieron durante este período:

- Consejería y anticoncepción postaborto
- Paternidad responsable
- La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna.

ANTICONCEPCIÓN

En el período que abarca este estudio se publicaron 22 trabajos:

- Anticoncepción quirúrgica
- Inserción transcesárea del DIU TCu 200 filamento largo
- Experiencia con el implante de levonorgestrel en el Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Satisfacción de las usuarias de implantes de levonorgestrel. Experiencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Electrocoagulación tubárica monopolar con sección y remoción como método de esterilización quirúrgica permanente
- Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú
- Anticoncepción



- Proyecto PIENSA (Programa de investigación y educación en Salud Reproductiva): impacto de la asesoría en la elección anticonceptiva en mujeres peruanas.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Se publicó tres trabajos en este período de 23 años:

- Declaración del Colegio Médico del Perú sobre la anticoncepción oral de emergencia
- Comunicado de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología sobre la anticoncepción oral de emergencia
- Por qué se retrasa el uso de la anticoncepción oral de emergencia en el Sector Público.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Durante este período se publicó 6 trabajos:

- Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva
- Repercusiones de la violencia basada en género sobre la salud de las mujeres
- Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género
- Perspectiva de las mujeres acerca de la violencia basada en género como factor de empobrecimiento
- Manejo de la violencia sexual
- El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual.

Como se puede verificar, es muy poca la atención que se le ha podido conceder a este tema desde las publicaciones en RPGO. La violencia contra la mujer es la 'patología' más frecuente que se encuentra y, sin embargo, no merece el mismo interés que otros temas. Bien vale la pena revertir este vacío en los próximos años.

ABORTO

En este rubro fueron publicados 24 trabajos:

- Reflexiones sobre el aborto. Editorial

- Manejo ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los costos
- Características del aborto en las adolescentes del Hospital Dos de Mayo
- Misoprostol intravaginal en el tratamiento del aborto retenido
- Aborto como problema de salud
- Aborto recurrente
- Aborto séptico: manejo
- Atención humanizada del aborto incompleto: tres técnicas de manejo ambulatorio, reducción de costos y planificación familiar post aborto
- Factores etiológicos implicados en el aborto recurrente
- El aborto como problema de salud en Piura metropolitana
- Aborto séptico en adolescentes
- Eficacia del misoprostol vía intracervical y oral en aborto frustrado y óbito fetal
- El aborto como problema de salud pública en el Perú
- Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública
- Manejo del aborto
- Clarificación de valores para la transformación de actitudes; una herramienta para el mejoramiento de la calidad de la asistencia a mujeres en situación de aborto
- Costos de la atención post aborto en hospitales de Lima, Perú
- Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol
- Opiniones, percepciones y prácticas de médicos ginecoobstetras respecto a informar de



- las pacientes con aborto inducido a la Policía, Lima-Perú 2014.
- Controversias en el tratamiento del aborto incompleto. AMEU vs tratamiento médico con misoprostol
- Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos
- Barreras para el aborto seguro en el marco de la ley peruana
- Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el aborto en una muestra de médicos ginecoobstetras de Ecuador
- Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013.
- Atención en el consultorio de ginecoobstetricia de la adolescente
- Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue, Lima-Perú
- Aborto en adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Embarazo en adolescentes
- Complicaciones materno-perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control
- Embarazo en adolescentes
- Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia.
- Características y riesgos de gestantes adolescentes
- Embarazo en adolescentes de Jalisco, México, una mirada desde la marginación social.

ADOLESCENTES

En este rubro se dispone de 18 publicaciones:

- La adolescencia como problema de salud reproductiva
- Conocimientos y actitudes sobre el embarazo y anticonceptivos en púerperas adolescentes
- Gestación en adolescentes: experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1992-1994
- Factores que determinan el uso de anticonceptivos en madres adolescentes
- El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos: adolescencia temprana, tardía y grupo control
- Embarazo en adolescentes. Estudio en Aco-bamba-Huancavelica, 1998
- Embarazo en adolescentes: enfoque de riesgo
- Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas
- Características de salud reproductiva en gestantes que acuden a un servicio de atención diferenciada para adolescentes

Para facilitar la lectura de estos resultados hemos elaborado la tabla 1. Sobre un total de 917 trabajos publicados en la RPGO en este período se encontró 130 relacionados con la SSyR y los DSyR, que se distribuyen de la forma que se señala.

