

LI 968

PG6

MENSAJES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Oficina Regional para América Latina y el Caribe

00986

EL POPULATION COUNCIL busca ayudar a mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras del mundo, y ayudar a alcanzar un balance humano, equitativo y sustentable entre la población y los recursos. El Council analiza temas y tendencias poblacionales; realiza investigación biomédica para desarrollar anticonceptivos nuevos; trabaja con organizaciones públicas y privadas para mejorar la calidad y alcance de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva; ayuda a los gobiernos a influir sobre las conductas demográficas; divulga resultados de investigación en el área de la población a públicos apropiados; y ayuda a fortalecer la capacidad en investigación en países menos desarrollados. El Council es una organización no lucrativa que fue fundada en 1952. Se dedica a la investigación y está dirigida por una junta directiva multinacional. Apoyando una red global de oficinas en regiones y países, la oficina matriz del Council se ubica en Nueva York con una Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Las direcciones de estas oficinas son:

One Dag Hammarskjold Plaza
Nueva York, Nueva York 10017, E.U.A.
Tel.: (212) 339-0500
Fax: (212) 755-6052
Correo electrónico: pubinfo@popcouncil.org
<http://www.popcouncil.org>

Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Escondida 110, Col. Villa Coyoacán, 04000 México, D.F.
Tel. (525)554-8610; Fax: (525)554-1226;
Correo electrónico: inopalmx@mpsnet.com.mx

Esta publicación fue financiada por el Proyecto INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe) bajo el Contrato No. CCP-95-00-00007-00 con la Oficina de Población de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Responsable de la publicación: Silvia Llaguno
Impresión: Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
©1998 Population Council/INOPAL III

Cualquier parte de este documento podrá reproducirse sin permiso de los autores, siempre y cuando se reconozca la fuente y la información no se utilice con fines de lucro. Agradeceremos cualquier comentario o sugerencia de los lectores. Para solicitar más copias de este documento, materiales de difusión o requerir más información, por favor solicitarla a la Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Reproductive Health Messages, publicación del Population Council,
Oficina Regional para el sur y este de Asia, diciembre de 1997.
La edición en español fue preparada con la colaboración de:
Angela Heimbürger, Guillermina Herrera, Ana Langer y Charlotte Ellertson.
Traducción del original: Susana Marín.



ÍNDICE

Introducción	5
I. Salud y derechos sexuales y reproductivos	7
II. Adolescencia	17
III. Maternidad sin riesgos	23
IV. Métodos anticonceptivos	33
V. Anticoncepción post-coito o anticoncepción de emergencia	41
VI. Aborto inseguro	51
VII. Infecciones del aparato reproductor (ITR) y enfermedades de transmisión sexual (ETS)	65
VIII. Otros temas de salud reproductiva	79
Cáncer cérvico-uterino	81
Cáncer mamario	85
Consentimiento informado	90

INTRODUCCIÓN

La trascendencia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ha sido ampliamente reconocida en las últimas décadas. De este modo, la comunidad internacional, los profesionales de la salud, los activistas y la sociedad en general se han aliado para asegurar el acceso de las mujeres y las parejas a una atención de calidad, así como para pugnar por un entorno en el que se respeten los derechos sexuales y reproductivos. Distintos acontecimientos han marcado este proceso: el reconocimiento por parte de Naciones Unidas de los años 1985-1995 como la Década de la Mujer, la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos (1987) y, más recientemente, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD, (El Cairo, 1995) y la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995), las dos últimas convocadas por la Organización de Naciones Unidas.

En la Declaración que surge de la conferencia de El Cairo, los gobiernos de más de 180 países reconocieron por primera vez, como parte de los derechos humanos, a aquéllos dirigidos a garantizar la salud sexual y reproductiva, la elección libre e informada y la no discriminación o coerción en asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva. Estos derechos, ahora oficiales, se agregan al derecho a la planificación familiar establecido desde hace más de dos décadas en constituciones e instrumentos legislativos de muchos países del mundo.

En esta misma conferencia, el mundo dejó asentado que el logro de las metas demográficas, tales como la reducción del crecimiento de la población, requeriría no sólo de programas y servicios de planificación familiar, sino de un cambio mucho más amplio que incluye mejoría en la condición de las mujeres en el contexto familiar, comunitario y nacional. Dejar claramente asentado este concepto fue de vital importancia para las mujeres de los países pobres, quienes no pueden ejercer sus derechos o alcanzar la salud reproductiva por falta de poder en el seno familiar y en la sociedad. De El Cairo emanó también un nuevo énfasis en el papel de las mujeres como piezas centrales del desarrollo social, económico y demográfico.

Aunque reconociendo la importancia de la anticoncepción y la planificación familiar en todo programa dirigido a promover una reproducción saludable, en la CIPD se adoptó un concepto de salud reproductiva mucho más amplio, basado en la definición de la Organización Mundial de la Salud que había sido publicada a fines de la década de los ochenta. En ella, se hace explícito el vínculo entre la salud y la sexualidad, el papel que juegan los hombres y la necesidad de promover un mayor compromiso de la pareja, al tiempo que se incluyen temas no abordados hasta entonces por los especialistas en salud en este campo, tales como la violencia doméstica y los cánceres ginecológicos. En la conferencia se reconoció el desafío que representa para los gobiernos y los servicios el compromiso de ofrecer una respuesta efectiva y realista a esta compleja lista de necesidades.

Como corolario de esta nueva responsabilidad, los gobiernos de los países signatarios de la declaración de El Cairo se han esforzado por aplicar el enfoque de salud reproductiva a sus programas y servicios, hasta hace poco dedicados solamente a la planificación familiar y a la atención a la salud materno-infantil. En los cinco años transcurridos desde entonces, el grado de avance, la postura oficial —más o menos identificada con la agenda de la CIPD— y los recursos invertidos en esta transformación han variado entre las naciones signatarias.

A partir de 1995 aparece con más fuerza que nunca un nuevo protagonista: la sociedad civil organizada que ha jugado desde entonces el papel fundamental de conciencia crítica que empuja hacia el cumplimiento de los compromisos asumidos, y que se esfuerza por evitar que la agenda acordada caiga en el olvido, o que la inercia de los programas y servicios imposibilite los cambios. Mujeres y hombres de los organismos no gubernamentales han incrementado desde entonces sus conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva, han defendido el respeto a los derechos de las mujeres y las parejas, y han establecido vínculos de trabajo con profesionales y políticos involucrados en temas de salud.

Han transcurrido sólo cinco años desde la conferencia de El Cairo, tiempo insuficiente para esperar que los ambiciosos objetivos planteados se hayan alcanzado. Una primera evaluación de avances se hará durante 1999. Con ella se espera identificar las áreas que requieren de mayores o diferentes esfuerzos, y refrendar el compromiso de los gobiernos y los organismos internacionales técnicos y financieros.

Tal vez como nunca antes, instituciones públicas, organizaciones internacionales de ayuda, donantes y activistas colaboran en la búsqueda del nuevo paradigma. El Population Council, institución internacional que realiza y apoya investigación en el campo de la población y la salud reproductiva, participa activamente en este esfuerzo. A través de proyectos que aportan información confiable y oportuna, así como mediante la asistencia técnica a colegas y compañeros de los países donde desarrollamos actividades, esperamos contribuir con nuestro grano de arena.

Esta publicación es una muestra más de nuestro compromiso. Con ella deseamos poner a disposición de profesionales y activistas dedicados a la promoción de una mejor salud sexual y reproductiva, algunos de los conceptos y datos más relevantes sobre el tema, en un formato ameno y accesible. Todos los contenidos de este documento provienen de fuentes confiables, y si bien no permiten una revisión exhaustiva de los numerosos tópicos que se incluyen en este volumen, ofrecen una visión clara de sus aspectos esenciales.

Nuestro trabajo se basó en una publicación semejante recopilada por nuestros colegas del Population Council en Asia. A pesar de las obvias diferencias culturales, sociales y epidemiológicas entre esa región y la de América Latina, creemos firmemente que las mujeres, las parejas y los niños del mundo en desarrollo comparten un cúmulo de necesidades y merecen una respuesta igualmente comprometida e intensa por parte de todos los que estamos dedicados al mejoramiento de la calidad de vida y la salud de nuestras poblaciones.

Fuentes: *Reproductive Health Messages*, 1997, Population Council, Regional Office for South and East Asia, Nueva Delhi; Catley-Carlson, Margaret. 1999. *From Cairo to Kayoro. Bringing Reproductive Health to a Village in Ghana*, Population Council, Nueva York.

SALUD Y DERECHOS

SEXUALES Y

REPRODUCTIVOS

SALUD SEXUAL

La salud sexual implica una vida sexual responsable, satisfactoria y segura. Para lograrla, se requiere un enfoque positivo hacia la sexualidad humana y respeto mutuo entre compañeros sexuales. Al reconocer la importancia de la salud y los derechos sexuales, los sistemas de salud y educación pueden ayudar a prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual, la coerción y la discriminación, y contribuir a que todas las personas disfruten de una sexualidad saludable y que ésta se acepte como parte del bienestar general del ser humano. Un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud ha descrito la salud sexual como "la integración positiva de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar sexual que contribuya al mejoramiento de la personalidad, la comunicación y el amor".

¿QUÉ ES LA SALUD SEXUAL?

Los elementos básicos de la salud sexual incluyen:

- una vida sexual libre de enfermedades, lesiones, violencia, incapacidades, dolor innecesario o riesgo de muerte;
- una vida sexual sin temor, vergüenza, culpabilidad o ideas falsas sobre la sexualidad, y
- la capacidad de disfrutar y controlar la propia sexualidad y reproducción.

Para asegurar la salud sexual se requiere:

- respeto al derecho de integridad corporal de cada individuo y al derecho de controlar el propio cuerpo;
- apoyo a las dimensiones emocionales y sociales de la sexualidad que mejoren el bienestar y las relaciones personales;
- un equilibrio del poder en las relaciones sexuales; y

SERVICIOS NECESARIOS PARA ASEGURAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

EDUCACIÓN,
CONSEJERÍA,
INFORMACIÓN
Y SERVICIOS
SOBRE
SEXUALIDAD
Y GÉNERO
DURANTE
TODA LA VIDA.

