

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



COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

**PROYECTO DE COOPERACION
UNFPA/LACRO-FLASOG**

**INFORME DESCRIPTIVO FINAL DE LAS
ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL AÑO 2010**

**Elaborado por el Dr. Luis Távara. Coordinador del Comité de
Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG**

Lima, Diciembre 2010

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG 2008-2011

Presidente: Dr. Nilson Roberto De Melo

Secretario: Dr. Fernando Eduardo Protta

Tesorero: Dr. Luciano De Melo Pompei

Past Presidente: Dr. Angel Terrero

Vice Presidente Grupo Bolivariano: Dr. Pedro Faneite

Vice Presidente Países del Cono Sur: Dr. Jorge Sarrouf

Vice Presidenta para Centro América: Dra. Mercedes Abrego de Aguilar

Vice Presidente para México y Caribe: Dr. Javier Santos

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

2008-2011

Coordinador: Dr. Luis Távara Orozco

Coordinador para México y Caribe: Dr. José Figueroa

Coordinadora para Centro América: Dra. Marina Padilla de Gil

Coordinador para los países Bolivarianos: Dr. Pio Iván Gómez

Coordinador para los países del Cono Sur: Dr. José-Enrique Pons

Representante de las organizaciones de la Sociedad Civil: Mag. Susana Chávez

PROYECTO DE COOPERACION UNFPA/LACRO-FLASOG

INFORME DESCRIPTIVO FINAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL AÑO 2010

**Elaborado por el Dr. Luis Távara. Coordinador del Comité de
Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG**

ANTECEDENTES

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

- Un coordinador general
- Cuatro coordinadores regionales, uno por cada región de FLASOG: México y países de El Caribe (México, Cuba y República Dominicana); países de América Central (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá); países del grupo Bolivariano (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia); y países del Cono Sur (Brasil, Uruguay, Paraguay, Argentina y Chile)
- Una representante de las organizaciones de mujeres de la sociedad civil

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

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

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

Habiéndose conformado estas estructuras, el Comité de DSyR de FLASOG ha desarrollado una intensa actividad a nivel regional y a nivel de países, llevando a cabo

reuniones técnicas y Talleres de: derechos sexuales y reproductivos, violencia de género, anticoncepción de emergencia y aborto por causas de salud dentro del marco de la legislación de los países. Igualmente el Comité ha desarrollado talleres de Bioética y Clarificación de Valores para la Prestación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

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

Además, el Comité ha formado parte de una investigación que sobre Morbilidad Materna Extremadamente Grave, FLASOG ha llevado a cabo en varios países de América Latina y cuyos resultados fueron presentados en el Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de Mendoza, Argentina en Octubre de 2008.

Un acercamiento entre el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG y la Oficina Regional para LAC de UNFPA permitió en la segunda mitad del año 2009 la obtención de un Grant para realizar algunas actividades subregionales. Ese grant entregado por UNFPA permitió obtener logros importantes en las instituciones y las personas, como:

- Fortalecimiento del marco bioético y clarificación de valores de un conjunto de profesionales de cinco países (Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay)
- Fortalecimiento de los vínculos entre el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, Oficina Regional de UNFPA y Promsex para asumir la defensa de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de América Latina y El Caribe
- Elaboración de una propuesta consensuada entre el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG y la Oficina Regional de UNFPA para llevar a cabo intervenciones regionales en América Latina y El Caribe encaminadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres
- Disponibilidad de evidencias de cómo las restricciones de un programa de Planificación Familiar pueden acarrear consecuencias negativas en la frecuencia del aborto.

INTRODUCCION

Con estos antecedentes, el Comité de DSyR de FLASOG a finales del año 2009 se propuso ser parte de un trabajo colaborativo con el Fondo de Población de Naciones Unidas para llevar a cabo una propuesta conjunta a nivel regional en América Latina y El Caribe en aspectos que fortalezcan la salud sexual y reproductiva de las mujeres latinoamericanas por las razones siguientes:

La salud sexual y reproductiva es un derecho y deber de cada persona, consistente en llevar una vida sexual libre, responsable, satisfactoria y sin riesgos de adquirir infecciones de transmisión sexual, la libertad de decidir con quién y en qué momento formar una pareja, la libertad y capacidad de reproducirse con seguridad y tener hijos saludables y en el número deseado. Para mantener esta salud se requiere medidas de protección y promoción de los derechos reproductivos de los individuos y parejas, el acceso fácil a los servicios de salud, información completa y trato con dignidad y privacidad.

La salud sexual y reproductiva es crucial para el desarrollo de los países. En la Cumbre Mundial 2005, líderes de todo el mundo acordaron incluir el acceso a la salud reproductiva en sus estrategias nacionales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La deficiente salud reproductiva sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad fértil a nivel mundial, especialmente de aquellas que viven en países en desarrollo. Estas mujeres sufren las consecuencias de embarazos no deseados, mortalidad materna, infecciones de transmisión sexual, violencia de género y otros problemas relacionados a su salud sexual y reproductiva. Estos problemas se profundizan por la falta de información y atención adecuada especialmente para las adolescentes.

LA SALUD REPRODUCTIVA EN LAC

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es un indicador importante del desempeño de los sistemas nacionales de salud de los países. En todas las conferencias internacionales relacionadas a la salud de la mujer se incluye, como uno de los objetivos, la reducción de la mortalidad materna. En los países en desarrollo, la razón de mortalidad materna sigue siendo bastante alta, y difícil de medir, dada la debilidad de sus sistemas de información.

A pesar de los importantes avances realizados en muchos países de América Latina, todavía un número importante de mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), como una actividad en pro de la maternidad sin riesgo en las Américas, ha venido fomentando la implantación del sistema de atención obstétrica esencial en los 11 países latinoamericanos con mayores tasas de mortalidad materna.

Las causas obstétricas directas de la muerte materna coinciden con las observadas en otras partes del mundo: hemorragia (prenatal y puerperal), hipertensión inducida por el embarazo, sepsis, trabajo de parto prolongado, parto obstruido y complicaciones relacionadas con el aborto.

Además de las muertes por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en la región, el número de mujeres que padecen prolongadas secuelas de morbilidad con relación al embarazo es todavía más elevado. La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe es de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer. En Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 en 3.500.

Los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos realizados en la región indican que los servicios de salud materna y neonatal son subutilizados debido a barreras culturales o físicas, a las mala percepción de la calidad y la capacidad resolutoria de los servicios por parte de la comunidad, a la falta de conocimiento y comprensión por parte de los proveedores de salud, de los problemas producidos durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para adoptar las medidas necesarias y oportunas, explica un documento de la OPS.

VIOLENCIA SEXUAL

En relación a la violencia sexual, la OMS define la violación como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vagina o el ano, usando el pene, otras partes corporales o un objeto.

De 345 mujeres usuarias de un establecimiento de salud en México, el 19% reportó haber sido objeto de tocamientos sexuales contra su voluntad por lo menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado alguna violencia sexual dentro de la relación de pareja. Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la subsecuente depresión, la ideación e intento suicida y el uso de psicofármacos.