B.- OTRAS PUBLICACIONES

- En 1983 se llevó a cabo y publicó el libro sobre Seminario Taller Salud Materna y Riesgo Reproductivo, Aborto y Esterilización. Lima: SPOG
- La SPOG, en 1988 patrocinó la investigación y la publicación del Libro "Muerte materna y perinatal en los hospitales del Perú"
- En el Tomo del X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología (1990) se publica 5 trabajos: La Mortalidad Materna en el Perú, Estrategias de intervención para reducir la mortalidad materna, Mortalidad Materna Hospitalaria y Comportamiento Reproductivo de las Adolescentes
- En el Tomo del XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología (1993) se publica



8 trabajos: La Adolescencia como Problema de la Salud Reproductiva, Mortalidad Materna, Maternidad sin riesgo, alto riesgo obstétrico, Muerte Materna, Maternidad Segura, experiencia internacional, Proyecto Maternidad sin riesgo, estrategia parto limpio, Mortalidad Materna en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, IPSS, Evolución de la mortalidad materna en el Cono Sur de Lima, Mortalidad Materna en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1985-1992

- En el Tomo del XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología (1996) se publica 22 trabajos: Epidemiología del Aborto, Rol del aborto en la transición demográfica, Fisiopatología clínica del aborto séptico, Manejo del aborto séptico Técnicas de atención del aborto incompleto, Profilaxis del aborto, Sexualidad en la menopausia, Enfermedades de transmisión sexual, SIDA y gestación, epidemiología, Mortalidad materna en países bolivarianos, Mortalidad materna en el Perú, Mortalidad materna en Venezuela, Nueva generación de anticonceptivos orales, Experiencia clínica con anticonceptivos de clase 20, Anticoncepción quirúrgica, Anticoncepción y lactancia, Barreras médicas en anticoncepción, Anticonceptivos postparto, La atención postaborto como estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad materna, Mitos y realidades en anticoncepción hormonal, La adolescente embarazada,.
- En las Memorias del Congreso Peruano Extraordinario de Obstetricia y Ginecología (1997) se publica 22 trabajos: Consideraciones epidemiológicas del aborto, Expansión de los servicios de atención ambulatoria del aborto incompleto a otros hospitales del Perú, Aspectos no médicos del aborto, Programas de atención postaborto en la Américas, Aborto, responsabilidad profesional del obstetra-ginecólogo, La atención postaborto desde la perspectiva de la mujer, un punto de vista olvidado, Iniciativas internacionales para la reducción de la mortalidad materna, Factores de riesgo y mortalidad materna, Propuesta de un modelo de vigilancia epidemiológica de la salud materna perinatal e infantil con participación comunitaria e intersectorial,

Mortalidad materna, Estructura y funcionamiento de los comités institucionales de estudio en mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Prevención del embarazo en mujeres con alto riesgo de aborto, resultado de un proyecto de intervención en la comunidad, Aspectos importantes de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, Razones para desarrollar un anticonceptivo oral de 20 mcg de etinil estradiol y gestodeno, Experiencia clínica mundial con un contraceptivo hormonal oral conteniendo 20 mcg de etinil estradiol y 75 mcg de gestodeno, Dispositivos intrauterinos, Anticoncepción hormonal inyectable, Estado actual de la anticoncepción quirúrgica en el Perú, La condición de la salud reproductiva en la adolescencia en América Latina y El Caribe, Salud reproductiva de los adolescentes, aspectos clínicos, Programa de educación sexual y prevención de embarazo en escolares, Anticoncepción en la adolescencia, Fisiopatología del dolor del parto, Psicoprofilaxis obstétrica, La psicoprofilaxis, una experiencia personal y profesional.

- En los Tópicos Selectos del XVIII congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia (2010) se publica 16 trabajos: Situación de la prevención de la mortalidad materna en el Perú, Mortalidad materna en las Américas, Morbilidad materna extrema, Salvando vidas, Proyecto FIGO, Espaciamiento óptimo del embarazo, Efectos metabólicos de los anticonceptivos hormonales, Mineralización ósea y anticoncepción en la adolescencia, Anticoncepción en la mujer con VIH-sida, Avances en la iniciativa FIGO Prevención del aborto inseguro, Situación actual de la salud del adolescente en el Perú, Sexualidad en la adolescente, Prevención del embarazo en adolescentes en las Américas, Embarazo y parto en la adolescente en el Perú, Violencia basada en género, Evaluación de la integridad sexual, Derechos sexuales y reproductivos en el Perú.
- En el año 2004 el Ministerio de Salud publicó las Guías Nacionales de Atención de la Salud Sexual y Reproductiva, documento en cuya elaboración hubo una importante participación de la SPOG.



DISCUSIÓN

EN RELACIÓN A LA RPGO

En los 23 años transcurridos del presente Comité Editorial de la RPGO de la SPOG se han publicado 130 trabajos en relación a la SSyR y los DSyR de las mujeres peruanas y se aprecia un avance importante no solo en el número de artículos sino en la incorporación que han hecho los diferentes autores al identificar en el tema abordado por ellos el derecho que tienen las mujeres a disfrutar de una salud sexual y reproductiva, sin los riesgos que implica la falta de cuidados de la salud. Se habla cada vez con más énfasis de los derechos de las mujeres.