- acceso a información y servicios seguros sobre salud sexual y reproductiva, de buena calidad y a costos asequibles.

ASEGURANDO LA SALUD SEXUAL

La salud sexual de mujeres y hombres se garantiza mediante políticas y programas que den poder a las mujeres y exhorten a los hombres para que asuman la responsabilidad de su propia conducta sexual. El Programa de Acción adoptado por 184 países en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, contribuyó al debate sobre la mejor forma de definir y comprender la salud sexual y los pasos que se requieren para lograr la salud sexual de mujeres y hombres en todo el mundo, incluyendo:

Equidad en las relaciones sexuales

La sexualidad y la relación entre géneros constituyen el núcleo de la salud reproductiva y sexual. Empero, la mayoría de los programas y políticas sobre salud y educación siguen reforzando normas diferentes para hombres y mujeres, así como la dominación masculina. El Programa de Acción de la CIPD declara:

La equidad en las relaciones entre hombres y mujeres en cuanto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo un absoluto respeto hacia la integridad física, requiere del respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual. El comportamiento sexual responsable, la sensibilidad y la igualdad en las relaciones entre géneros, en particular cuando se inculcan durante los años formativos, mejoran y promueven las relaciones respetuosas y armoniosas entre hombres y mujeres. (7.34)

PREVENCIÓN,
DETECCIÓN,
DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO
DE ENFERMEDADES
DE TRANSMISIÓN
SEXUAL (ETS).



ANTICONCEPCIÓN
VOLUNTARIA
PARA LOS
INDIVIDUOS
(UNA GAMA
COMPLETA
DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS).



ATENCIÓN
ESPECIAL
A NIÑAS
Y MUJERES
VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA.

La eliminación de la violencia contra la mujer

Toda mujer tiene el derecho a no sufrir violencia en los ámbitos público y privado. Cuando se infringe este derecho, las mujeres no pueden disfrutar libremente de sus derechos humanos básicos. La Declaración de Viena y el Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993 reconoce:

... la importancia de trabajar por la eliminación de la violencia contra las mujeres en los ámbitos públicos y privados; la eliminación de toda forma de hostigamiento sexual, explotación y tráfico de mujeres; la eliminación de la parcialidad basada en el género en la administración de la justicia, y la erradicación de cualquier conflicto que pudiera surgir entre los derechos de la mujer, los efectos dañinos de ciertas costumbres y prácticas tradicionales y culturales, y los prejuicios y el extremismo religioso. (11.38)

Cambios en los papeles masculinos

Muchos hombres no asumen la responsabilidad de su propia conducta sexual, su fecundidad, la transmisión de infecciones y el bienestar de sus compañeras sexuales y de los niños que engendran. El Programa de Acción de la CIPD declara:

Se deben realizar esfuerzos especiales para subrayar la responsabilidad compartida de los hombres y promover su participación activa en una paternidad responsable y un comportamiento sexual y reproductivo, incluyendo la planificación familiar; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; el control sobre los ingresos familiares y la educación, la salud y nutrición de los hijos, y el reconocimiento y la promoción del idéntico valor de los hijos de ambos sexos. (4.27)

SISTEMAS
DE BUENA
CALIDAD
DE ATENCIÓN
PRIMARIA
A LA SALUD
Y MECANISMOS
DE REFERENCIA
PARA
PROBLEMAS
DE SALUD
COMPLEJOS.

Asegurar que los sistemas de salud y educación aborden la sexualidad de todas las edades y las relaciones entre géneros

Es importante que los padres y las comunidades apoyen los sistemas de salud que abordan las relaciones de género y la sexualidad; que reconozcan que la sexualidad es positiva y que la salud sexual es crucial para el bienestar de las personas. El Programa de Acción de la CIPD declara que:

Los países, al mismo tiempo que reconocen los derechos, deberes y responsabilidades de los padres y de otras personas legalmente responsables de los adolescentes para proporcionarles orientación y dirección en materia de sexualidad y reproducción, de una manera consistente con la evolución de las capacidades de los adolescentes, deben también asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de atención a la salud no restrinjan el acceso de los adolescentes a los servicios y a la información que requieren, incluso sobre enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual. (7.45)

Las mujeres también tienen necesidades especiales de salud en los años posteriores a la reproducción.

- Para el año 2025, 14% de la población mundial tendrá más de 60 años, y la mayoría de las personas de edad avanzada del mundo serán mujeres. De las personas mayores de 60 años, 72% vivirá en países en desarrollo.

Fuente: *International Women's Health Coalition*, 1993.

DERECHOS SEXUALES

Para prevenir la violencia sexual, la coerción y la discriminación en el mundo entero, es preciso definir y reconocer de manera explícita los derechos sexuales. Los sistemas educativos, jurídicos y de salud, deben promover el respeto a los derechos sexuales para mujeres y hombres en todo el mundo.

¿QUÉ SON LOS DERECHOS SEXUALES?

Los derechos sexuales son parte de los derechos humanos básicos y se refieren a:

- el respeto absoluto a la integridad física del cuerpo humano;
- el derecho a los más altos niveles de salud sexual y reproductiva;
- el derecho a la información y a los servicios necesarios asegurando una confidencialidad absoluta;
- el derecho a tomar decisiones sobre sexualidad y reproducción libres de discriminación, coerción o violencia.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES?

Reconocer los derechos sexuales ayudará a asegurar que las mujeres y las niñas no se vean sujetas a:

- relaciones sexuales, embarazos y maternidad no deseados;
- violencia física, sexual y psicológica en la comunidad o en el lugar de trabajo,

PARA ASEGURAR LOS DERECHOS SEXUALES SE REQUIERE:

INFORMAR A LAS PERSONAS SOBRE SUS DERECHOS SEXUALES.



SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE BUENA CALIDAD.

- incluyendo abuso y hostigamiento sexuales, intimidación y violación;
- servicios de anticoncepción coercitivos o riesgosos;
- violencia física, sexual y psicológica en el hogar, incluyendo la violación marital, el maltrato físico, el confinamiento y el incesto;
- intervenciones médicas no deseadas;
- discriminación y violencia con base en la orientación sexual;
- contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo VIH/SIDA, y
- violación sistemática como arma de guerra.

BASES DE LOS DERECHOS SEXUALES

Los derechos sexuales corresponden a ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales y en los documentos internacionales:

- todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. (*Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos*, CIDCP, artículo 9).

- todas las personas son iguales ante la ley, y sin discriminación tienen derecho a recibir igual protección de ella. (CIDCP, artículo 26).
- nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. (*Declaración Universal de los Derechos Humanos*, artículo 5; CIDCP, artículo 7).

La comunidad internacional también ha declarado:

Ciudad de México, 1975:

El cuerpo humano, tanto de mujeres como de hombres, es inviolable, y el respeto hacia él constituye un elemento fundamental de la dignidad humana y la libertad. (*Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer*, artículo 11).

SISTEMAS
JURÍDICOS QUE
RECONOZCAN
Y PROTEJAN
LOS DERECHOS
SEXUALES.



COOPERACIÓN
NACIONAL E
INTERNACIONAL
PARA PONER
EN EVIDENCIA
Y ACTUAR
EN CONTRA
DE LA COERCIÓN
Y LA VIOLENCIA
SEXUALES.



VIGILANCIA PARA
ASEGURAR QUE
SE PROTEJAN
LOS DERECHOS
SEXUALES.

Nairobi, 1985:

La capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad constituye una base importante para el disfrute de otros derechos. (*Estrategias a futuro de Nairobi*, 156).

El Cairo, 1994:

Los países deben actuar para dar más poder a las mujeres y deben tomar medidas para eliminar las desigualdades entre hombres y mujeres tan pronto como sea posible mediante [...] la eliminación de todas las prácticas que discriminen a las mujeres. Los gobiernos deben ayudar a las mujeres para que establezcan y hagan efectivos sus derechos, incluyendo aquéllos relacionados con la salud reproductiva y sexual. (CIPD, 1994, 4.4c).

SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

En septiembre de 1994, en El Cairo, 184 países aprobaron un plan histórico para lograr un equilibrio entre la población del mundo y sus recursos. Por primera vez, un acuerdo internacional sobre población otorgó un papel primordial a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo acordó que para el año 2015 se debe alcanzar el acceso universal a servicios de atención a la salud reproductiva. El reto para los políticos, administradores de programas y defensores es persuadir a los gobiernos, animar a los donantes y reforzar la capacidad de grupos de mujeres y otras organizaciones no gubernamentales para que aseguren la instrumentación cabal de los acuerdos tomados en El Cairo.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), los gobiernos definieron la salud reproductiva como: *"un estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o padecimientos, en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor, sus funciones y procesos"*.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA?

La atención a la salud reproductiva busca satisfacer las necesidades de salud de mujeres y hombres en relación con la sexualidad y la procreación. Los objetivos de los programas y la oferta de servicios cubren, y van más allá, de la planificación familiar y la atención a la salud materno-infantil.

Los componentes de la atención a la salud reproductiva incluyen:

- consejería sobre sexualidad, embarazo, anticoncepción, aborto, infertilidad, infecciones y enfermedades;
- educación sobre sexualidad y relaciones entre los géneros;
- prevención, detección y tratamiento de infecciones del aparato reproductor, ETS, incluyendo el VIH/

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y EL ACCESO A LA ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA SON NECESARIOS PARA QUE LAS MUJERES PUEдан:

EXPERIMENTAR UNA VIDA SALUDABLE, LIBRE DE ENFERMEDADES, VIOLENCIA, INCAPACIDAD, TEMOR, DOLOR O MUERTE ASOCIADOS CON LA REPRODUCCIÓN Y LA SEXUALIDAD.

SIDA, y problemas ginecológicos;

- oportunidades para las decisiones voluntarias y plenamente informadas sobre anticoncepción, dentro de una gama de métodos lo más amplia posible;
- prevención y tratamiento de la infertilidad;
- servicios de post-aborto seguros;
- cuidado prenatal, supervisión del parto y atención en el post-parto, y
- servicios de salud para bebés y niños.

La calidad de la atención es prioritaria y se asegura al:

- mantener altas normas de capacidad técnica;
- tratar a los usuarios con respeto y comprensión;
- diseñar una prestación de servicios que satisfaga las necesidades de los usuarios;
- proporcionar seguimiento a los/as pacientes.