En una investigación realizada en Brasil en los años 2003 y 2004, con 305 personas atendidas por violencia sexual, en un centro de referencia, el promedio de edad de las víctimas fue de 13 años, a predominio femenino (89,2 %), estado civil soltera (49,8%), estudiantes (47,2 %) y raza blanca. Los agresores fueron el padrastro (n=35) o el padre (n=31). Los autores recomiendan se tomen acciones políticas para prevenir este problema de salud pública.

En 1993, la Organización Panamericana de la salud (OPS), fue la primera institución de salud en reconocer que la violencia contra la mujer es un problema de alta prioridad cuando aprobó la resolución CD39.R8, exhortando a todos los gobiernos miembros a establecer políticas y planes nacionales para la prevención y tratamiento de la violencia contra la mujer. En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud siguió esta tendencia al declarar que la violencia es una prioridad de la salud pública, y tanto la OPS como la OMS iniciaron programas sobre la violencia contra la mujer a mediados de los años noventa. Pese a esos esfuerzos, el progreso es lento. En la mayoría de los países, los

profesionales de la salud raramente preguntan a las mujeres si han sido maltratadas, aun cuando haya signos obvios de abuso, y con frecuencia los establecimientos que han delineado directrices no vigilan su aplicación ni las hacen cumplir.

La violencia sexual constituye una vulneración de los derechos humanos en su forma más extrema, ya que atenta contra la dignidad, la libertad y la autonomía de las personas que la sufren, quienes en su mayoría son mujeres. Sus consecuencias inmediatas son el trauma físico y psicológico, la posible adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el riesgo de embarazo no deseado.

Un estudio realizado en Costa Rica con 118 mujeres, encontró que en promedio los recién nacidos de mujeres víctimas de violencia, pesaron en promedio 449.4 g menos que los recién nacidos no expuestos ($P < 0.001$). Las madres víctimas de violencia tuvieron 3 veces mayor riesgo de tener un niño de bajo peso (IC95%: 1.39- 8.10). Los autores concluyen en la necesidad de formar grupos de expertos para discutir este tema y desarrollar protocolos para identificar tempranamente mujeres víctimas de violencia.

En un estudio longitudinal de 166 víctimas de violencia sexual en Campinas, Brasil, entre 1999 y 2002 se encontró que la mitad de las víctimas eran menores de 20 años, dos eran analfabetas, 70,0% solteras, 20,0% usaban anticonceptivos. El 80,1% fueron atendidas dentro de las 24 horas post-agresión. Los agresores eran desconocidos en el 80,0%. 95,0% tuvieron relación vaginal. Se administró anticoncepción de emergencia en el 76,0% de las mujeres, antibióticos en el 98,0 %, inmunoglobulina para hepatitis B en el 95,0% y anti-retrovirales en el 90,0%. Solo el 29% de las mujeres completaron los seis meses de seguimiento. Se diagnosticó Hepatitis B y HPV en 2,6%, enfermedad inflamatoria pélvica y tricomoniasis en el 2,1%, sífilis en el 1,3% y 3 gestaciones entre 127 que recibieron anticoncepción de emergencia (2,6%). No hubo casos de HIV. Los autores concluyen que la atención con anticoncepción de emergencia de las víctimas de violencia sexual es eficiente para reducir el número de gestaciones no deseadas.

ANTICONCEPCION

La anticoncepción es considerada como una "inversión" para el desarrollo. La planificación familiar es de gran valor para ayudar a decidir el número de hijos; evita tanto los embarazos no planificados como las muertes maternas e infantiles y también los abortos. La planificación familiar también ahorra recursos al sector público. Se dice que por cada dólar que el gobierno gasta en proveer servicios de planificación familiar, se pueden ahorrar entre 2 y 6 en la provisión de otros servicios como los de salud básica y educación para niños.

Algunos países de la región muestran un gran avance en la prevalencia de uso de anticonceptivos y en la reducción de necesidades insatisfechas de anticoncepción y han logrado también disminuir las desigualdades de acceso a los servicios de salud reproductiva (SR). Pero otros países continúan enfrentando dificultades para respetar los

derechos reproductivos, especialmente de los/as adolescentes, poblaciones indígenas y las mujeres en edad reproductiva que viven en zonas rurales.

En América Latina, los programas de planificación familiar, al haber sido efectivos y mostrar grandes logros, reciben cada vez menor apoyo político y financiero y ya no se consideran prioritarios. Por su parte, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) están disminuyendo su actividad como proveedoras de anticonceptivos —probablemente debido a los menores recursos que reciben — aún cuando son quienes pueden tener un mejor acercamiento con las poblaciones difícilmente accesibles. La mayor parte de la demanda de planificación familiar está siendo atendida por los servicios públicos, pero la actual crisis económica de ciertos países y el retiro de algunos donantes bilaterales y agencias de cooperación ponen en riesgo su sustentabilidad.

En un estudio cualitativo realizado en México, aplicando entrevistas en profundidad a 8 decisores políticos, con el objetivo de identificar los factores que influenciaban en la inclusión de la anticoncepción de emergencia (AE) en los planes nacionales de planificación familiar, los autores concluyen que la mejor forma para que esto suceda es que se haga un proceso de convencimiento de las autoridades por parte de expertos, demostrando que la inclusión de la AE en el arsenal anticonceptivo es importante desde el punto de vista de la preservación de la salud pública y que no es abortiva. Aun así, el proceso tomó una década en México, lo cual refleja la complejidad de convertir los resultados de las investigaciones en políticas públicas. Los autores recomiendan que se debe adoptar medidas para acelerar el proceso de beneficiar a las mujeres y a la sociedad en general.

En 1996, el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) realizó una investigación cualitativa con el objetivo de evaluar la aceptabilidad y los aspectos legales de la AE, y la situación de los derechos sexuales y reproductivos en Chile. Posteriormente, realizó un trabajo de sensibilización con las autoridades de salud sobre la importancia de la AE para evitar embarazos no deseados. El Ministerio de Salud recogió tales consideraciones en el Protocolo de Intervención en los Servicios de Urgencia para Casos de Agresión Sexual, de 1998, el cual fue elaborado por un conjunto de especialistas de los servicios públicos de salud. En el transcurso de seis años de debates públicos (2001-2007) se logró la venta del fármaco, primero Postinor 2 y luego *TACE*, bajo receta médica retenida. Sin duda, su costo constituye una barrera más al acceso oportuno a un medio que, por definición, actúa más eficazmente en las primeras horas luego de una relación sexual no protegida. La introducción de la AE en el sistema público ha estado plagada de problemas, tanto judiciales como de políticas públicas. Su entrega generó una reacción de un grupo de alcaldes autodenominados "objetores", quienes, desde 2004, no han cambiado su política sobre la provisión de este anticonceptivo ni el gobierno central ha exigido su cumplimiento.

En un estudio realizado en Caracas con 232 usuarias nuevas de un servicio de planificación familiar, se encontró que el 48,3% de las entrevistadas refirió tener

información sobre la anticoncepción de emergencia pero ésta fue dada por un médico sólo en 15,5% por ciento de ellas. El 93,5% por ciento no conocía cómo utilizarla correctamente y 63,4% pensaba que actuaba provocando el aborto. Finalmente, sólo 12,1% percibía la anticoncepción de emergencia como una alternativa contraceptiva segura y 13,4% como una alternativa efectiva. Los autores concluyen que existe una importante falta de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia y una percepción negativa de su efectividad y seguridad.