DERECHO A UNA MATERNIDAD SEGURA Y A EVITAR LA MORTALIDAD MATERNA (MM)

La mortalidad materna es definida como la muerte de mujeres durante el embarazo o dentro de los 42 días de terminado el embarazo, a despecho de la duración y lugar del embarazo, por causas relacionadas o agravadas por la gestación o su manejo; pero no incluye las causas incidentales o accidentales⁽¹⁵⁾. Es el indicador más sensible del nivel de atención de la salud reproductiva, porque usualmente expresa las grandes brechas existentes dentro de las poblaciones, en donde son las mujeres más desprotegidas, excluidas y discriminadas las que terminan su embarazo con una trágica muerte⁽¹⁶⁾.

Después de que se lanzó la Iniciativa por una Maternidad Segura en Nairobi-Kenya, en el año 1987, se desarrollaron muchas intervenciones para lograr la reducción de las muertes maternas. En vista del escaso progreso alcanzado en los años siguientes se hizo una reevaluación de lo actuado, llegando a determinarse que las intervenciones más eficaces para enfrentar las muertes eran^(5,17,18):

- El cuidado intraparto en las unidades de salud por personal calificado,
- Cuidados obstétricos de emergencia,
- Cuidado prenatal,
- Cuidado posparto,
- Planificación familiar,

- Aborto en condiciones seguras,
- No descuidar el origen multifactorial que tienen las muertes maternas.

La presente revisión nos evidencia que el tema que ha merecido el mayor número de publicaciones en la RPGO es el de mortalidad materna y maternidad segura (poco más de la tercera parte). Se puede advertir que muchas de las intervenciones antes mencionadas han sido llevadas a cabo en el Perú en los últimos años al haberse aumentado la proporción de mujeres embarazadas que tienen cuidado prenatal institucional (más del 90%), la atención del parto por personal calificado en los servicios de salud (más del 80%), al haber reducido las brechas de acceso a los servicios mediante el Seguro Integral de Salud (SIS) y las casas de espera, al haberse operado la atención del parto con enfoque intercultural y otras medidas coadyuvantes, al mejorar el manejo de las emergencias obstétricas, intervenciones que nos han acercado mucho al cumplimiento del Objetivo 5 del Milenio⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, para poder avanzar más rápidamente en este campo será necesario enfatizar intervenciones complementarias, como⁽²⁰⁾:

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

Así mismo,

- Empoderar a las mujeres, mediante la mejor información, acceso a la educación, igualdad de oportunidades y reconocer su derecho a tomar sus propias decisiones.

De otro lado,

- Ampliar los servicios de salud,
- Mejoramiento de la calidad de los servicios,
- Mejorar el desempeño de los profesionales de la salud,
- Atención humanizada del embarazo, aborto y parto con criterio integral de salud,



- Cuidar de los embarazos no deseados y de aquellos que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres.
- Poner énfasis en la identificación y manejo de la morbilidad materna extremadamente grave

DERECHO A ACCEDER A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Entre los temas de planificación familiar (PF), anticoncepción y anticoncepción de emergencia han sido publicados 28 trabajos, y por tanto ocupan el segundo lugar, después de la mortalidad materna.

Sigmund Freud, desde antes que se definiera la salud sexual y reproductiva (SSyR) y los DSyR, expresaba “Uno de los mayores triunfos de la humanidad sería elevar la responsabilidad del acto de la reproducción a un nivel de acción voluntaria e intencional”, como queriéndonos decir que la función reproductiva debe estar supeditada a la decisión y a la voluntad de los individuos y no a un hecho fortuito, impuesto por terceras personas, o por la sociedad. Justamente la planificación familiar y la anticoncepción en este tema tienen un rol importante. El *Population Reference Bureau* sostiene que todo embarazo debe ser deseado y que gracias a la revolución de la tecnología, hoy en día la fecundidad debe ser lograda por elección, lo que ha conducido a una disminución significativa de la tasa de fecundidad y por tanto a la disminución del riesgo que representan el embarazo y el parto⁽²¹⁾.

La PF es una medida de prevención primaria, eficaz para reducir el embarazo no deseado. De los datos disponibles hoy en día se puede afirmar que un cuarto a dos quintas partes de las MM pueden ser eliminadas si se evitan estos embarazos a través de la anticoncepción⁽²²⁾.