- En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se calculó que para el año 2000 se necesitarán \$17,000 millones de dólares anuales para proporcionar acceso universal a servicios de salud reproductiva en los países de escasos recursos.

¿QUÉ SON LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS?

Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos ya reconocidos e incluyen:

- el derecho de todas las parejas e individuos a decidir en forma libre y responsable el número, espaciamiento y tiempo de nacimiento de sus hijos, y de disponer de la información y los medios necesarios para lograrlo;
- el derecho a alcanzar los más altos niveles de salud sexual y reproductiva, y de contar con servicios e información que así lo permitan, y
- el derecho a tomar decisiones respecto de la reproducción sin discriminación, coerción o violencia.

CONTROLAR
SU PROPIA
FECUNDIDAD
DE MANERA
SEGURA
Y EFICAZ
CONCIBIENDO
CUANDO LO
DESEEN,
PREVIENIENDO
LOS EMBARAZOS
NO DESEADOS
Y LLEVANDO
A TÉRMINO
LOS EMBARAZOS
DESEADOS.



DAR A LUZ
Y CRIAR HIJOS
SALUDABLES
DEL MODO
Y EN EL
MOMENTO
QUE ASÍ LO
DESEEN.

¿CÓMO PUEDE LA SALUD REPRODUCTIVA VOLVERSE UNA REALIDAD?

Modificando los programas de salud y planificación familiar existentes con el fin de:

- ampliar los servicios de manera que cubran las múltiples necesidades de salud reproductiva y sexual de las mujeres;
- intensificar la supervisión y capacitación del personal y utilizar sistemas que recompensen la atención de buena calidad, y no simplemente el número de usuarios que se atienden;
- diseñar servicios que protejan los derechos de las mujeres y que promuevan un mayor poder para ellas;
- proporcionar información y servicios a mujeres que estén por encima o por debajo de la edad reproductiva, sin menoscabo de su estado civil;
- fomentar y apoyar a los hombres para que compartan la responsabilidad del comportamiento sexual y reproductivo, la salud prenatal y materno-infantil, la crianza de los hijos, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones por el VIH/SIDA, y la violencia, e

- invertir en investigaciones para cubrir vacíos críticos en la tecnología y los servicios, incluyendo el desarrollo de microbicidas,* métodos de diagnóstico de las ETS, tratamientos sencillos y económicos para éstas y atención obstétrica de emergencia.

Respetando importantes principios:

- los programas y servicios deben adaptarse a las circunstancias particulares de los usuarios, y deben ser accesibles y asequibles para todas las mujeres;
- las mujeres deben participar en todas las etapas del diseño y la instrumentación de los programas;
- los programas deben apoyar a mujeres y hombres para que compartan la responsabilidad de su conducta sexual, su fecundidad y la salud y bienestar de sus compañeros e hijos.

Utilizando mejor los recursos:

- no es necesario esperar a que haya más dinero o personal adicional;
- los recursos existentes pueden utilizarse de manera más imaginativa y eficaz;

OBTENER DE
LOS SERVICIOS
LA SATISFACCIÓN
DE SUS
NECESIDADES
COMO ELLAS
LAS PERCIBEN,
RECONOCIENDO
QUE ESTAS
NECESIDADES
SON MÚLTIPLES
Y ESTÁN
INTER-
RELACIONADAS.

- los servicios se pueden integrar y vincular entre sí, y
- es posible establecer prioridades presupuestales.

¿CÓMO PUEDEN ASEGURARSE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS?

- Los gobiernos, los donantes y la comunidad deben emprender acciones concertadas para garantizar que todas las parejas e individuos que deseen servicios de salud sexual y reproductiva los obtengan.
- Se deben establecer y aplicar leyes y políticas para prevenir la discriminación, la coerción y la violencia asociadas con la sexualidad y la reproducción.
- Mujeres y hombres deben trabajar juntos para conocer sus derechos, lograr que sus gobiernos se responsabilicen de ellos y les apoyen a través de la educación y la defensa de estos derechos.

Estos conceptos se derivan del trabajo que en todo el mundo realizan los defensores internacionales de la salud de la mujer.

* Los microbicidas son compuestos que, al aplicarse intravaginalmente, pueden prevenir el contagio por agentes de transmisión sexual, incluyendo bacterias, parásitos y virus como el VIH, con o sin efecto espermicida.



ADOLESCENCIA

Los países deben asegurarse de que ni los programas ni las actitudes de los prestadores de servicios de salud restrinjan el acceso de los/as adolescentes a servicios apropiados y a la información que requieran, incluyendo los relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y el abuso sexual. Con este fin, estos servicios deben salvaguardar los derechos de los/as adolescentes a la privacidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento informado, con respeto a los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto y cuando resulte apropiado, los países deben eliminar las barreras legales, reglamentarias y sociales a la información y la atención a la salud reproductiva de los/as adolescentes. (CIPD, 7.45).

SEGÚN LA OMS, UN(A) ADOLESCENTE ES LA PERSONA QUE TIENE ENTRE 10 Y 19 AÑOS DE EDAD; EL TÉRMINO MÁS AMPLIO DE "JOVEN" SE REFIERE A LA PERSONA QUE TIENE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD.

Adolescentes en riesgo

- Las adolescentes suelen usar métodos anticonceptivos en menor medida que las mujeres de mayor edad, lo que implica una tasa más elevada de embarazos no deseados para las primeras. En América Latina existen importantes diferencias entre los países. En Costa Rica y Brasil, por ejemplo, las adolescentes casadas tienden a utilizar más los anticonceptivos que las solteras. Por contraste, en Colombia y Perú el nivel de uso es más alto entre adolescentes solteras.
- En América Latina, un tercio de las mujeres jóvenes se convierte en madre cuando aún es adolescente. En Guatemala y Nicaragua la proporción es más elevada: aproximadamente la mitad de las adolescentes es madre antes de cumplir 20 años.
- Las adolescentes que se embarazan tienen mayores riesgos de salud que las mujeres adultas, particularmente las jóvenes solteras que suelen carecer de un cuidado prenatal apropiado. Los primeros partos conllevan, para todas las mujeres, mayores riesgos que los sucesivos; pero para las adolescentes estos riesgos son todavía mayores. Las mujeres que comienzan a tener hijos cuando aún son adolescentes, suelen tener un mayor número y un menor espaciamiento entre nacimientos.
- La OMS estima que, para las mujeres entre 15 y 19 años, el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es del doble que aquél que existe para las mujeres de 20 a 24 años. Para las muchachas de 10 a 14 años, las tasas de mortalidad materna pueden llegar a ser hasta cinco veces más altas que para las mujeres de 20 a 24 años.
- En Chile y Argentina, más de un tercio de la mortalidad materna entre adolescentes es resultado directo del aborto en condiciones de riesgo. En Perú, un tercio de las pacientes hospitalizadas por complicaciones de aborto son mujeres entre 15 y 24 años de edad; el aborto realizado en condiciones inseguras constituye la tercera causa de mortalidad materna.
- Se estima que en la región de América Latina y el Caribe uno de cada tres embarazos termina en aborto. La tasa de abortos entre las adolescentes solteras ha venido aumentando.
- Los niños de madres adolescentes tienden más a ser prematuros, a tener peso bajo al nacer y a sufrir las consecuencias de un crecimiento fetal retrasado. La mortalidad es más elevada entre los recién nacidos y niños menores de cinco años cuyas madres son menores de 20 años. (Population Reference Bureau. 1996. *La juventud del mundo*).

- Según la OMS, las tasas más altas de ETS se dan entre los jóvenes de 20 a 24 años, seguidos por las adolescentes de 15 a 19 años. En muchos países, a los jóvenes de 15 a 24 años corresponde 40% de todos los nuevos casos de infecciones por el VIH.
- En Guatemala, Quito y Guayaquil, los jóvenes suelen tener su primera experiencia sexual con una sexoservidora. En América Latina, los hombres se inician en la actividad sexual a edad más temprana que las mujeres.

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York; y Population Reference Bureau. 1996. *La juventud del mundo*.

Estimaciones indirectas del número de abortos, tasas de aborto y embarazo, y razón del aborto entre las adolescentes (15-19 años) en cinco países de América Latina, 1995

<i>Características</i>	<i>Brasil</i>	<i>Colombia</i>	<i>República Dominicana</i>	<i>México</i>	<i>Perú</i>
Porcentaje de todos los nacimientos que ocurren en adolescentes	16.3	20.5	18.2	18.1	12.9
Porcentaje de adolescentes hospitalizadas/total mujeres hospitalizadas	16.8	14.6	21.0	10.9	10.4
Número de abortos	255,069	46,754	14,075	61,522	30,047
Tasa de aborto (por 1 000 adolescentes, por año)	32	26	36	13	23
Tasa de embarazos (por 1 000 adolescentes, por año)	106	115	124	99	84
Razón de aborto por 100 embarazos	30	23	29	13	28

Fuente: Singh, S. 1998. "Adolescent Childbearing in Developing Countries: A Global Review", *Studies in Family Planning*, 29, 2: pp. 117-136.

SERVICIOS QUE SE DEBEN PRESTAR A LOS/AS ADOLESCENTES

Los/as adolescentes integran un grupo importante de la población, para el cual se deben diseñar e instrumentar programas que incluyan:

- escolaridad y capacitación accesibles, de buena calidad y sensibles al género;
- preparación y participación para una vida asalariada independiente;
- promoción en las familias de una visión que apoye una niñez y juventud femeninas productivas y la postergación del matrimonio;
- habilidades prácticas para evitar el sexo no protegido o no deseado y el consumo de drogas, e
- información y servicios de salud reproductiva y nutrición.

Preparado por el FNUAP y Family Care International, 1995.



MATERNIDAD

SIN RIESGOS

Los países deben mejorar la salud y nutrición de las mujeres, reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, y reducir en gran medida el número de muertes derivadas de abortos inseguros. (CIPD, 8.20 a, b).