El debate sobre la AE continúa en muchos países de LAC, propiciado por grupos conservadores, no obstante que las más recientes investigaciones respaldan su efecto anticonceptivo, habiendo aclarado que no tiene ningún efecto antiimplantatorio ni abortivo.

El uso del DIU en LAC ha disminuido en los últimos 20 años. Una de las causas de esta disminución fueron las continuas publicaciones en las que se le asoció a complicaciones tales como el embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, y mayormente migración del DIU. Hace varios años, el uso de DIU era mucho más frecuente. Así, en un estudio realizado con 100 pacientes en un ambulatorio urbano del área marginal de la ciudad de Caracas, se encontró que el 81% de las encuestadas usaban algún método anticonceptivo. El método más usado fue el dispositivo intrauterino (64%) seguido por los anticonceptivos orales (19%).

En un estudio realizado en 375 mujeres en la Habana en 1999, que tuvo como objetivo determinar los factores socio demográficos, reproductivos y de información asociados al uso del DIU, se encontró que este anticonceptivo fue utilizado por el 43,4% de las mujeres que usan anticonceptivos; de ellas, el 61,5% tenía 1 hijo o ninguno. La probabilidad de uso del DIU fue mayor entre las mujeres de 35 a 39 años (RM = 2,9, IC 95% = 1,4 - 5,8) y de 40 a 44 (RM = 2,4, IC 95% = 1,13 - 5,45) que en las de 45 a 49. El uso de DIU también fue mayor en mujeres que tenían menos de 2 hijos (RM = 3,2, IC 95% = 1,9 - 5,4), y resultó ser aún mayor si estas estaban informadas (RM = 5,22, IC 95% = 2,27 - 12,03) o habían recibido orientación médica (RM = 2,35, IC 95% = 1,16 - 4,78). Otras variables estuvieron asociadas al uso de DIU, pero solo la paridad y la orientación del método por el médico mantuvieron su significancia en el análisis multivariado. Se concluye que la orientación del médico es una variable que influye positivamente en la decisión de uso de DIU en la población de mujeres estudiadas entre 35 y 49 años de edad, sobre todo si se considera que la paridad está "satisfecha" o "terminada".

En un estudio realizado en Colombia y otros países con 55 proveedores de salud mediante una encuesta electrónica para determinar los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre las opciones de AE, especialmente en relación con el uso de DIU, el 100% estaba de acuerdo con la anticoncepción de emergencia, 49% conocían todas las opciones de anticoncepción de emergencia, 60% mencionaron la píldora de solo levonorgestrel y 69% el dispositivo intrauterino. Cerca del 40% no estaba de acuerdo con el uso del dispositivo intrauterino por considerarlo abortivo (9/21) o de baja efectividad (9/21) y no hubo amplio conocimiento del límite de tiempo para su uso en anticoncepción

de emergencia. Los autores concluyen que existen grandes brechas entre el conocimiento, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en los proveedores de servicios de salud en Latinoamérica.

Otro estudio realizado con 94 gineco obstetras del Perú en el 2007, encontró que 100 % de los médicos entrevistados había escuchado acerca de la AOE. El 18% conocía los mecanismos de acción descritos en la literatura, 82% refirió estar dispuesto a recetarla, mientras que 66% ya la había recetado en alguna oportunidad y 83% la menciona con diferente frecuencia, como parte de su consejería habitual sobre anticoncepción. El 13% consideró que la píldora anticonceptiva de emergencia posee algún mecanismo abortivo y 20% no estaría dispuesto a utilizarla en su pareja ni en su persona. Los autores concluyeron que se necesita intervenciones educativas para mejorar las competencias de los profesionales de salud.

EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO

El embarazo no deseado y su consecuencia más grave, el aborto inducido, son verdaderas prioridades para la salud pública de América Latina y El Caribe. En efecto, estos dos problemas afectan a amplios sectores de la población, acarrear graves consecuencias para la salud, su atención consume importantes recursos, se distribuyen desigualmente en la población al afectar sobre todo a las más vulnerables (jóvenes, pobres, mal informadas), y podrían prevenirse o mitigarse con medidas de bajo costo. En pocas palabras, el embarazo no deseado y el aborto inducido cumplen todos los criterios para ser considerados graves problemas de salud pública.

El aborto inseguro es una de las principales causas de mortalidad materna, en contraste con el riesgo que representa en países donde el aborto es legal y se realiza en mejores condiciones. Los gobiernos del mundo se han comprometido a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas en un 75%, entre los años 1990 y 2015 y una de las estrategias es la prevención del embarazo no deseado y del aborto inseguro.

Ante un embarazo no deseado, las mujeres deciden practicarse un aborto inducido con los riesgos y consecuencias, dada la clandestinidad del procedimiento, o continuar con el embarazo no deseado. Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de las mujeres, sus parejas y familias.

Por otra parte, en los países donde el aborto es clandestino, muchas de las complicaciones que suceden terminan usando los recursos hospitalarios obstétricos en desmedro de la atención de otras gestantes y sus complicaciones y representando costos adicionales para la paciente y para el sistema de salud.

De las 210 millones de concepciones que ocurren anualmente en el mundo, casi la mitad no llegan a un recién nacido vivo. 80 millones de embarazos terminan prematuramente,

42 millones de estos terminan en abortos (20 millones hechos ilegalmente) y otros 3 millones nacen muertos. La mayoría de abortos se producen en el mundo en desarrollo.

Cada año, ocurren 67,000 muertes debidas a aborto inseguro, y aunque Asia tiene el mayor número absoluto, el 54% de las muertes ocurren en África. En Latino América, la tasa de mortalidad es mucho menor, aunque el número de abortos ilegales es muy alto. De acuerdo a la OMS, en Latinoamérica y el Caribe ocurren 3.7 millones de abortos inseguros cada año, los cuales cobran la vida de 3,700 mujeres. Dado que el aborto es un tema tan polarizante y legalmente restringido en muchos países, históricamente no se ha dado la importancia ni se ha fortalecido los servicios de aborto y atención postaborto, por lo cual les resulta difícil a los prestadores de servicios y otros profesionales de la salud seguir las tendencias en la atención del aborto y realizar mejoras donde sea necesario. No obstante, recientemente la Organización Panamericana de la Salud (OPS), institución internacional de salud pública y fuente principal para el monitoreo y las estadísticas de los sistemas de salud en Latinoamérica, decidió por primera vez registrar y publicar información sobre los servicios de aborto y la atención postaborto, usando una nueva herramienta de monitoreo basada en una tecnología creada por IPAS para la evaluación de programas.

El aborto continúa siendo una de las cuatro principales causas de muerte materna en México. En una revisión de 214 defunciones maternas con ese diagnóstico en el periodo 1987-1996, los fallecimientos por aborto representaron 7.5% de toda la mortalidad materna ocurrida en el IMSS, ocupando el cuarto lugar. La mayoría de los fallecimientos por esta causa se debieron a aborto espontáneo (28.5%), aborto inducido ilegalmente (24.8%) y embarazo ectópico (24.3%). Los autores concluyeron que el aborto continúa siendo una causa importante de muerte materna en el IMSS y que tiene una influencia importante la insuficiente educación de la población para buscar con oportunidad la atención médica, en presencia de manifestaciones clínicas graves de complicaciones del aborto. Recientes reportes de Argentina, sitúan al aborto como la causa principal de muertes maternas en una proporción superior al 20% de todas las causas. Por el contrario, en Uruguay, al día de hoy no se registran muertes por aborto.