No obstante el avance en el uso de métodos anticonceptivos, aun hay en el mundo y en el Perú grupos poblacionales en los que ocurre una importante demanda insatisfecha de planificación familiar^(23,24), hecho que debe ser manejado cuidadosamente porque existe una relación directa entre la razón de muerte materna y la mayor demanda insatisfecha de PF, conforme se ha podido encontrar en un estudio no publicado del Ministerio de Salud.

A este comentario habría que agregar las dificultades existentes para el acceso a la anticoncepción oral de emergencia en los servicios públicos por la sentencia del Tribunal Constitucional, que agrega a nuestro país al grupo de aquellos que subutilizan este recurso valioso, que según los expertos podría prevenir al menos 75% de los embarazos no deseados⁽²⁵⁾.

Para cumplir con el derecho que tienen las mujeres a regular su propia fecundidad, quedan entonces en el Perú asuntos pendientes en PF, como⁽²⁴⁾:

- Ampliar los servicios de PF,
- Disponer de una gama mayor de métodos anticonceptivos (MAC) incluyendo la anticoncepción de emergencia,
- Asegurar una buena logística,
- Mejorar la calidad de atención y la elección de las personas usuarias,
- Promover el uso de anticonceptivos reversibles de larga duración, y
- Reducir las necesidades insatisfechas en anticoncepción.

DERECHO A DISFRUTAR DE UNA VIDA SEXUAL LIBRE DE VIOLENCIA Y DEL RIESGO DE UN EMBARAZO NO DESEADO

Solo han sido publicados 6 trabajos acerca del tema de violencia contra la mujer, no obstante su alta frecuencia de presentación entre las mujeres peruanas⁽²⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia contra las mujeres como cualquier acto de violencia basado en género que resulta en daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento de las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida pública o privada. Seis de cada 10 mujeres sufren violencia física o sexual a lo largo de su vida, 7 a 36% de las mujeres padecen violencia sexual en la niñez y 6 a 59% de mujeres sufren violencia sexual después de los 15 años. La violencia por la pareja íntima es la forma más común de violencia contra la mujer en todo el mundo⁽²⁷⁾.



ENDES 2010 encuentra que 38,4% de las mujeres peruanas en edad fértil han padecido alguna vez violencia física de parte de sus parejas y 18,1% de parte de otras personas, lo que las sitúa dentro de las personas que más padecen de este mal en el mundo⁽²⁸⁾.

Disfrutar la sexualidad sin violencia es un derecho humano básico; sin embargo, en todos los países la violencia sexual expresada en diversas formas afecta a las mujeres de los diferentes grupos. Las mujeres que se encuentran más desamparadas y las que viven en escenarios de disturbios civiles, conflictos o guerra corren aun mayor riesgo de padecer la violencia. La edad no es una barrera que evita la violencia, puesto que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas pueden sufrir lesiones físicas y psicológicas y, en casos extremos, la muerte. Sin embargo, son las mujeres en edad reproductiva las que quizás afrontan las mayores consecuencias. Si la mujer es víctima de violencia puede sufrir repercusiones que duran toda la vida, y las que padecen abuso durante la niñez corren aún mayores riesgos de convertirse en víctimas durante su edad adulta⁽²⁹⁾.

Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el abuso por parte de sus maridos o parejas íntimas, quienes la ejercen como una forma de control sobre ellas. La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. Para muchas mujeres la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo⁽²⁹⁾. Estudios efectuados en comunidad y al interior de los servicios de salud reproductiva en el Perú revelan que las cifras de violencia sexual contra las mujeres son relativamente altas cuando se las compara con las existentes en otras regiones del mundo^(26,30).

La violencia contra las mujeres en alguna de sus formas ocurre en cualquier momento en la vida de ellas y el embarazo no se comporta como un factor protector. La violencia durante el embarazo es más frecuente que cualquiera de las patologías de la gestación; lo que ocurre es que no se le detecta o, si se lo hace, no se le presta la debida importancia. En los servicios de salud reproductiva del Perú se encuentra que la violencia en cualquiera de sus formas ocurre en el 31,92% de las embarazadas; la violencia psicológica se

presenta en 23,32%, la violencia física en 7,41% y la violencia sexual en 7,09%, aunque con alguna frecuencia pueden coexistir dos o tres tipos de violencia sobre la misma mujer⁽³¹⁾.

La violencia sexual puede resultar en consecuencias de corto y largo plazo en la salud de las mujeres, incluyendo el trauma físico, la infección por VIH, el embarazo no deseado y el aborto inseguro. La vulnerabilidad a las ITS, incluyendo el VIH puede ser más alta que en el sexo no consensuado, debido al trauma genital y en el caso de perpetradores múltiples. El trauma psicológico resultante puede tener un efecto negativo sobre la conducta y relaciones sexuales, la capacidad para negociar el sexo seguro y un potencial aumento en el abuso de drogas^(32,33).