LA MATERNIDAD SIN RIESGOS ES LA AUSENCIA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD ASOCIADAS CON EL EMBARAZO

Las complicaciones relacionadas con el embarazo figuran entre las cinco principales causas de muerte entre las mujeres de América Latina y el Caribe. En algunos de los países del área, el riesgo de morir que enfrenta una mujer durante el embarazo o el parto es 80 veces mayor que en Estados Unidos y Canadá.

- En 1990, la mortalidad materna era moderadamente alta en Sudamérica (menos de 50 muertes por cada 100,000 nacidos vivos); alta en el Caribe, Centroamérica, México y la región que comprende a Brasil, las Guyanas, Paraguay y Surinam (entre 50 y 100), y muy alta en la región andina (más de 100). (Fuente: Acsadi G. y cols. 1993. *La maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe*. Family Care International, Nueva York).
- Las muertes maternas que ocurren en los países de la región son evitables en 94% de los casos. (OPS/OMS. 1986. *Documento sobre el estudio y prevención de la mortalidad materna*. Fascículo I, Washington, D.C).
- Según el UNICEF, las adolescentes representan una cuarta parte de las 500,000 mujeres que mueren cada año a consecuencia de las complicaciones del embarazo; 99% de esas muertes ocurre en los países en desarrollo.
- Existe una relación entre la disminución de muertes maternas, la planificación familiar y la legalización del aborto. Respecto a la primera, se estima que se podría reducir 33% en América Latina si las mujeres que no desean más hijos pudieran evitar embarazarse. (Maine D. 1990. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Center for Population and Family Health, Columbia University, Nueva York).

¿Cuál es el objetivo de la iniciativa por una maternidad sin riesgos?

Asegurar que **todas** las mujeres tengan acceso a una gama de servicios de salud sexual y reproductiva asequibles y de alta calidad; en especial, servicios de cuidado materno y tratamiento de emergencias obstétricas, con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad materna. (Basado en los compromisos asumidos en la *Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*, la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, la *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*, la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* y la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*).

¿Cuál es el problema?

- Todos los años, al menos 585.000 mujeres mueren como consecuencia de las complicaciones ocurridas durante el embarazo y el parto. En muchos países en desarrollo, estas muertes maternas constituyen entre 25 y 33% del total de muertes de mujeres en edad reproductiva.
- En los países en desarrollo, más de la cuarta parte del total de mujeres adultas sufre de enfermedades y lesiones asociadas con el embarazo o el parto. Cada año, las mujeres sufren más de 50 millones de estos problemas de salud.
- En todo el mundo, las mujeres enfrentan anualmente 75 millones de embarazos no deseados. Todos los días, 55,000 de estos embarazos son interrumpidos de manera insegura.
- En los países en desarrollo, tres cuartas partes del total de 7.5 millones de muertes perinatales anuales podrían evitarse mediante una nutrición materna adecuada y servicios de salud materna de alta calidad. (Secretaría de Maternidad sin Riesgos, Family Care International. 1998).
- Las mujeres enfrentan los mayores riesgos de muerte en su primer embarazo y en el quinto y posteriores.
- Las mujeres menores de 20 años y mayores de 30 enfrentan un mayor riesgo de morir durante el embarazo y el parto que las mujeres que están en la tercera década de la vida.
- Es poco lo que se sabe sobre la relación entre los intervalos intergenésicos y la mortalidad materna. No existen muchos estudios que traten esta cuestión específicamente, y se requiere de más investigación.

Fuente: Ross J.A. y Frankenberg E. 1993. *Findings from Two Decades of Family Planning Research*, Population Council, Nueva York.

La maternidad insegura: determinantes de la mortalidad materna

La señora X murió en el hospital durante el parto. El médico encargado certificó que su muerte había sido causada por una hemorragia por placenta previa. El obstetra a quien se consultó dijo que la hemorragia pudo no haber sido fatal si la señora X no hubiera padecido de anemia, causada por infecciones parasitarias y desnutrición. La señora X había recibido sólo 500 ml de sangre entera y murió en la mesa de operaciones durante una cesárea realizada por un médico que se estaba capacitando como especialista. El administrador del hospital dijo que la señora X había llegado al hospital cuatro horas después de que empezó a sufrir una hemorragia intensa; añadió que había tenido varios episodios de hemorragia durante el último mes, durante los cuales no había recibido atención médica. El sociólogo observó que la señora X tenía 39 años, que había tenido siete embarazos y tenía cinco hijos vivos. Nunca había utilizado anticonceptivos y el último embarazo no lo deseaba. Además, era pobre, analfabeta y vivía en el área rural. (Caso hipotético presentado por el doctor Fathalla en una conferencia sobre "Maternidad sin riesgos").

Los costos económicos

Las mujeres son trascendentales para el desarrollo socioeconómico, y la reducción de la mortalidad materna constituye un factor básico para incrementar su participación en el desarrollo. (United Nations Development Programme, UNDP, 1991. *Safe Motherhood*. Nueva York).

Las mujeres constituyen 70% de las 1,300 millones de personas que viven en extrema pobreza. Cuando por problemas de salud las mujeres se ven impedidas de trabajar, los ingresos que pierden son considerables, sin mencionar los gastos para tratar tales enfermedades —mismas que pueden provocar deudas importantes, tanto para ellas como para sus familias. (United Nations Development Programme, UNDP, 1995. *Human Development Report 1995*. Nueva York).

En los países en desarrollo, al menos 60% de las mujeres embarazadas sufre de anemia, lo cual disminuye su nivel de energía física y puede afectar su capacidad para el trabajo.

El impedimento de las mujeres para trabajar puede acarrear muy graves consecuencias para sus hijos. Con más frecuencia que los hombres, las mujeres gastan sus ingresos en el bienestar familiar: adquieren comida adicional, dan atención a la salud y compran materiales escolares y ropa para sus niños menores. Cuando la mujer es la responsable de la familia —lo que ocurre por lo menos en 20% de los hogares de América Latina y África— ésta puede encarar muy serios problemas si la condición de salud de la madre es precaria. (United Nations Department of International Economic and Social Affairs, 1991. *The World's Women: Trends and Statistics*. United Nations, Nueva York, 1991).

¿Cuáles son las causas de las muertes maternas?

En razón de sus causas, las defunciones maternas se subdividen en dos grupos: defunciones obstétricas directas e indirectas. Las primeras son las que resultan de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las hemorragias, toxemia, sepsis, parto prolongado, aborto en malas condiciones, ruptura del útero y eclampsia, son las causas directas más comunes; otras incluyen el embarazo ectópico y molar (en el cual el feto no se desarrolla).

Las defunciones obstétricas indirectas son las provocadas por una enfermedad existente desde antes del embarazo, o de una que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. La anemia, hepatitis, malaria y otras enfermedades infecciosas, diabetes, falla del corazón, hígado y riñón, y efectos de la anestesia, se encuentran entre las causas indirectas más frecuentes de muerte. (Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. 1994. *Maternidad sin riesgos en México*. Carpeta informativa. México.)

En México, una de cada 72 mujeres corre el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo.

Las tres demoras: un marco conceptual

Un esquema conceptual que se puede utilizar para explicar el proceso que culmina en una muerte materna es el marco de las tres demoras: la demora en la decisión de buscar atención (que incluye todos los retrasos en el reconocimiento de una complicación obstétrica); la demora en alcanzar la unidad médica, y la demora en obtener la atención necesaria para resolver el problema. Este modelo es el más útil para analizar datos obtenidos con la técnica de autopsia verbal.

El caso de la señora María

<i>Desarrollo del caso</i>	<i>Problemas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Los primeros seis meses va al doctor a revisión. • En el tercer trimestre comienza a sentirse cansada y a hincharse. • Le dan cita con la especialista para varias semanas después. • Inicia el trabajo de parto con vómito, se hincha y se siente mal. • La llevan al doctor particular pero no estaba. • La llevan al hospital rural. • El doctor recomienda llevarla a otro hospital. • El doctor tarda más de media hora en darles los papeles para el traslado. • En el camino había un choque, por lo que no pueden ir más rápido. • Tardan una hora y media en llegar al hospital. • La programan para cesárea para nueve horas más tarde. • Tras la cesárea la pasan a terapia intensiva sin explicar a los familiares la razón. • Fallece y no les explican la causa a los familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todo va bien. • Aparecen signos de alarma. • Retraso en la atención. • Reaparecen signos de alarma. • Traslado número uno y no disponibilidad de servicios. • Traslado número dos. • Falta de recursos en el hospital. • Retraso en la atención. • Problemas de traslado y traslado número tres. • Problemas de traslado. • Retraso en la atención. • Mala calidad de la atención y comunicación. • Mala calidad de la atención y comunicación.

Fuente: "La identificación de intervenciones para prevenir la mortalidad materna en México: un estudio multicéntrico de autopsias verbales". Informe final. Proyecto coordinado por el Comité Nacional Promotor para una Maternidad sin Riesgos en México, Comités Estatales de MSR de Guerrero, Querétaro y San Luis Potosí, Instituto Nacional de Salud Pública y Population Council. Proyecto patrocinado por el Banco Mundial y otras fundaciones, julio de 1998.

¿Cuáles son los pasos esenciales para el futuro?

- **Crear conciencia de que la mortalidad materna no es solamente un “problema de salud”, sino que constituye una injusticia social.** Las personas encargadas de elaborar políticas tienen el deber de asegurar que los sistemas políticos, legales y sanitarios atiendan las diversas causas de la precaria salud materna.
- **Tomar en cuenta las desigualdades y la discriminación de género** que impiden a las mujeres obtener cuidados apropiados y contribuyen a su precaria salud y muerte. Las personas encargadas de elaborar políticas deben promover la reforma legal y la movilización de la comunidad a fin de ayudar a las mujeres a entender y expresar sus necesidades en salud, y a obtener los servicios sin demora.
- **Asegurar que en todos los partos esté presente un/a trabajador/a de salud, capacitado/a en la atención de nacimientos y urgencias, y que haya transporte disponible para emergencias.** Esta es la forma más eficaz de reducir las muertes maternas. Las políticas y los planes nacionales deben intentar capacitar a un número suficiente de proveedores de servicios de salud, entregarles los suministros y equipos esenciales, y asegurar que estén accesibles para las mujeres de comunidades pobres y rurales.
- **Garantizar que toda mujer embarazada tenga acceso a servicios integrados de salud materna de alta calidad, que incluyan:**
 - * educación comunitaria sobre maternidad sin riesgos;
 - * cuidados prenatales y consejería;
 - * asistencia capacitada durante el parto;
 - * cuidados en caso de presentarse emergencias y complicaciones obstétricas;
 - * cuidados postparto;
 - * manejo de complicaciones del aborto, cuidado post-aborto e interrupciones seguras del embarazo donde la ley lo permita;
 - * información y servicios de planificación familiar, y
 - * educación y servicios de salud reproductiva para adolescentes.