De acuerdo con Ana Langer-Glas, si bien en Latino America se observa una tendencia ascendente en la prevalencia de uso de Anticonceptivos, en la práctica existen aún muchas mujeres y parejas que no desean reproducirse pero siguen expuestas al “riesgo” de quedar embarazadas. Este grupo comprende la “necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticoncepción”. Según el Instituto Alan Guttmacher, en 1994 existían 8 millones de mujeres con esta necesidad insatisfecha en Brasil, 1.8 millones en Colombia, 6.7 millones en México, 1.9 millones en Perú y 351,000 en la República Dominicana. Langer-Glas refiere que entre las diversas razones de esta situación están: la falta de conocimientos sobre existencia y el acceso a anticonceptivos, el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado y la ausencia de asesoría o la consejería deficiente, el temor a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias (sobre todo la Católica), las barreras para

conseguir los métodos (inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas) y finalmente la deficiente calidad de los servicios de salud. Por otra parte, la eficacia de los métodos anticonceptivos no es 100%, lo cual, conjuntamente con su uso inadecuado, produce entre 8 y 30 millones de embarazos en el mundo. La autora concluye de que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos conduce a embarazos no deseados y esto a abortos inseguros. En un estudio reciente efectuado en el Ministerio de Salud de Perú a nivel de las regiones del país, pudo apreciarse que la mayor necesidad insatisfecha de anticonceptivos está en relación directa con la mayor razón de mortalidad materna.

La recopilación de estadísticas sobre las usuarias de servicios de aborto puede ser de utilidad para los sistemas de salud y gobiernos en cuanto a dar seguimiento a los servicios y determinar la mejor forma de proporcionarlos a las mujeres. Este es un sistema de registros clínicos tanto impresos como electrónicos, adaptado para la recolección y el análisis de datos sobre los servicios de aborto y atención postaborto. La información que proporciona es esencial para crear programas de salud estratégicos a nivel local y nacional, cuya finalidad es disminuir las tasas de mortalidad materna en Latinoamérica y El Caribe, donde el aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna.

El nuevo sistema, SIP-A, desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, le permitirá a la OPS dar seguimiento a los datos de aborto y analizarlos, así como crear mejores programas para mejorar la salud materna. El sistema SIP-A se basa en su aplicación dentro de los servicios de alta calidad de atención integral al aborto centrada en la mujer. Les permite a los prestadores de servicios de salud utilizar un sólo formulario para llevar cuenta de los servicios que proporcionan y documentar los aspectos clave de la atención. El sistema SIP-A también proporciona retroalimentación sobre la prestación de servicios y permite que los prestadores y administradores de servicios de salud determinen las formas más adecuadas de mejorar la atención del aborto. Gracias a este enfoque integral, los sistemas de salud pueden crear servicios más eficientes, reducir costos y mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva. Esta iniciativa de la OPS para utilizar el sistema SIP-A con el fin de monitorear los servicios de aborto y atención postaborto en Latinoamérica mejorará el acceso de las mujeres a mejores servicios y prevenir muertes maternas.

La anticoncepción pos parto y pos aborto es una estrategia eficaz para disminuir los embarazos no deseados. En un estudio transversal con 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad entrevistadas en sus casas entre seis y 12 semanas después del parto en Morelos, México entre 1992 y 1994, el 22.7% declararon que su embarazo no fue deseado. De ellas, sólo un 35 por ciento estaba utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas postparto. Entre quienes se atendieron el parto en centros de salud u hospital sólo 43.4% estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar. Los autores concluyen que los programas de planificación familiar tienen una cobertura inadecuada entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las

que viven en áreas suburbanas y en aquellas no afiliadas al sistema de seguridad social. Asimismo, sugieren la necesidad de insistir en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos postparto en este grupo considerado de alto riesgo reproductivo.

LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS/OS ADOLESCENTES

La adolescencia es una etapa de la vida que trae muchos cambios, nuevas experiencias, oportunidades, y a menudo riesgos para la salud sexual y reproductiva. Investigaciones realizadas en Cuba demostraron que la mayoría de adolescentes no perciben estos riesgos. Se sabe que la sexualidad humana, más que de los mecanismos fisiológicos, depende del contexto social, donde el aprendizaje constituye un aspecto esencial.

En todo el mundo, existen muchos problemas relacionados con la SSyR de los/as adolescentes. El/la adolescente adopta comportamientos no saludables, tales como el inicio temprano de las relaciones sexuales, alto recambio de parejas, maternidad o paternidad tempranas, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH-SIDA, deserción escolar y el comprometer su presente y su futuro y el desarrollo de la sociedad. Se ha identificado algunos factores asociados a las actitudes y comportamientos inadecuados de los/las adolescentes tales como la familia disfuncional y la inadecuada integración social y cultura sanitaria.

En un estudio hecho en México a partir de la encuesta poblacional a 24,707 personas de familias residentes en colonias urbanas pobres de cinco regiones geográficas seleccionadas mediante un muestreo polietápico, se observó una baja escolaridad (6 años o menos) y solo 46,8% tuvo cobertura de servicios de salud, ya fuera en instituciones públicas o privadas. En las adolescentes de 12 a 19 años, 15,7% tenía vida sexual activa, pero solo 57,7% de los hombres y 41,9% de las mujeres de ese grupo de edad usaban algún método anticonceptivo. Los autores concluyen en la vulnerabilidad sanitaria de las personas que viven en las áreas urbanas marginales de México, dada la existencia de una población joven, con pocas redes de apoyo familiar, que sufre trastornos y enfermedades, como la desnutrición infantil, el alto riesgo reproductivo y las adicciones en adolescentes y adultos y pocas posibilidades de acceder a servicios de salud adecuados.

En una muestra representativa de adolescentes escolarizados/as de nueve países de El Caribe, un tercio dijo haber tenido relaciones sexuales, de las cuales 50% había sido bajo coerción. Durante 1999, una de cada 12 mujeres adolescentes nicaragüenses en unión había sido víctima de violencia sexual, porcentaje significativamente menor que en varios países de Africa (Uganda, 21%; Kenya, 36% y Camerún, 43%).

Se ha demostrado que las adolescentes de bajos recursos tienen más riesgo de embarazo (80% en área urbana y 70% en área rural). Cerca de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años de edad en 10 países de LAC había tenido un hijo antes de los 20 años. Durante 1999, 35% de los partos atendidos en los servicios del Ministerio de Salud

de El Salvador, correspondieron a adolescentes. En Perú, el 14% de las adolescentes ya son madres o están gestando.

En un estudio realizado en el Perú por Sixto Sanchez, se encontró que las adolescentes tenían significativamente mayor probabilidad de tener infección cervical a gonorrea o clamidia que las mujeres mayores. En este estudio se demostró que la educación por adolescentes pares capacitadas en SSyR fue más efectiva (aunque no significativamente) que la educación brindada por profesionales de la salud en cuanto a la adquisición de conocimientos y a la percepción del riesgo.