En relación a la violencia sexual es importante reconocer que la atención oportuna y de calidad tiene un impacto positivo y significativo en la atención de las consecuencias y en la prevención de complicaciones de la violación, que afectan la calidad de vida, al perpetuar los daños emocionales, biológicos y sociales, entre los que se encuentran el embarazo forzado y las infecciones de transmisión sexual⁽²⁹⁾. No obstante esta afirmación, en gran parte de América Latina y concretamente en el Perú no existen aun servicios integrales de atención a las víctimas de violencia sexual que aseguren una atención temprana.

Además del abordaje temprano de estos casos, para avanzar en este tema en el Perú se debe considerar ^(29,34):

- La legislación eficaz para manejar integralmente la violencia sexual (VS), la cual requiere de enlaces médico-jurídicos que funcionen para permitir el cumplimiento de la justicia y la prestación de servicios de salud para las sobrevivientes.
- El sector salud debe asumir los servicios de atención post-violación y recolectar y entregar evidencias al sistema judicial.
- Los servicios deben integrarse mediante referencias, usando directrices y vías de consulta, protocolos de tratamiento y procedimientos médico-jurídicos estandarizados.
- El sector salud es el nexo entre la prevención, tratamiento y rehabilitación que siguen a la



VS. Este sector debe proporcionar tratamiento clínico, terapia preventiva, apoyo psicológico, información y asesoría y coordinar la referencia de las víctimas a servicios especializados.

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

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

DERECHO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DENTRO DEL MARCO DE LA LEY

Solo 24 trabajos en relación al tema del aborto han sido publicados durante estos 23 años que venimos analizando en la RPGO. Curiosamente, cinco trabajos aparecen en relación al aborto inducido legalmente, pero en aspectos conceptuales y no de servicio. Los demás tienen que ver con complicaciones del aborto o con manejo del aborto incompleto, séptico o retenido.

A pesar de la alta prevalencia de anticonceptivos y la existencia de métodos seguros y eficaces de aborto, millones de 'abortos inseguros' continúan presentándose en el mundo cada año. Esto no solo ocurre porque ocasionalmente todos los métodos anticonceptivos (MAC) fallan y porque la gente tampoco los utiliza constantemente, dando lugar a embarazos no deseados, sino también porque millones de mujeres alrededor del mundo no tienen acceso a servicios de aborto seguro cuando ellas deciden terminar un embarazo dentro del marco que les permite la ley. En donde el aborto está legalmente restrin-

gido, algunas mujeres van a tener niños no deseados; sin embargo, la mayoría de las mujeres terminan teniendo abortos inseguros. Cualquiera sea el método de interrupción utilizado, el aborto puede ser incompleto o dar lugar a serias complicaciones; de allí la necesidad de un buen cuidado del postaborto en forma oportuna, porque su retraso amenaza la vida y la salud de las mujeres. De las fuentes de datos de la Organización Mundial de la Salud disponibles se estima que existen 21,6 millones de abortos inseguros en todo el mundo para el año 2008, lo que revela un aumento respecto a 2003 (19,7 millones)^(35,36).

En el Perú no conocemos exactamente las cifras de aborto, por cuanto es una práctica clandestina; sin embargo, los estudios de Ferrando, utilizando metodología indirecta, probadamente eficaz, han podido determinar que en el país ocurren más de 370 000 abortos inducidos por año⁽³⁷⁾. Significa la ocurrencia de más de 1 000 abortos diarios, una tasa mayor de 50 por cada 1 000 mujeres en edad fértil (MEF), superior a la media de América Latina; la gran mayoría de estos abortos son inseguros, causan complicaciones y eventualmente muertes maternas.

Las tasas de aborto caen cuando se eleva el uso de métodos anticonceptivos (MAC) eficaces, tal como ocurre en Europa occidental a pesar de que allí el aborto es de amplia disponibilidad. Recíprocamente, las tasas de aborto son elevadas cuando el acceso a MAC es insuficiente, tal como ocurre en América Latina, a pesar de que existen restricciones legales para el aborto^(38,39).

No obstante que el aborto terapéutico (AT) está aprobado por ley en el Perú desde el año 1924 (40), recientemente desde el Ministerio de Salud (Junio 2014) ha sido aprobada la Guía Nacional para Interrupción voluntaria del embarazo por razones terapéuticas⁽⁴¹⁾; sin embargo, las mujeres peruanas no disponen de un adecuado acceso a los servicios en los hospitales públicos.

La sociedad civil, en alianza con el gremio médico y con organizaciones de mujeres, ha desarrollado intensa actividad en Lima y en algunas regiones del país, con el propósito de discutir y aprobar localmente protocolos para la atención del AT, habiendo conseguido hacerlo realidad en 10 hospitales, los que vienen ofertando servicios.