- **Medir los avances hacia una maternidad segura.** La mortalidad materna es muy difícil de medir. Por lo tanto, las personas encargadas de elaborar políticas deben asegurar que los servicios de salud materna se supervisen de forma adecuada y que los resultados obtenidos se utilicen para fortalecer las actividades futuras y mejorar la calidad de la atención.
- **Invertir en programas costo-efectivos de maternidad sin riesgos.** Cuando una mujer muere o queda incapacitada, la economía, las comunidades, los servicios, pero especialmente los niños y las niñas, sufren una pérdida irreparable que puede evitarse. El cuidado básico para las madres y para los/as recién nacidos es altamente costo-efectivo; en los países en desarrollo, estos servicios cuestan en promedio \$3 dólares por persona al año.

Adaptado de: Family Care International. 1988. *Maternidad sin riesgos: para que la salud y los derechos reproductivos de la mujer sean una realidad*. Nueva York.

Morbilidad materna

- Las enfermedades que afligen a las mujeres como consecuencia del embarazo y del parto tienen diversos orígenes. Muchas surgen de su pobreza y su mala situación en general. Otras se deben al poco espaciamiento entre los embarazos, a su elevado número, a las condiciones del parto y a factores relacionados con la atención médica.
- Un estudio realizado en 16 países de América Latina y el Caribe encontró que la cesárea aumenta la mortalidad materna 12 veces, la morbilidad materna de 7 a 20 veces, y que duplica la duración de la estancia hospitalaria. (Mora G. y Yunes J. 1993. "Mortalidad materna: una tragedia ignorada", *Género, mujer y salud en las Américas*. OPS, Washington).
- Hay enfermedades que están vinculadas a formas de comportamiento sexual y a prácticas nocivas. Muchos problemas se asocian también con la desnutrición y la carga de trabajo excesiva que deben soportar las mujeres. Algunas enfermedades maternas comunes aparecen durante el embarazo, cuando también pueden agravarse padecimientos existentes con anterioridad. Del mismo modo, en el parto o en el postparto pueden ocurrir complicaciones que dejen secuelas en el largo plazo.
- Se estima que por cada mujer que muere, otras 10 a 15 sufren una enfermedad grave y a veces crónica.
- Las infecciones del tracto reproductor (ITR) pueden desarrollarse sin presentar ningún síntoma sino hasta etapas avanzadas. Debido a ciertos valores socio-culturales y a condiciones económicas que dificultan el acceso de las mujeres a los centros de salud, muchas de estas enfermedades no se detectan ni se tratan a tiempo. A veces, se las trata cuando la enfermedad ya ha resultado en infertilidad, lo que casi siempre representa una catástrofe social y económica para la mujer.

- La anemia es un problema severo y bastante común, especialmente durante el embarazo. Afecta a un alto porcentaje de mujeres en América Latina y el Caribe, y disminuye su productividad laboral en forma tanto directa como indirecta, al aumentar la morbilidad materna. La anemia también puede complicar el embarazo: los resultados son la muerte materna, el bajo peso al nacer y una menor sobrevivencia infantil.

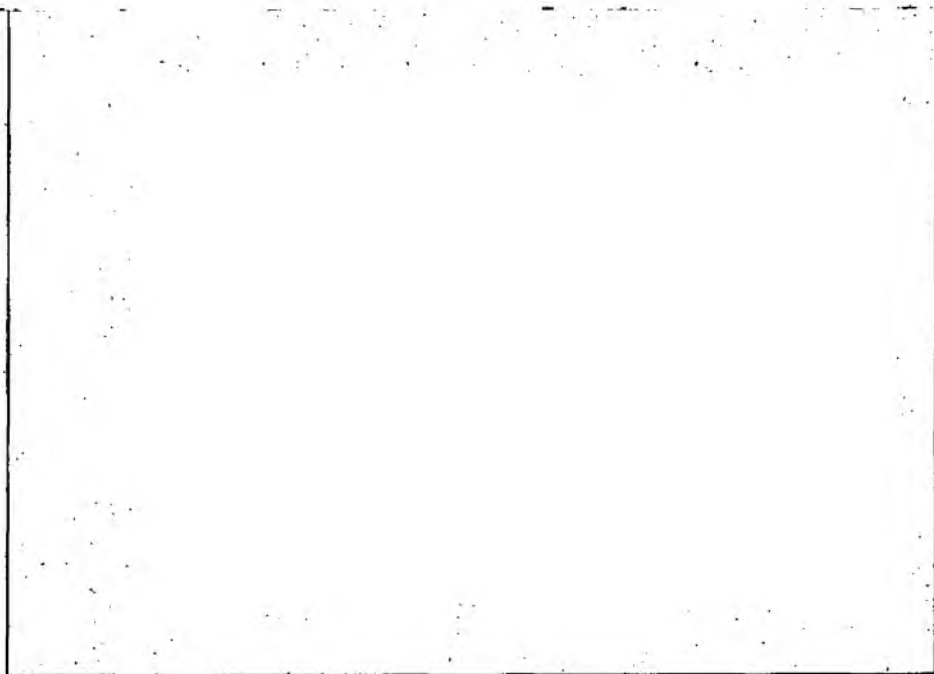
Fuente: Royston E., Armstrong S. (eds.) 1989. "Chapter 5: Causes of Maternal Death", *Preventing Maternal Deaths*, WHO. Geneva, pp. 75-106.)



MÉTODOS



ANCONCEPTIVOS





“Los gobiernos y la comunidad internacional deben reconocer que los métodos apropiados para las parejas y los individuos varían según su edad, paridad, preferencia en cuanto al tamaño de la familia y otros factores; deben asegurar que las mujeres y los hombres tengan información y acceso a la gama más amplia posible de métodos eficaces de planificación familiar de modo que puedan tomar decisiones libres e informadas; deben garantizar un suministro suficiente y continuo de anticonceptivos de alta calidad y asegurar un seguimiento de los usuarios que incluya la atención a los efectos secundarios de los anticonceptivos.” (CIPD, 7.23).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: PREVENCIÓN Y MANEJO DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS

- Los métodos anticonceptivos varían en cuanto a efectividad, efectos secundarios, formas de uso y costo. Es importante una buena consejería para asegurar su uso continuo y correcto.
- Ningún método anticonceptivo puede satisfacer las necesidades de todas las mujeres en las distintas etapas de su vida reproductiva.
- Un rango amplio y realista de opciones para la anticoncepción, una consejería clara y un programa de seguimiento son indispensables para que las personas tomen decisiones sobre anticoncepción de manera informada y adecuada para su salud.

Preparado por el FNUAP y Family Care International, 1995.

Uso de anticonceptivos en América Latina

- La proporción de mujeres en edad reproductiva que usa un método anticonceptivo varía mucho de un país a otro: entre 36 y 40% en Colombia, Perú y República Dominicana; en Chile, México y Brasil, la proporción estimada es mucho más alta: 56, 67, y 71% respectivamente.
- En América Latina, la planificación familiar es una responsabilidad que recae principalmente sobre la mujer, quien depende, en general, de los anticonceptivos orales, la esterilización femenina, el dispositivo intra uterino (DIU) o los métodos tradicionales.
- El tipo de método anticonceptivo usado varía considerablemente entre los países. La esterilización femenina es el método más común en México (41% de las usuarias de algún método anticonceptivo), con cifras menores en República Dominicana (26%) y Brasil (18%). En este último país, 12% de las mujeres unidas menores de 25 años ha sido esterilizada; por otro lado, más de la mitad de las mujeres unidas entre 35 y 49 años de edad se ha ligado las trompas. (*Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*, Brasil, 1996).
- El empleo de la píldora anticonceptiva o de inyecciones hormonales es alto en México (17%) y Chile (16%). El uso del DIU lo es aún más: 22% en México y 28% en Chile. La Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de Brasil (1996) mostró que 68% de las mujeres en edad fértil ha usado alguna vez las pastillas o las inyecciones hormonales. Los métodos más usados en Perú son el ritmo y el coito interrumpido (16%).
- El diafragma, los espermicidas y otros anticonceptivos son poco usados en estos países, y el uso de preservativos y la vasectomía por parte de los hombres es poco frecuente. Sin embargo, en algunas naciones se está promoviendo el uso de la vasectomía en campañas para la paternidad responsable. En México, por ejemplo, aunque la tasa nacional de vasectomías sigue siendo muy baja (0.9% de todos

los usuarios de anticoncepción), ha aumentado 72% entre 1993 y 1995. (Pathfinder International/México. 1996. *Indicadores básicos sobre planificación familiar en la fase intermedia de la SDES. Estrategia de apoyo para la expansión de la prestación de servicios*. Cuaderno de Trabajo Núm. 2).

- Además de prevenir los embarazos no deseados, muchos anticonceptivos ofrecen beneficios para la salud: la píldora protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica, los cánceres de ovario y del endometrio, y quistes ováricos; los preservativos protegen contra enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA; los anticonceptivos inyectables pueden proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica y contra el cáncer del endometrio; los anticonceptivos orales también pueden disminuir el sangrado y el dolor relacionado con la menstruación. (Hatcher R.A. y cols. 1989. *Contraceptive Technologies*. International Edition, Printed Matter, Inc., Atlanta).