Otro estudio realizado en el año 2000 por Mota, con adolescentes escolarizados/as y no escolarizados/as, en cuatro ciudades colombianas, se encontró que más del 50% tenían actividad sexual extendida y temprana (14.9 años promedio en mujeres y 13.5 en hombres). De éstos, 82% no conversó con su pareja sobre protección; 78% no usó protección, a pesar que 47% había recibido información previa sobre ITS. El 53% dijo no haber usado ningún tipo de protección en los últimos tres meses. Estas cifras muestran la necesidad de actuar sobre poblaciones cada vez más jóvenes para prevenir los riesgos y el aumento de vulnerabilidad ante el ejercicio sexual y reproductivo. Existen pocos datos que sustentan intervenciones educativas de enfoque sociocultural en menores de 15 años en Colombia.

Según estimados internacionales, se encuentren unidas o no, el 60% de los embarazos que se producen en adolescentes no son deseados. Las adolescentes que continúan con sus embarazos, por lo general, se ven obligadas a abandonar la escuela o a cortar sus proyectos de vida.

La salud de los/as adolescentes (10 a 19 años de edad) y de jóvenes (15 a 24 años de edad) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

En un estudio transversal tipo entrevista desarrollado en Indaiatuba, Brasil con 200 adolescentes primigestas entre 10 y 19 años, se encontró que más de la mitad (63,7%) de ellas había utilizado algún servicio de salud de consulta ginecológica previamente a la ocurrencia de la gestación. Entre las que nunca habían consultado un ginecólogo, la justificación reportada fue la falta de información (43,8%), miedo o vergüenza (37,0%). Una principal dificultad de acceso al servicio estuvo relacionada a barreras psicosociales identificadas en el 77,0% de las adolescentes. Los autores concluyeron en la necesidad de nuevas estrategias para facilitar el acceso a los servicios de salud de las adolescentes, incluyendo acciones que disminuyan las barreras de género y que se consideren sus características socio demográficas y el vínculo con sus compañeros sexuales.

Rodríguez Cabrera y otros, destacan la necesidad de desarrollar y actualizar las capacidades de dirección para una gestión eficiente y eficaz de los programas y servicios

de salud sexual y reproductiva dirigidos a este grupo. Esta gestión social se basa en la construcción de espacios de relación social y vínculos institucionales, focalizados en la sociedad, regiones y comunidades orientados a la solución de los problemas que afectan directa o indirectamente a los/as adolescentes.

INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En un análisis realizado en 5,071 mujeres entre 18 y 30 años a partir de la encuesta demográfica y de salud desarrollada en el Perú entre el 2004 y el 2005, se encontró que 26% de las mujeres habían tenido por lo menos un embarazo no deseado (1327). 76% de estas mujeres casi nunca leían periódicos o revistas encontrándose que la falta de lectura y el informarse solo por radio o televisión estuvieron asociados con embarazo no deseado ($p < 0.001$). Los autores concluyen que esto explica la falta de impacto de los materiales impresos usados en las campañas educativas.

ACCESO DE LAS MUJERES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Una condición necesaria para que las mujeres usen los servicios preventivos de salud reproductiva es que el embarazo actual haya sido deseado. Mayra Chavez-Courtois y Esther Casanueva, aplicando un cuestionario a 50 mujeres que acudían a Centros de Salud de la ciudad de México, encontraron que la planificación del último embarazo, lo cual incluyó el haber tenido relaciones sexuales con la intención de procrear, fue el único factor significativamente asociado ($p=0.001$) al uso o no de los servicios preventivos de salud requeridos.

En un estudio cuali cuantitativo realizado por Szulik con médicos gineco obstetras de Buenos Aires en 1998, se encontró que aún cuando la gran mayoría (85%) estuvo en desacuerdo con la penalización absoluta del aborto, hubo un porcentaje minoritario de profesionales (9%) que no aceptaba el aborto inducido, ni siquiera las excepciones contempladas en la legislación vigente. Ocho de cada 10 concordaron con que "la despenalización contribuiría a disminuir las muertes maternas". Los autores, en base a estos hallazgos, esbozan algunas líneas para el trabajo de abogacía con esta comunidad profesional: 1) promoción de una visión más integral de la salud reproductiva y en la difusión de las perspectivas de género y derechos, tanto a nivel de la formación profesional como de la actualización permanente, 2) dar a conocer a los/as médicos/as, por medio de las sociedades científicas, un conjunto de documentos y evidencias, entre otros: a) los pronunciamientos de las sociedades científicas internacionales respecto de la responsabilidad público-política de los tocoginecólogos; b) las experiencias que –con la activa participación de sus pares– se están desarrollando en otros países de la región (por ejemplo, la realización de los abortos no punibles en hospitales públicos en Brasil o la difusión de la anticoncepción de emergencia en Uruguay) y c) la opinión de la ciudadanía respecto de los temas considerados "conflictivos" (educación sexual, despenalización del

aborto, etc.). Finalmente, dado el fuerte peso que aún tiene en el discurso de los profesionales entrevistados el temor a la sanción moral y/o legal, resulta prioritario crear – sea mediante normas en los servicios, sea mediante la flexibilización de la legislación vigente– mejores condiciones para que los y las médicas puedan cumplir cabalmente con su responsabilidad profesional.

CONDUCTA BIOÉTICA Y CLARIFICACIÓN DE VALORES DE LOS/LAS PROFESIONALES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La estructura jerárquica en que el/a médico/a domina el sistema, desde un enfoque tradicional de roles, y las políticas y prioridades basadas en la perspectiva reproductiva, reflejo de valores personales, religiosos o culturales de médicos/as, familiares y sociedad, implica en ocasiones, un reto a la autonomía de la mujer y a su salud mental y psicosocial. Más que como objeto sexual, la mujer se ha visto como sujeto reproductivo. En algunos casos se ha observado que algunos/as médicos/as se han negado a administrar algún método anticonceptivo porque según su parecer, no están de acuerdo con su uso. Es decir, se antepone los valores personales a los valores de salud pública.

Según Parker y Hope, el mayor efecto que la ética médica ha sufrido es en el campo de la información a los/as pacientes, que ha tomado el modelo del consumidor ideal (bien informado y libre de hacer su elección) para construir el proceder médico ideal.

Los objetivos expresados por la Asociación de Escuelas de Medicina de América incluyen el compromiso de defender en todo momento los intereses de los/as pacientes, exigiendo el compromiso de proveer asistencia a los/as que se encuentren imposibilitados/as de pagar y refuerza la necesidad del conocimiento médico, de los factores económicos, sociales y culturales que contribuyan a la salud. Resulta también importante tener estudiantes que aprendan eficientemente a partir de médicos/as, incluyendo sus profesores/as la atención compasiva de los/as pacientes, especialmente los/as pobres o no asegurados/as.