Siendo un tema de importancia en salud pública y en derechos humanos, no obstante los avances registrados quedan algunas tareas pendientes:

- Realizar mayor información y educación con las usuarias, empoderándolas en su derecho a la interrupción legal del embarazo por razones médicas. La participación de las organizaciones de la sociedad civil es clave en esta intervención
- Remover algunas restricciones de carácter administrativo para facilitar el acceso al aborto terapéutico
- Realizar capacitación de los proveedores de salud en el conocimiento de la Guía Nacional y en la discusión detallada de los procedimientos del AT
- Fortalecer en los proveedores los aspectos bioéticos y de clarificación de valores relacionados con la prestación de servicios de AT con apego a las recomendaciones de FIGO, FLASOG y de los expertos en bioética
- Fortalecer la consejería y entrega de anticonceptivos, enfatizando la utilización de anticonceptivos de larga duración (LARC)
- Incorporar el misoprostol dentro del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales para uso obstétrico
- Reforzar las alianzas entre la sociedad civil y el Ministerio de Salud
- Realizar y publicar investigaciones sobre interrupción legal del embarazo.

REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

En la presente revisión se han encontrado 18 trabajos publicados en la RPGO en el tema de adolescencia, no obstante la alta prevalencia de problemas de salud sexual y reproductiva que ostentan las mujeres de esta edad y específicamente el embarazo temprano.

El embarazo en adolescentes está considerado como uno de los problemas de salud pública más importantes que afecta a las mujeres, es-

pecialmente cuando se trata de aquellas de 17 años y menos, dado que no solo se pone en riesgo su salud, tanto física como mental, sino también su desarrollo personal y social^(42,43).

A pesar de la gran cantidad de evidencias que existen acerca de las complicaciones, tales como la preeclampsia/eclampsia, que se expresan como impacto en la muerte materna y perinatal, cuyas posibilidades se elevan con relación a los otros grupos de edad, es poco lo que aun parece valorar la sociedad y en particular el Estado^(44,45).

Una de las razones que podrían estar en la base de esta inacción, es el escaso reconocimiento de los derechos humanos de las adolescentes, pues existen amplios sectores de la sociedad que continúan considerando que el embarazo temprano es un resultado que no les compete, validando así graves deficiencias como la ausencia de la educación sexual, la negativa de oferta de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, la falta de garantías y protección para evitar la violencia sexual y, sobre todo, la gran tolerancia y muchas veces la aceptación de un modelo basado en la inequidad de género y la discriminación de las mujeres, que puede observarse en los distintos códigos sociales y legales⁽⁴⁶⁾.

Hay todavía un peso muy grande del enfoque biomédico que focaliza los diagnósticos en la salud física, dejando de lado el concepto más integrador de la salud como el estado de bienestar físico, mental y social, y esto impide por ejemplo que las mujeres adolescentes que pueden requerir un aborto no punible enfrenten una serie de barreras, porque hay componentes de la salud que no son reconocidos como tales, sino, equivocadamente se hace una separación entre lo social y sanitario y, en nuestra perspectiva, esta es una discusión que debería darse más ampliamente para su mejor comprensión⁽⁴²⁾.

Las adolescentes están sometidas a riesgo elevado para su salud durante el embarazo, riesgo que las puede exponer aun a la posibilidad de muerte materna por alguna complicación obstétrica o por suicidio. De allí el especial cuidado que se debe poner en las tres dimensiones de la salud de estas personas, para evitar daños graves y permanentes^(47,48), conforme ha sido precisado en un reciente estudio publicado por este autor⁽⁴⁹⁾.



Toda mujer adolescente embarazada tiene derecho a recibir una atención integral de su salud, con apoyo del personal de salud, de sus familiares y del entorno social que la rodea. La sensibilización y la capacitación previa de los profesionales médicos y obstetras en la atención de los embarazos en adolescentes es muy importante si es que se quiere otorgar una prestación de calidad, con los mejores resultados para las adolescentes, según sea su determinación.

Hace poco más de un año ha sido elaborado y publicado el Plan Nacional para la Reducción del Embarazo en Adolescentes, documento muy bien logrado, pero que requiere ser transformado en acciones concretas. De allí que observamos los siguientes vacíos que deben ser cubiertos en el breve plazo:

- Realizar la prestación de la salud de las adolescentes en forma integral
- Indagar por violación u otros indicios de violencia sexual durante la atención del embarazo
- Vigilar con atención la salud emocional
- Mejorar las actividades de información, educación y consejería en Planificación Familiar
- Incrementar la entrega de métodos anticonceptivos
- Coordinar estrechamente con los trabajadores de la salud para reducir la estigmatización
- Comprometer a los tomadores de decisión con la salud y la vida de las adolescentes
- Promover y publicar un mayor número de investigaciones sobre la SSyR de adolescentes.