Uso incorrecto o inadecuado de los métodos anticonceptivos

- Cerca de 80% de las mujeres en República Dominicana que dice conocer el uso de la píldora no sabe en realidad cómo emplearla correctamente. En Colombia, 58% de las mujeres de zonas rurales que usa la píldora comete errores; de las mujeres de bajos ingresos de Río de Janeiro que la usan, 23% no sabe cómo emplearla correctamente. Una alta proporción de usuarias de la píldora la obtiene directamente en las farmacias (50% en Perú, 60 a 75% en Colombia, México y República Dominicana, y 93% en Brasil), lo cual significa que muchas de ellas no reciben la instrucción adecuada para el uso correcto de este método.
- En Brasil, 50% de las mujeres de entre 15 y 44 años ha usado la píldora alguna vez, pero sólo 17% la está usando en la actualidad. En Perú, 50% de las usuarias de la píldora dejaron de emplearla después de un año, y sólo 3% la abandona para poder quedar embarazada; el resto suspende el uso porque ocurre un embarazo accidental (5%) o porque toma la decisión de cambiar a otro método (24%), o de abandonar la anticoncepción (18%).
- Aún cuando las mujeres no cambien o no discontinúen el uso de los métodos, se presentan altas tasas de falla con aquéllos que, de usarse correctamente, deberían ofrecer una buena protección contra el embarazo. Por ejemplo, entre las mujeres de Colombia y República Dominicana que usan la píldora, el DIU o los inyectables, aproximadamente 10% queda embarazada accidentalmente durante el primer año de uso. En Perú, 17% de las mujeres que usa cualquier método reversible queda embarazada dentro de los 12 meses de haber iniciado su uso. (The Alan Guttmacher Institute. 1994, *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. Nueva York).
- El aborto es el método que más se practica en el mundo para resolver embarazos no deseados, aunque su práctica es ilegal o severamente restringida en muchos países. Se estima que en América Latina se inducen anualmente alrededor de cuatro millones de abortos. (Fuente: Henshaw S y Morrow E. 1990. "Induced Abortion: A World Review", *Family Planning Perspectives*, 22).

NECESIDAD NO SATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:
CUANDO EN UNA ENCUESTA DEMOGRAFICA UNA MUJER LE
INFORMA AL ENTREVISTADOR QUE NO ESTÁ UTILIZANDO
NINGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO A PESAR DE QUE NO
DESEA EMBARAZARSE.

El concepto de necesidad no satisfecha tiene distintos matices:

- En primer lugar, se refiere a la necesidad de un método anticonceptivo de las mujeres no usuarias que están en riesgo de un embarazo no deseado o inoportuno.

ES OBVIO QUE LOS PROGRAMAS DEBEN ESFORZARSE PARA LLEGAR A LAS MUJERES QUE TIENEN UNA NECESIDAD NO SATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, TANTO CASADAS COMO SOLTERAS, EN ESPECIAL EN LAS ÁREAS RURALES Y EN LOS GRUPOS DE BAJOS INGRESOS.

- Un segundo tipo de necesidad no satisfecha es el de las mujeres que podrían usar un método más eficaz, satisfactorio o seguro que el que están empleando.

ESTAS NECESIDADES PUEDEN SATISFACERSE MEDIANTE PROGRAMAS DE MAYOR CALIDAD QUE OFREZCAN A LAS USUARIAS UNA SELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, CONSEJERÍA, DETECCIÓN MÉDICA CUIDADOSA, SEGUIMIENTO Y APOYO PARA EL USO CONTINUO, COMBINACIÓN O SUSTITUCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

- Un tercer tipo de necesidad no satisfecha es la prevención de un embarazo en caso de falla del método anticonceptivo o cuando se tienen relaciones sexuales no protegidas.

PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES DE ESTE GRUPO SE REQUIERE INFORMACIÓN Y ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, ASÍ COMO A SERVICIOS DE POST-ABORTO DE BUENA CALIDAD.

- Un cuarto tipo de necesidad no satisfecha se refiere a otros servicios de salud reproductiva, por ejemplo:

LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD, ASÍ COMO LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTOR Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Fuente: Dixon-Muller R. y Germaine. A. 1993. *Four Essays on Birth Control, Needs and Risks, Defining the 'Unmet Need' for Family Planning*. International Women's Health Coalition, Nueva York.

Seguridad en la anticoncepción

“Para garantizar la seguridad y aceptación de la anticoncepción, un programa debe tener buena calidad técnica en todos sus procedimientos clínicos, en especial las técnicas asépticas y la detección de contraindicaciones y problemas de salud preexistentes. Desarrollar programas de promoción eficientes debe ser una alta prioridad para los servicios de consejería y seguimiento, en especial en las áreas rurales”.

- El objetivo del programa debe ser proporcionar a las personas los medios para lograr sus metas reproductivas de manera saludable (Jain y Bruce, 1994). La seguridad de los anticonceptivos es un requisito esencial. El suministro de métodos no debe provocar o agravar infecciones. En efecto, debe prestarse especial atención a la inserción de dispositivos intrauterinos (DIUs), en áreas en las que predominan las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual, y cuando no se conoce la situación de la usuaria en cuanto a infecciones del aparato reproductor. La mujer no debe presentar contraindicaciones al uso del DIU, el cual debe insertarse en condiciones asépticas para evitar las infecciones.
- La consejería, el apoyo y el seguimiento forman parte esencial de un programa diseñado para proporcionar una atención de calidad. La consejería debe concentrarse principalmente en el uso adecuado del método y el seguimiento para informar, detectar y manejar los efectos secundarios. Asimismo, las usuarias deben tener acceso a los prestadores de servicios si presentan problemas relacionados con el método; y deben tener la libertad de cambiarlo, para lo cual deberá proporcionárseles consejería y apoyo.
- Se deben realizar esfuerzos especiales para propiciar que los hombres asuman su responsabilidad en la planificación familiar. Los prestadores de servicios de salud pueden introducir o reforzar la vasectomía en sus programas, y deben animar a los hombres a asumir su responsabilidad en la planificación familiar, la reproducción y el cuidado de los hijos. Se debe promover el condón como método que ofrece una doble protección —contra el embarazo y contra las infecciones.

Fuente: Pachauri, S. 1995. *Defining a reproductive health package for India: A proposed framework*. Regional Working Papers, No. 4, Population Council, Nueva Delhi.

ANTICONCEPCIÓN

POST-COITO

O ANTICONCEPCIÓN

DE EMERGENCIA

A la mañana siguiente, medio dormida todavía, ella recuerda los pormenores de la noche anterior:

Tiene 19 años y desearía casarse con su novio lo más pronto posible para poder terminar con estas visitas clandestinas.

Tiene 24 años. Su esposo es un trabajador migrante que vuelve al hogar cada seis u ocho meses, que se niega a usar anticonceptivos y no le permite a ella usarlos. Su hijo tiene apenas 18 meses y ella no desea tener otro bebé todavía.

Tiene 32 años y la noche anterior la violaron.

Una segunda ola de recuerdos la envuelve:

El preservativo se rompió.

Fue muy inesperado y no usaron nada.

Él no usó nada.

Y ella no sabe qué hacer.

¿Estará consciente de que todavía tiene tiempo de prevenir un embarazo no deseado?

*¿Sabrá que existe algo que se llama **anticoncepción postcoital o de emergencia** y que es muy sencillo de obtener?*

La anticoncepción de emergencia (ACE) no requiere planearse o usarse cuando no es necesaria. La ACE pone los servicios de planificación familiar al alcance de una población con probabilidades de un embarazo no deseado: aquéllos/as que no han podido identificar con anticipación el riesgo, o quienes no han reconocido anticipadamente su motivación para evitar el embarazo, o quienes han tenido relaciones forzadas y no han podido cuidarse.

Anticoncepción de emergencia

- Cada día ocurren más de 100 millones de actos sexuales en el mundo. De ellos resultan 910,000 embarazos. Alrededor de 50% de éstos no se planean y aproximadamente 25% son definitivamente no deseados. (WHO. *A key to a brighter future*, Biennial Report, 1990-91).
- Cada año, un cierto número de mujeres se embaraza involuntariamente. Más de la mitad de estos embarazos ocurre porque no se utilizó ningún método anticonceptivo; algunos suceden porque el método anticonceptivo falló.
- Potencialmente, la anticoncepción de emergencia podría reducir el número de embarazos involuntarios que ocurren cada año y también el número de abortos.
- En cuanto a las candidatas potenciales para el tratamiento con píldoras anticonceptivas de emergencia, se calcula que pudieron haber sido utilizadas por más de 50% de las mujeres cuyos embarazos resultaron de fallas del/la usuario/a de anticonceptivos. A ellas se suman las mujeres cuyos embarazos resultaron del no uso.
- Se calcula que las píldoras anticonceptivas de emergencia podrían ser utilizadas por más de 50% de las mujeres usuarias de otros métodos (Trussell J. Stewart F. Guest F. y Hatcher R. 1992. *Emergency Contraceptive Pills: A Simple Proposal to Reduce Unintended Pregnancies*).
- La falta de conocimiento acerca de las píldoras anticonceptivas de emergencia constituye el principal obstáculo para su uso. La mayoría de las mujeres no sabe que existen, y entre las que sí lo saben, muchas dicen que no sabrían dónde obtenerlas. En algunos lugares, la posibilidad real de obtener píldoras anticonceptivas de emergencia dentro de un lapso de 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección es un obstáculo más para su uso. Además, el conocimiento de las píldoras anticonceptivas de emergencia no está difundido entre los profesionales de la salud. (Duncan G. et al. 1990. "Termination of Pregnancy: Lessons for Prevention", *British Journal of Family Planning* (15): 112-7).

Anticoncepción de emergencia: opciones disponibles

- **Píldoras anticonceptivas de emergencia.** Se puede acudir a las píldoras anticonceptivas orales más comunes que contienen etinilestradiol y norgestrel. Esta opción, conocida como método de "Yuzpe", requiere dos dosis de tratamiento administradas con 12 horas de diferencia, para un total de 200 mcg de etinilestradiol y 2.0 mg de norgestrel, o 1.0 mg de levonorgestrel. El tratamiento tiene mayor eficacia si se inicia dentro de las siguientes 24 horas después del coito no protegido. Su eficacia se reduce si se retrasa más de 72 horas y, posteriormente, ya no sería recomendable. Este régimen de administración se ha evaluado en numerosos estudios y es el esquema de mayor uso.
- **Tratamiento con píldoras de progestina.** El uso de píldoras de la progestina levonorgestrel se ha evaluado como método para uso de emergencia después del coito sin protección. En los regímenes que se han estudiado se han empleado píldoras con 0.75 mg de levonorgestrel, administrándose la primera dosis no más de 72 horas después de la relación sexual no protegida, con una segunda dosis 12 horas después. La eficacia de este tratamiento es similar o mayor a la de "Yuzpe" y los efectos secundarios son menores. Aunque este medicamento todavía no puede obtenerse fácilmente en muchos países de América Latina, es una buena opción cuando se atiende a una mujer que tiene contraindicaciones para el uso de estrógenos. (*Contraceptive Technology*, 1998, 17a. edición revisada, Ardent Media, EUA; y "Commentary on: WHO Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised Controlled Trial of Levonorgestrel vs. the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception". *Lancet*, 1998; 352:428-433).