CONTEXTO ACTUAL DEL COMITÉ DE DSYR DE FLASOG

FLASOG cuenta hoy en día con alianzas importantes de diversas instituciones, entre otras FIGO, OPS, UNFPA, Ipas, IPPF, Ibis Reproductive Health, Pathfinder, Oriéntame, Promsex, CLAE, CLACAI, Women's Link Worldwide, PLAFAM (Venezuela), APLAFA (Panamá), Asociación demográfica costarricense (ADC), INPPARES.

Es en base a estas alianzas estratégicas que se han podido desarrollar muchas intervenciones. El estrecho acercamiento con UNFPA/LACRO nos ha permitido ampliar nuestro campo de intervenciones y realmente hemos avanzado en la búsqueda de la defensa y protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres de LAC.

LA COOPERACION UNFPA/LACRO - FLASOG

En Diciembre de 2009, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, con el conocimiento y conformidad del Comité Ejecutivo de FLASOG asistió a una reunión de trabajo con las autoridades regionales de UNFPA en la ciudad de Panamá.

La reunión tuvo los siguientes objetivos:

- Compartir la percepción sobre la situación actual de la salud sexual y reproductiva en LAC
- Discutir una propuesta para un trabajo conjunto entre UNFPA y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos durante el año 2010
- Consensuar un plan de trabajo conjunto para fortalecer la salud sexual y reproductiva de las mujeres de LAC
- Asumir compromisos recíprocos entre UNFPA y el Comité de DSyR de FLASOG para la defensa de los DSyR de las mujeres en LAC.

Al término de la reunión, estos objetivos fueron cumplidos y con la autorización del Comité Ejecutivo, en carta dirigida a UNFPA/LACRO, se firmó finalmente un acuerdo entre el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Promsex y UNFPA/LACRO para trabajar en un Plan consensuado para fortalecer la SSyR de las mujeres de LAC

MARCO DE LA COOPERACION

La propuesta del Comité de DSyR de FLASOG tuvo como **OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y Reducir la Mortalidad Materna en las mujeres de LAC

AREAS DE TRABAJO

- a) Salud Reproductiva y Planificación Familiar con énfasis en Anticoncepción de Emergencia (AE)
- b) Salud Materna y Prevención del Aborto Inseguro
- c) Violencia Sexual
- d) Prevención del embarazo y del aborto inseguro en adolescentes

ACTIVIDADES DENTRO DEL PROYECTO

Salud Reproductiva y Planificación Familiar

1. Preparación y difusión de un documento sobre Misoprostol dirigido a los tomadores de decisión, en el que se explique las bondades del medicamento en el uso obstétrico y para reducir las muertes maternas

2. Diseño de un espacio de almacenamiento (Dspace) para la colección y disseminación de estudios publicados y no publicados sobre misoprostol en LAC
3. Abogacía para un diálogo interdisciplinario focalizado en la introducción del misoprostol dentro del sistema sanitario
4. Desarrollo de 4 Talleres sobre Marco Bioético y Clarificación de Valores en la Prestación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, en las subregiones de LAC
5. Creación de una Red de Expertos académicos a nivel regional que puedan proponer la inclusión de Contenidos de Salud Sexual y Reproductiva para incluir en el curriculum de estudios de las universidades, basados en derechos humanos, enfoque de género e interculturalidad
6. Creación y fortalecimiento de una red de expertos médicos en AE a nivel regional

Salud materna y prevención del aborto inseguro

7. Asistencia técnica para actualizar los protocolos médicos basados en la evidencia de las enfermedades más frecuentes que afectan a las mujeres durante el embarazo y el parto y su aplicación en los servicios de salud pública
8. Apoyo técnico en la implementación y fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en los países
9. Foro Regional (América Central y del Sur) en la prevención de abortos inseguros con las asociaciones de profesionales de la salud, los Ministerios de Salud y de la sociedad civil
10. Evaluación del funcionamiento de los comités de mortalidad materna en una muestra aleatoria en los países con las mayores tasas de mortalidad. Visita a los comités identificados. El informe final se elaborará durante el segundo año

Violencia Sexual

11. Elaboración de estándares regionales para ser integrados en el protocolo para atención de víctimas de violencia sexual. Buscar la cooperación de OMS / OPS
12. Sistematización y difusión de buenas prácticas en varios países con experiencias exitosas en la atención de las víctimas de violencia sexual
13. Concurso Regional de Investigaciones o intervenciones realizadas para proteger a las víctimas de violencia sexual

Prevención del embarazo y del aborto inseguro en adolescentes

14. Estudio Regional sobre embarazos en adolescentes (de 15 años de edad o menos), incluyendo el área de violencia sexual: el diseño del estudio regional y sustentar sus resultados

Otras actividades

15. Seguimiento de las actividades del proyecto mediante medios electrónicos
16. Reunión Regional del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG para la evaluación de los avances en América Latina por proceso, resultados e indicadores de impacto

DESARROLLO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Actividades en Salud Reproductiva y Planificación familiar, con énfasis en AE

1. Preparación y difusión de documento sobre el misoprostol dirigido a los responsables de Salud Pública de decisiones teniendo en cuenta la contribución de Misoprostol en la reducción de las muertes maternas.

-Ha sido terminado la elaboración del documento sobre Misoprostol.

-Se han impreso 500 ejemplares, que han sido distribuidos en las conferencias internacionales de FLASOG que se han desarrollado en Ecuador y en Brasil

Grado de cumplimiento 100%

2. Diseño de un espacio de almacenamiento en Dspace para la recopilación y difusión de los estudios publicados y no publicados sobre Misoprostol en la región de ALC.

-Se terminó el estudio del repositorio y está publicado en la dirección

<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui>

-Se ha presentado a los/as investigadores/as de la región, así como a ICMA, con el propósito de que pueda servir como modelo en otras regiones del mundo

Grado de cumplimiento 100%

3. Promoción de la atención y el diálogo interdisciplinario para la introducción de Misoprostol en el sistema sanitario.

-Se realizó la reunión de Brasil conjuntamente con representantes del Ministerio de Salud y se está elaborando el documento con los resultados de la reunión

-Así mismo se ha realizado reunión técnica con el Ministerio de Salud de Ecuador

Grado de cumplimiento 100%

4. Cuatro talleres sobre bioética y clarificación de valores con la participación de representantes de FLASOG (de los países que forman parte de las sub-regiones) y otros de organizaciones aliadas.

-Se han realizado los 4 talleres: -Brasil, Mayo 2010, -Panamá, Junio 2010, -Perú, Octubre 2010 y -Argentina, Noviembre 2010

-Se ha cubierto todas las subregiones de LAC y se ha capacitado en estos 4 talleres 101 profesionales de la salud, predominantemente médicos/as en el tema de Marco Bioético y Clarificación de Valores para la prestación de Servicios de SSyR. Todos estos talleres han contado con la cooperación de Ipas, que destacó a sus expertos en todos los talleres y facilitó el uso de sus herramientas de capacitación así como sus instrumentos de evaluación pre y pos taller

-Se ha editado en versión pdf y en imprenta los Relatos de los talleres, los mismos que están siendo enviados a los países

-Además, con la asistencia técnica y financiera de Ipas se han realizado dos talleres de Marco Bioético y Clarificación de valores en la Prestación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Venezuela (Marzo 2010) y Nicaragua (Abril 2010) en donde se ha capacitado adicionalmente a 40 médicos/as

-Con la asistencia técnica y financiera de Ipas se llevó a cabo un Taller Regional de Capacitación de Capacitadores en Clarificación de Valores, en Nicaragua, en donde se han capacitado 10 representantes de los Comités de DSyR de los países de LAC.