OTRAS PUBLICACIONES DE LA SPOG

En el tiempo que venimos analizando la SPOG ha sido parte de tres importantes libros:

- En 1983 se publicó el Seminario sobre Salud Materna y Riesgo Reproductivo, Aborto y Esterilización. Lima: SPOG, que con el concurso de profesores nacionales y extranjeros se revisó la mortalidad materna y el papel del aborto⁽⁵⁰⁾

- En el año 1988 la SPOG patrocinó una investigación nacional y luego su publicación en la cual por primera vez en el Perú se hacía una revisión prospectiva de las muertes hospitalarias. Este trabajo no solo ayudó a precisar cifras sino la causalidad de muertes⁽⁵¹⁾
- En el año 2004, el Ministerio de Salud elaboró y publicó las Guías Nacionales de atención de la salud sexual y reproductiva, documento en el que participaron muchas instituciones. La SPOG tuvo una participación gravitante en la elaboración de este documento normativo a nivel nacional⁽⁵²⁾
- A partir de 1990 se han publicado los Tomos o Memorias de los Congresos Nacionales de Obstetricia y Ginecología, en cuyos documentos se han revisado en forma creciente los temas de SSyR y de DSyR en concordancia con los compromisos asumidos por la SPOG a nivel internacional.⁽⁵³⁻⁵⁷⁾ Las temáticas han puesto énfasis en la mortalidad materna, aborto y planificación familiar.

A manera de conclusión podemos decir que la SSyR y los DSyR de las mujeres son parte integral de la práctica diaria del obstetra-ginecólogo y son clave para la sobrevivencia y la salud de las mujeres alrededor del mundo. El médico gineco-obstetra es un defensor natural de la salud de las mujeres, pero puede aun estar faltando un mayor compromiso⁽⁵⁸⁾. En el Perú se observa un avance en el tema.

Cada vez es mejor la toma de conciencia sobre la relación recíproca entre los problemas de SSyR y los indicadores específicos del bienestar general, como la pobreza. Los problemas de SSyR son a la vez una causa y una consecuencia de la pobreza. La deficiente SSyR repercute en el bienestar económico de las personas, las familias y las comunidades, ya que se reduce la productividad y la participación de las personas en la fuerza laboral. Por ejemplo, la maternidad temprana aumenta la pobreza de las niñas al frustrar sus proyectos de vida y limitarles sus oportunidades laborales, con lo que se mantiene el circuito de pobreza; al mismo tiempo los costos de los tratamientos de los daños a la SSyR puede agotar los exiguos ingresos, exacerbando la pobreza individual y doméstica⁽⁵⁹⁾.



La utilización del abordaje de la SSyR basada en derechos ofrece un poderoso lente para examinar aquellos regímenes normativos y la forma en que ellos estorban a las mujeres para alcanzar sus derechos a una buena salud en relación a la reproducción. En general, podemos decir que el respeto por los DSyR contribuye a la reducción de las muertes maternas y al bienestar de las mujeres y de sus familias.

AGRADECIMIENTO

El autor expresa su especial agradecimiento al Dr. José Ramos, asistente técnico del Comité Editorial de la RPGO por su invalorable ayuda en la elaboración de este trabajo