Ventajas e indicaciones

La anticoncepción de emergencia es la única opción disponible para evitar un embarazo después de una relación sexual no protegida. Todos los demás anticonceptivos requieren que se actúe anticipadamente. Esta opción debe ser considerada por cualquier mujer que haya tenido relaciones sexuales sin protección en las últimas 72 horas y que no desee embarazarse.

Algunos protocolos para la anticoncepción postcoital han especificado reglas complicadas y limitantes que no admiten el tratamiento cuando ha habido más de una relación sexual no protegida, o cuando la exposición ocurrió en días del ciclo de bajo riesgo. Estas limitaciones tendrían sentido en el contexto de una investigación sobre eficacia de los tratamientos, pero no son necesarias en la atención clínica de rutina. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que no existen contraindicaciones a la anticoncepción de emergencia, excepto embarazos que ya existen (en este caso, la anticoncepción de emergencia no es peligrosa para la mujer ni para el feto, pero tampoco sería efectiva).

Objeciones

Con frecuencia, los profesionales de la salud manifiestan desconfianza frente a la anticoncepción de emergencia. Las objeciones que se mencionan con más frecuencia son:

- *Las píldoras anticonceptivas de emergencia fomentan una conducta irresponsable entre las parejas respecto a la anticoncepción.* Las náuseas, que son un efecto secundario común de las píldoras anticonceptivas de emergencia, desalientan su uso frecuente. La información que se le proporcione a la mujer debe indicar claramente que las píldoras anticonceptivas de emergencia no son totalmente eficaces, y que esa eficacia es menor que la de otros métodos anticonceptivos.
- *El uso repetido de las píldoras anticonceptivas de emergencia podría plantear serios riesgos a la salud.* El uso repetido es poco común debido a los desagradables efectos secundarios que las píldoras anticonceptivas de emergencia provocan. Cabe señalar, también, que un embarazo involuntario plantea un riesgo a la salud mucho mayor que el de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Para que las mujeres puedan sopesar adecuadamente estos riesgos, la información a las pacientes debe ser clara e incluir una explicación sobre la menor eficacia de la ACE y los posibles efectos colaterales de estas píldoras. (Fuente: Trussell J. y cols. 1992. "Viewpoint: Emergency Contraceptive Pills: A Simple Proposal to Reduce Unintended Pregnancies", *Family Planning Perspectives*; 24(6):269-273.

Cómo aumentar la disponibilidad de la ACE

Aunque las píldoras anticonceptivas de emergencia no son 100% eficaces, sí proporcionan una protección considerable contra el embarazo accidental. El uso combinado de las píldoras anticonceptivas de emergencia reduce por lo menos en 75% el riesgo de embarazo por cada relación sexual no protegida a mitad del ciclo. (Fuente: Trussell J. y cols. 1992).

La disponibilidad de las píldoras anticonceptivas de emergencia aumentaría de manera importante si toda mujer sexualmente activa que no presente contraindicaciones recibiera información clara al visitar una clínica o consultorio para obtener atención ginecológica, anticonceptivos o tratamiento para enfermedades de transmisión sexual.

LAS PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

¿Qué hacer si usted necesita protección anticonceptiva después de haber tenido relaciones sexuales?

¿Qué pasaría si...

- la obligaran a tener relaciones sexuales?
- un preservativo se rompiera o se deslizará?
- usted no usara ningún método anticonceptivo?
- usted tuviera relaciones sexuales sin haberlo planeado?
- hubiera dejado de tomar sus pastillas anticonceptivas durante más de una semana?
- hubiera olvidado tomar hasta la mitad de sus pastillas anticonceptivas durante las últimas dos semanas?

¿Las píldoras anticonceptivas de emergencia son lo indicado para usted?

Cuando usted tiene relaciones sexuales sin protección, el riesgo de que se embarace depende de la etapa del ciclo menstrual en que se encuentre. Durante los días fértiles —en la parte media del ciclo menstrual— el riesgo puede ser de hasta 30%. Utilizando las píldoras anticonceptivas de emergencia, las posibilidades de embarazo se reducen aproximadamente en 75%. Por ejemplo, un riesgo de 30% se reduciría a menos de 8%.

El tratamiento con píldoras anticonceptivas de emergencia consiste en la toma de dos dosis de pastillas de hormonas. La primera debe ingerirse lo antes posible, después de una relación sexual no protegida. Las hormonas son estrógenos y progestina, las mismas que contienen las pastillas anticonceptivas normales.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia son una dosis de hormonas fuerte y rápida que interfiere con los patrones hormonales esenciales para prevenir un embarazo. La liberación de hormonas del ovario se reduce y se interrumpe el desarrollo de la capa interna del útero (endometrio). Estos efectos temporales duran solamente unos cuantos días.

¡El tiempo es crucial! Las píldoras anticonceptivas de emergencia se deben tomar lo más pronto posible y no más de 72 horas después del coito no protegido.

- Si usted ha tenido relaciones sexuales sin protección **una sola vez** desde su último período normal y no han pasado más de 72 horas, le conviene tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia.
- Si usted ha tenido relaciones sexuales con protección anticonceptiva **más de una vez** desde su último período normal, y el coito no protegido ocurrió hace no más de 72 horas, le conviene tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia.

- Si usted ha tenido relaciones sexuales sin protección más de una vez, y por lo menos una de ellas ocurrió hace más de 72 horas, es posible que usted ya esté embarazada. **Si usted ya lo está, las píldoras anticonceptivas de emergencia no surtirán efecto para interrumpir el embarazo, puesto que no son abortivas. Sin embargo, diversos estudios demuestran que no tienen efecto nocivo alguno sobre el producto, en caso de que la anticoncepción de emergencia no llegara a funcionar y el embarazo siguiera adelante.**

Los efectos secundarios temporales durante el tratamiento con píldoras anticonceptivas de emergencia son bastante comunes. Alrededor de la mitad de las mujeres sufre náuseas y una proporción menor (20%) padece vómitos. Otros efectos secundarios temporales menos comunes son dolor de cabeza, molestias en los senos y mareos. Muchos estudios con píldoras anticonceptivas de emergencia han demostrado que éstos no provocan problemas de salud graves ni a largo plazo.

Hable con su médico si alguna vez ha tenido:

- derrame cerebral;
- coágulos en las piernas o los pulmones;
- cualquier razón para creer que las píldoras anticonceptivas de emergencia pudieran representar un riesgo para su salud.

Si usted padece algún problema de este tipo y ha tomado ACE, manténgase alerta para detectar señales de peligro durante las siguientes dos semanas. Consulte de inmediato a su médico si presenta:

- dolor intenso en la pierna (pantorrilla o muslo);
- dolor abdominal intenso;
- dolor en el pecho, tos excesiva o falta de aliento;
- fuerte dolor de cabeza, mareo, debilidad o aturdimiento;
- visión borrosa, pérdida de la visión o dificultad para hablar, o
- ictericia (piel amarillenta).

Las píldoras anticonceptivas de emergencia no previenen un embarazo ectópico (en las trompas o en el abdomen), el cual constituye una emergencia médica. (Adaptado de *Contraceptive Technology*. 1998. 17a. edición revisada, Ardent Media, EUA).

ABORTO

INSEGURO

El aborto inseguro se define como el procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado que realizan personas que carecen de las habilidades necesarias y/o que se lleva a cabo en un ambiente que no cumple con las condiciones esenciales en cuanto a instalaciones, equipo e higiene.

- En América Latina, donde el aborto es legal sólo en condiciones muy restringidas, cada día cientos de mujeres reciben atención de emergencia en hospitales y clínicas a donde llegan en estado crítico luego de haber intentado producirse un aborto por sí mismas o ayudadas por otras personas.
- Se estima que entre 40% y 60% de los embarazos que ocurrieron en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y República Dominicana entre 1989 y 1992 fueron no deseados y terminaron en un nacimiento indeseado o en un aborto inducido.
- Se estima que en Brasil, 1,443,350 mujeres se provocaron un aborto en 1991; en el año anterior, 533,100 mujeres habían hecho lo mismo en México.
- Entre las adolescentes de Brasil ocurren cada año 32 abortos por cada 1,000 muchachas; 26 en Colombia; 13 en México; 23 en Perú, y 36 en República Dominicana. (The Alan Guttmacher Institute. 1994. *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. Nueva York).
- Se estima que en la región de América Latina, 10% de todas las mujeres hospitalizadas después de un aborto incompleto o complicado son menores de 20 años, y la tercera parte de ellas tiene infecciones severas. (The Alan Guttmacher Institute. 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York).
- Los casos de infecciones y sangrados por abortos incompletos y los cuadros de peritonitis aguda que acaban en una histerectomía abundan en los hospitales. Los costos del tratamiento de estas complicaciones consumen hasta 60% de los presupuestos para atención gineco-obstétrica de algunos sistemas hospitalarios en América Latina. (Fuente: Chambers V. 1994. "Abordando la calidad de la atención del aborto y la planificación familiar post-aborto", en Elu M.C. y Langer A. (eds). *Maternidad sin riesgos en México*. México, D.F., pp. 167-168).

Dentro del marco de la salud pública, el concepto de “aborto ilegal” como sinónimo de aborto inseguro no es útil dado que existen profesionales capacitados, con acceso a instalaciones apropiadas, que pueden llevar a cabo abortos seguros, aunque ilegales. La legalidad por sí sola no garantiza seguridad. El reto consiste en encontrar maneras de prevenir o reducir las consecuencias del aborto inseguro; es decir, el aborto inducido realizado fuera de las instalaciones equipadas adecuadamente o por personas que no están calificadas. Las consecuencias del aborto inseguro pueden mitigarse dentro de cualquier contexto legal o político, por lo que la discusión debe concentrarse en cómo mejorar la calidad de la atención disponible para las mujeres en relación al aborto.