Grado de Cumplimiento 100%

5. Creación de una red de expertos académicos en el nivel regional, que pueda proponer la inclusión en los planes de estudios de las universidades el tema de la salud sexual y reproductiva basada en los derechos humanos, enfoque de género y aspectos interculturales

-Se convocó a tres expertos con quienes se hizo reunión de trabajo en Lima

-Ya se tiene el producto sobre Propuesta de contenidos curriculares en SSyR

-El Grupo de Trabajo está constituido y listo para asesorar a los países

-La propuesta ha sido editada en versión pdf y en imprenta y está siendo enviada a los países

-Se percibe en los países la necesidad de socializar la propuesta con las Facultades de Medicina a nivel de Pre y Post Grado

Grado de cumplimiento 100%

6. Creación y fortalecimiento de una red de expertos médicos en AE a nivel regional

-Se convocó una Reunión de expertos procedentes de 13 países con quienes se conformó una Red que elaboró las funciones del Grupo de Trabajo

-El Grupo de expertos elaboró un Posicionamiento del Comité de DSyR de FLASOG acerca de la Anticoncepción de emergencia

- Se ha editado la conformación y funciones del Grupo de Trabajo y el posicionamiento del Comité sobre la AE

-La edición se está enviando a los países y se les invita a realizar las consultas o solicitudes para que el Grupo las dictamine

Grado de cumplimiento 100%

Actividades en Salud materna y prevención del aborto inseguro

7. Asistencia técnica para actualizar los protocolos médicos basados en la evidencia de las enfermedades más frecuentes que afectan a las mujeres durante el embarazo y el parto y su aplicación en los servicios de salud pública

-Se convocó tres expertos y se realizó con ellos una reunión de trabajo en Lima

-Se establecieron responsabilidades y coordinación con el Comité de Mortalidad Materna de FLASOG

-Se ha producido el informe final de los expertos para ofrecer a los países asesoramiento

-Se cuenta con un registro de las fuentes que proceden de diferentes países, para actualizar sus protocolos

Grado de cumplimiento 100%

8. Apoyo técnico en la implementación y fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en todos los países

-Se convocó tres expertos y se realizó reunión de trabajo en Lima con ellos

-Se establecieron responsabilidades y coordinación con el Comité de Mortalidad Materna de FLASOG

-Se ha terminado de elaborar el documento final sobre las mejores prácticas para implementar el sistema de referencia de gestantes y puérperas complicadas, el mismo que está siendo puesto a disposición de los países

Grado de cumplimiento 100%

9. Foro Regional (América Central y del Sur) sobre prevención de abortos inseguros con las asociaciones de profesionales de la salud, los Ministerios de Salud y de la sociedad civil

-Se coordinó con CLACAI y con los representantes regionales y de país de los Comités de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG

-Se hizo temario, comprometió expositores, seleccionó participantes y se designó como sede la ciudad de Quito, Ecuador

-Se hizo el Foro Regional en el cual hubo una amplia participación de las diversas instituciones de la Sociedad Civil integrantes de CLACAI y los representantes de FLASOG, de los Ministerios de Salud y de la Sociedad Civil; en total 102 personas

-Se ha emitido un pronunciamiento conjunto

-Se ha concluido que el Misoprostol es un medicamento que debe incorporarse a la práctica obstétrica

-El Reporte Final está terminado y se empieza a distribuir a los países e instituciones participantes

Grado de cumplimiento 100%

10. Evaluación del funcionamiento de los comités de mortalidad materna en una muestra aleatoria en los países con las mayores tasas de mortalidad. Visita a los comités identificados. El informe final se elaborará durante el segundo año.

-Se convocó a un experto con quien se hizo el plan de trabajo

-Se contactó con los países

-No se ha elaborado aún el informe final

Grado de cumplimiento 40%

Actividades en Violencia Sexual

11. Elaboración de estándares regionales para ser integrados en el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Buscar la cooperación de OMS / OPS.

- Se convocó a dos expertos con quienes se coordinó una reunión de trabajo en Lima

- Se ha tenido comunicación con la Relatoría de DDHH de la Comisión Interamericana de DDHH para poder realizar actividades conjuntas en el tema de VS

-El producto está en versión pdf y se ha editado en imprenta para ser puesto a disposición de los países

Grado de cumplimiento 100%

12. Sistematización y difusión de buenas prácticas en varios países con experiencias exitosas en la atención de las víctimas de violencia sexual.

-Se convocó a dos expertos con quienes se coordinó reunión de trabajo en Lima

-El producto ha sido terminado y ya está en versión pdf

-Está en edición en imprenta y será distribuido a los países

Grado de cumplimiento 100%

13. Concurso Regional de Investigaciones o intervenciones realizadas para la protección de víctimas de violencia sexual. La identificación de un grupo técnico para la creación de los términos de referencia para el concurso, convocatoria, solicitudes, proceso de selección y proceso de adjudicación.

-Se hizo el diseño de las bases del concurso

-Se contactó un grupo de expertas para que puedan llevarlo adelante y se constituyeron en Jurado Calificador

-Se estableció comunicación con instituciones interesadas en toda la Región

-Fueron recibidos los trabajos enviados al concurso

-Se hizo la calificación de los trabajos por el Jurado Calificador en forma anónima y se estableció un Ranking con las calificaciones

-Se asignó los premios a las autoras de los tres primeros trabajos según el ranking

-Los trabajos han sido editados en pdf y en imprenta, para ser distribuidos a los países

-Se ha estimulado a los profesionales de la salud y de las ciencias sociales a producir reportes sobre investigaciones o intervenciones en VS

Grado de cumplimiento 100%

Actividades en Prevención del embarazo y del aborto inseguro en adolescentes

14. Estudio Regional sobre embarazos en adolescentes (menores de 15 años de edad), incluyendo el área de violencia sexual: realización del estudio regional y defender sus resultados

-Se identificó y comprometió a tres consultores de nivel continental para desarrollar el estudio y con quienes se realizó una reunión de trabajo en Lima

-El documento final ha sido entregado y se ha editado en pdf y en imprenta

-El documento final enfatiza sobre los riesgos del embarazo y parto en las menores de 15 años, así como la VS como origen del embarazo en la adolescencia temprana

-El documento final será distribuido a los países

Grado de cumplimiento 100%

Otras actividades

15. Seguimiento de las actividades del proyecto mediante medios electrónicos

-Se ha mantenido comunicación permanente con todos los responsables de las actividades por correo electrónico y eventualmente vía telefónica o Skype

-Los documentos fueron revisados en forma permanente

Grado de cumplimiento 100%

16. Reunión Regional del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG para la evaluación de los avances en América Latina por proceso, resultados e indicadores de impacto

-Se designó, en concordancia con el Comité Ejecutivo de FLASOG, como sede de la reunión la ciudad de Lima

-Se procedió a invitar a los asistentes a la reunión: El Comité Ejecutivo de FLASOG, los Presidentes de todas las Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología de los países de LAC, así como al Comité de DSyR en pleno

-Se asignó responsabilidades a los participantes

-El programa fue aprobado por las autoridades de FLASOG, así como el plan de trabajo

-Se discutió intensamente los avances del Proyecto, los resultados obtenidos y las propuestas de intervención para el período siguiente

- Se reconoció los importantes avances del proyecto
- Se recomendó hacer sostenible esta intervención
- Se ha elaborado un Relato final que está a disposición de los países

Grado de cumplimiento 100%

PRODUCTOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Las actividades de este Proyecto han permitido la creación de una alianza estratégica entre el UNFPA y FLASOG a fin de enfrentar la necesidad de reducir las tasas de mortalidad materna y elaborar una propuesta para atender en forma integral y humanizada a las víctimas de violencia sexual.