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses en esta publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución Política de la República del Perú, 1993
2. Fathalla MF. From Obstetrics and Gynecology to women's health: the road ahead. New York and London: Parthenon, 1997
3. Távara L. Derechos sexuales y reproductivos. En: Noriega L, Llerena C, Prazak L, eds. Tratado de Reproducción Humana Asistida. Lima, Perú: REP SAC, 2013;14-27.
4. Siverino P. Apuntes sobre derechos sexuales y reproductivos en el ordenamiento jurídico argentino. En: Arribere R. Bioética y Derecho: Dilemas y Paradigmas en el siglo XXI. Buenos Aires, Argentina: Cátedra Jurídica. 2008;87-207.
5. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos. San José, Costa Rica: IIDH, 2008;86 pp.
6. Quiroga CA, Ochoa JA, Andrade XV. El derecho al aborto y la objeción de conciencia. En: IPAS, Reproducción. La Paz: Ipas, 2009;77 pp.
7. V Congreso Latinoamericano y I Congreso Centroamericano de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Conclusiones. Ciudad de Guatemala 5-7 Mayo 2010.
8. UNFPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.
9. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU, 1995.
10. Sharpe J. Prólogo. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. London: IPPF, 2008.
11. World Association for Sexual Health. Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico. Washington DC: OPS/OMS 2009;180 pp.
12. García-Moreno C, Jansen HA, Watts C, Ellsberg M, et al. WHO multi country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO, 2005.
13. WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. Geneva: WHO, 2009;181 pp.
14. FLASOG. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Taller sobre objeción de conciencia, Relato Final. II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos, San José, Costa Rica 28-30 Noviembre 2011;26 pp.
15. OMS. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE 10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE Muerte Materna. Ginebra: OMS, 2012.
16. WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO, 2010;55 pp.
17. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: From analysis to strategy. Int J Gynecol Obstet. 2001;75:51-60.
18. Campbell MRO, Graham WJ. Strategies to reduce maternal mortality: advancing with what works. Lancet. 2006;368:1284-99.
19. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality; 1990-2013. Geneva: WHO 2014.
20. Pattinson R, Say L, Sousa JP, Broek Nv, Rooney C; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. Bulletin of WHO. 2009;87:734-5.
21. Population Reference Bureau. World population data sheet: Demographic data and estimates for the countries and regions of the world. Washington DC: PRB, 2000.
22. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibilities: women, society and abortion worldwide. New York: AGI, 1999.
23. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up: the benefits of investing in sexual and reproductive health care. New York: The Alan Guttmacher Institute/UNFPA. 2003.
24. Távara L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. 2010;56(2):87-103.
25. WHO. Emergency contraception: A guide for services delivery. Geneva: WHO, 1998;59 pp.
26. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Ostolaza N. Detección de violencia basada en genero en tres servicios de atención de salud reproductiva. Rev Peru Obstet Ginecol. 2003;49(1):31-8.
27. WHO. Violence against women. Geneva: WHO, June 2000.
28. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud 2009. Lima-Perú: INEI 2010.
29. Ortiz JD, Rosas C, Távara L. Propuestas de estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual. Lima-Perú: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. 2011;88 pp.
30. Guezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú. Lima-Perú: CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002;119 pp.
31. Távara L, Orderique L, Zegarra T, Huamaní S, Félix F,



- Espinoza K, Chumbe O. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Rev Peru Obstet Ginecol.* 2007;53(1):10-7.
32. WHO. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO 2003.
33. Távora L. Sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006; 20(3):395-408.
34. Kilozzo N, Ndung'u N, Nthamburi N, Ajema C, Taegtmeier M, Theobald S, Tolhurst R. Sexual violence legislation in sub-saharian Africa: the need for strengthened medico-legal linkages. *Reprod Health Matters.* 2009;17(34):10-9. doi: 10.1016/S0968-8080(09)34485-7.
35. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters.* 2010;18(36):90-101. doi: 10.1016/S0968-8080(10)36537-2.
36. WHO. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO, 2010.
37. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Pathfinder International, 2006.
38. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet.* 2007;370:1338-45. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61575-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61575-X).
39. Westoff C. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries, DHS Analytical Studies, Princeton, NJ, USA: Office of Population Research, Princeton University; and Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2005, No. 8.
40. Código Penal Peruano 1924.
41. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 486. Guía Técnica Nacional para la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria, por Indicación Terapéutica, del embarazo menor de 22 semanas, con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119 del Código Penal. Lima: Ministerio de Salud, Junio 2014.
42. Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ.* 2013;3(8):e003225.
43. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An Inter J Obstet Gynecol.* 2014;121(s1):40-8.
44. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):342-9.
45. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2007;36(2):368-73.
46. Távora L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2004;50(2):111-22.
47. Gómez PI, Molina R, Zamberlin N, Távora L. Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). 2011:86 pp.
48. Neal, S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynaecol Scand.* 2012;91(9):1114-8. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x.
49. Távora L, Orderique L, Sacca D, ña J, Galecio Y, García C, et al. Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes. Lima, Perú: Promsex 2015:76 pp.
50. Seminario sobre Salud Materna y Riesgo Reproductivo, Aborto y Esterilización. Lima: SPOG, 1983
51. Cervantes R, Denegri J, Watanabe T. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima: Ministerio de Salud-Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 1988.
52. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de atención de la salud sexual y reproductiva. Lima: Dirección General de Atención de las Personas, Ministerio de Salud 2004.
53. Tomo del X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima: SPOG 1991.
54. Tomo del XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima: SPOG 1994.
55. Tomo del XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima: SPOG 1996.
56. Memorias del Congreso Peruano Extraordinario de Obstetricia y Ginecología. Lima: SPOG 1998.
57. Tópicos Selectos del XVIII Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. Lima: SPOG, 2011.
58. Faundes A, Shaw D. What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(3):299-309.
59. Family Care International. Millenium Development Goals & Sexual and Reproductive Health. New York: FCI, 2005.