El Proyecto nos ha permitido obtener los siguientes productos:

1. En Salud Reproductiva y Planificación Familiar

- Difusión del conocimiento acerca del misoprostol como medicamento esencial en la práctica obstétrica para atender mejor las complicaciones y reducir la mortalidad materna
- Consenso para hacer abogacía y poder introducir este medicamento en la práctica obstétrica a nivel del sector público
- Estimulación de los investigadores para que reporten sus experiencias con el uso del misoprostol
- Interés de autoridades sanitarias en Brasil y Ecuador para introducir el misoprostol en la práctica obstétrica
- Registro de estudios sobre misoprostol publicados y no publicados
- Ofertar este modelo para extenderlo a otras regiones del mundo, a través de ICMA
- Mejoramiento de la comprensión por parte de los/as profesionales de la salud del respeto por los Derechos Humanos, la aplicación de los principios bioéticos y la clarificación de valores en la entrega de servicios de salud sexual y reproductiva
- Interés de los/as profesionales de salud en la profundización y diseminación sobre DDHH, DSyR, Marco Bioético y Clarificación de Valores a otros profesionales
- Conformación de un Comité de Expertos en Anticoncepción de Emergencia que ha elaborado un posicionamiento y se encuentra dispuesto a resolver consultas y asesorar a los países que así lo estimen conveniente
- Conformación de un Comité de Expertos en Contenidos Curriculares en Salud Sexual y Reproductiva
- Propuesta de contenidos curriculares en salud sexual y reproductiva para ser ofrecidos a las facultades de medicina a nivel de pre y post grado

2. En Salud materna y Prevención del Aborto Inseguro

- Conformación de un Comité de Expertos para actualizar los protocolos de manejo de las complicaciones que afectan el embarazo, el parto y el puerperio
- Listado de las principales publicaciones en la Región que servirán como consulta para la elaboración o actualización de protocolos
- Conformación de un Grupo de Expertos que asistan a los países para implementar o fortalecer sus sistemas de referencia y contrarreferencia de mujeres embarazadas o puérperas con complicaciones
- Pautas generales para la implementación de un buen sistema de referencia y contrarreferencia
- Reunión Regional con la participación de CLACAI, FLASOG, organizaciones de la sociedad civil, ministerios de salud y representantes de las organizaciones comunitarias para discutir la necesidad de hacer prevención del aborto inseguro
- Pronunciamiento sobre compromisos de las organizaciones e instar a los gobiernos para emprender acciones a fin de reducir el aborto inseguro
- Inicio de la Evaluación el funcionamiento de los Comités de Mortalidad Materna

3. En Violencia Sexual

- Propuesta de estándares regionales para la atención integral de las víctimas de violencia sexual
- Inicio de una relación institucional con la Relatoría de Derechos Humanos de la Comisión Interamericana de DDHH para realizar acciones conjuntas
- Listado de buenas prácticas en la atención de víctimas de violencia sexual que pueda ser ofrecido a los países
- Estimulación de investigaciones o intervenciones en la atención o apoyo a víctimas de violencia sexual
- Reporte de investigaciones o intervenciones realizadas para apoyar a las víctimas de violencia sexual

4. En Prevención del Embarazo y el Aborto Inseguro en Adolescentes

- Enriquecimiento del bagaje de conocimientos acerca del embarazo y la violencia sexual en las adolescentes menores de 15 años
- Recomendaciones para reducir el embarazo, la violencia sexual y el aborto inseguro en adolescentes menores de 15 años

5. Otras actividades

- Seguimiento electrónico de las actividades realizadas a nivel regional y de país
- Búsqueda de la sostenibilidad de las actividades realizadas e incorporar otras para el período siguiente

COMENTARIO FINAL

Las actividades y logros de este proyecto han sido posible dadas las coincidencias programáticas entre UNFPA/LACRO y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, que han condicionado durante el año 2010 una amplia participación de ambas partes en un proceso sin precedentes.

Las actividades propuestas dentro de este proyecto han sido cumplidas en su totalidad, en primer lugar por el esfuerzo y la dedicación que han puesto los coordinadores subregionales del Comité de DSyR y los/as representantes de cada uno de los países afiliados a FLASOG.

Ha sido fundamental poder contar con el permanente apoyo técnico y financiero de UNFPA, así como con el apoyo técnico y financiero de instituciones como Ipas, CLACAI y Promsex que en todo momento nos han proporcionado su expertise. A todas las personas e instituciones involucradas en el desarrollo del proyecto vaya nuestro reconocimiento.

Así mismo, las alianzas generadas con otras instituciones han sido significativas en el logro de resultados y productos. La alianza entre FLASOG y CLACAI ha utilizado la estrategia de la conjunción de esfuerzos para llevar adelante un Foro Regional sobre Prevención del Aborto Inseguro, lo que indudablemente ha producido un acercamiento entre ambas instituciones. El producto de esta alianza se traduce en la producción de una declaración conjunta y en la asunción de compromisos en torno a contribuir a reducir los embarazos no deseados y el aborto inseguro, como estrategia para reducir las muertes maternas.

La alianza generada entre FLASOG y CLAE en un Taller sobre Anticoncepción de Emergencia ha contribuido a fortalecer el acercamiento de estas dos instituciones y la argumentación actualizada sobre los mecanismos de acción de los anticonceptivos de emergencia, que se constituye en una valiosa herramienta para la incidencia política en base a argumentos científicos.

La alianza generada entre FLASOG e Ipas ha utilizado la estrategia de la realización de talleres sobre Marco Bioético y Clarificación de Valores para la Prestación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, que ha contribuido a acercar a ambas instituciones dentro de la cual Ipas ha proporcionado el expertise de sus recursos humanos y sus herramientas de capacitación y evaluación, a fin de poder producir un cambio de actitudes en los/as profesionales de la salud frente al aborto inseguro.

Como podemos deducir de la lectura de los productos logrados a lo largo de las actividades, existe un saldo favorable de este proyecto; sin embargo queda aún un conjunto de acciones pendientes por desarrollar. Entre las conclusiones a las que se llegó durante la evaluación, fue la satisfacción por el conjunto de logros, sin descuidar la necesidad de que se busque la continuidad y sostenibilidad de actividades durante el siguiente período.

Finalmente queremos dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento al permanente aliento y al apoyo recibido de las autoridades del Comité Ejecutivo de FLASOG, sin los cuales no hubiera sido posible terminar exitosamente la programación.

Lima, Diciembre 2010