(Issues in Abortion Care-3. 1991. Report of Two Panels at the Thirteenth World Congress of Gynecology and Obstetrics).

Testimonios sobre el aborto

“Era difícil imaginar que te pudiera pasar algo... él estaba casado y tenía una hija... Me sentía bien por estar embarazada, pero yo también pensaba en el futuro inmediato, la situación económica, yo tenía planes de hacer otras cosas... Yo platicaba, como que quiero tener un hijo. Aunque no estés así casada. Pero no hay estabilidad para tenerlo”. Pilar.

“Además, yo estoy muy chica para tener esa responsabilidad todavía... Tenerlo sería empezar otra vida más dura, ya nada más dedicarme al bebé y dejar de trabajar y de estudiar”. Leticia.

“Le había pedido a mi hermana que me acompañara, porque enfrentarse a algo que no se conoce es terrible... es algo de lo que no se habla, nadie dice qué es el aborto, pero yo sabía que existía la posibilidad de que me muriera...” Ana María.

“Me sentía culpable... tenía efectos de la anestesia y yo le pedí a mi acompañante, la esposa de mi padre, que me perdonara por lo que había hecho... No me contestó, no me dijo nada...” Amelia.

“Ese doctor lo que hacía era más por negocio, tampoco me daba mucha confianza... no había relación así como de confianza... y luego no tenía ganas de hacer nada... me sentí más bien triste...” Pilar.

“La gente me va a decir que soy... asesina, mala madre, que no soy mujer... que no tengo sentimientos...” Olivia.

“El té es la peor forma de tener un aborto, sentir que te estás muriendo en tus cinco sentidos... y con un terrible dolor...” Patricia.

Fuente: Rivas M. y Amuchástegui A. 1996. *Voces e historias sobre el aborto.* Edamex y Population Council, México, D.F.

¿Por qué recurren las mujeres al aborto?

A pesar de la sensibilidad del tema, algunos investigadores han podido preguntar a mujeres que han abortado; también se preguntó a profesionales sus opiniones sobre las principales razones por las que las mujeres recurren al aborto. Las mencionadas más a menudo por ambas fuentes son las siguientes:

- la mujer no puede permitirse tener y criar un hijo porque ella o su compañero reciben un bajo salario, tiene trabajos inestables, están desempleados o son estudiantes;
- la relación de la mujer con su compañero no es estable ni suficientemente sólida como para que la pareja abrigue la posibilidad de tener y criar hijos juntos, o porque al enterarse del embarazo, el hombre deja de prestarle apoyo emocional y económico a la mujer;
- la mujer o la pareja han tenido todos los hijos que desean o desean tener otro hijo pero más adelante;
- las adolescentes y las solteras embarazadas a menudo temen el rechazo de su familia y de la sociedad;
- algunas solteras jóvenes desean alcanzar cierto grado de satisfacción personal antes de ser madres;
- en alguna proporción de casos —que parece ser muy pequeña— el embarazo es el resultado de la violación o del incesto, o el feto es anormal.

The Alan Guttmacher Institute, 1994, *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute, p. 26).

DOS QUINTAS PARTES DE LAS MUJERES RECURREN AL ABORTO POR FALLA DE LOS ANTICONCEPTIVOS.

Esto indica que muchos abortos se deben a:

- el uso de anticonceptivos no eficaces o de métodos fuera del control de la mujer (como el preservativo);
- la falta de conocimiento sobre el uso adecuado o continuo de anticonceptivos, y
- un accidente o la falla del método anticonceptivo *per se*.

LA PROPORCIÓN DE USUARIAS QUE ACEPTAN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EFICAZ —ESTERILIZACIÓN O DIU— DESPUÉS DE UN ABORTO ES DE MENOS DE 50% EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA.

Esto indica:

- la necesidad de consejería y servicios sobre anticoncepción más eficaces, sensibles y no coercitivos después de un aborto, y
- la necesidad de contar con una gama más amplia de métodos anticonceptivos que los disponibles hasta ahora.

UNA CUARTA PARTE DE LAS MUJERES PADECEN PROBLEMAS DE SALUD GRAVES, INCLUYENDO LOS QUE PONEN EN RIESGO LA VIDA; MÁS DE 13% SUFREN DAÑOS A LA SALUD MENTAL.

Esto indica:

- el debilitamiento de las mujeres tras varios embarazos y el agotamiento de sus cuerpos, resultado de las múltiples cargas que soportan;
- que casi 40% de las mujeres ha sufrido traumas físicos o mentales por embarazos no deseados.

EL EMBARAZO ES UN TABÚ SOCIAL PARA LAS JÓVENES SOLTERAS; DE AHÍ QUE PREFIERAN RECURRIR A UN ABORTO NO SEGURO QUE LLEVAR A TÉRMINO UNA GESTACIÓN NO DESEADA. ADEMÁS, LAS ADOLESCENTES TIENDEN A INTERRUPIR EL EMBARAZO MÁS TARDE Y A SUFRIR PROCEDIMIENTOS INCOMPLETOS O SÉPTICOS, LO CUAL AUMENTA EL RIESGO DE MUERTE E INCAPACIDAD.

Esto indica:

- que la educación sexual para los adolescentes ha sido vaga e incompleta y no responde en forma adecuada a sus dudas con relación a su cuerpo, su desarrollo físico o su curiosidad sobre la actividad sexual. (Adaptado de: Tinker A. 1996. *Improving Women's Health in India Development. Practice Series, Word Bank*).

Si en América Latina sigue creciendo el deseo por familias menos numerosas, las tasas de aborto se incrementarán todavía más. Por lo tanto, la situación legal del aborto y la relación entre el aborto practicado en condiciones de riesgo y la mortalidad materna, y entre aquél y la salud y dignidad de la mujer continuarán siendo asuntos que cada país de la región tendrá que examinar y solucionar a su modo. Por otro lado, América Latina no está sola en su preocupación por los efectos e implicaciones de las altas tasas de aborto en condiciones de riesgo... Si las mujeres de América Latina no estuvieran en la encrucijada entre el aborto inseguro y el nacimiento indeseado, la sociedad entera sin duda se beneficiaría en cuanto a mejores niveles de salud para las mujeres, mayor igualdad social y costos económicos reducidos. Y si el mayor reconocimiento de la importancia internacional

de este problema se conjugara con una mayor preocupación por éste en cada país, las mujeres tendrían opciones más racionales y más humanitarias cuando toman decisiones en asuntos reproductivos. (The Alan Guttmacher Institute. 1994. Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana. Nueva York: pp. 29-30)

¿Cómo lograr que las opciones sean menos dramáticas?

A través de numerosas medidas, tales como:

- estimular actitudes más abiertas hacia la sexualidad y la planificación familiar;
- mejorar la educación sexual en las escuelas y en la comunidad;
- ofrecer oportunidades laborales y educativas para la mujer;
- lograr una mayor igualdad entre los sexos;
- ofrecer una selección más variada de métodos anticonceptivos;
- crear servicios de planificación familiar más sensibles a las necesidades y preocupaciones de las mujeres, y
- promover una distribución más equitativa de la responsabilidad anticonceptiva entre mujeres y hombres. (The Alan Guttmacher Institute. 1994. *Aborto clandestino. Una realidad latinoamericana*. Nueva York.)

¿Qué métodos se usan para provocar el aborto?

- Las técnicas van desde procedimientos médicos modernos, eficaces y seguros (como el legrado uterino instrumental [LUI] y la aspiración por vacío realizada en consultorios médicos o en clínicas especializadas), hasta una amplia gama de métodos populares usados por las propias mujeres o por personal no capacitado (según el país, se las llama curanderas, curiosas, aborteras, comadronas, empíricas, y otras).
- En Brasil, y en menor medida en Colombia y República Dominicana, la administración vaginal u oral del misoprostol (Cytotec) para interrumpir un embarazo se ha difundido con rapidez desde 1990, aunque originalmente el medicamento está registrado para tratar úlceras gástricas. Al principio, el medicamento se vendía sin receta médica, pero ahora sólo puede obtenerse con prescripción; en algunos estados de Brasil se está tratando de prohibirlo completamente.
- Otros métodos mencionados con frecuencia son la aplicación vaginal o la ingestión oral de infusiones y hierbas (muy comunes en Perú y República Dominicana), la inyección o ingestión oral de productos hormonales, la introducción de sondas y la utilización de técnicas que van desde ejercicios violentos hasta saltos o caídas repetidas.

- Entre las técnicas no médicas, la introducción en el útero de una sonda o catéter (un pedazo de tubo de goma) se practica en todos los países. En algunos de ellos, la sonda también se usa para introducir fluidos tóxicos (permanganato, quinina, vinagre o líquidos jabonosos) en el útero. En otros casos, el catéter o sonda se usa solo o, a veces, reforzado por una vara de metal con la cual se inserta en el útero para provocar la hemorragia. También se usan objetos tales como palos, ramas, tallos, o pedazos de alambre o metal. Algunos expertos creen que el uso de la sonda disminuye a medida que otros métodos se utilizan más (entre ellos, las preparaciones hormonales inyectadas o ingeridas oralmente). La lista completa de los métodos sirve para recordar las medidas desesperadas a las que recurren las mujeres latinoamericanas para evitar un nacimiento no deseado. (The Alan Guttmacher Institute. 1994. *Aborto clandestino. Una realidad latinoamericana*. Nueva York).

TECNOLOGÍAS ADECUADAS PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO

Durante muchos años, el método principal para el vaciamiento uterino fue el legrado instrumental (LUI), conocido también como dilatación y curetaje (D y C). En este procedimiento puede ser necesario dilatar el cérvix; luego, previa anestesia general o anestesia local con fuertes sedantes, se raspa la pared uterina con una cureta de metal.

El vaciamiento del contenido uterino es un procedimiento clínico esencial en el tratamiento de un aborto incompleto. Durante los últimos 20 años, se ha demostrado que la aspiración manual endouterina (AMEU) es un procedimiento seguro y eficaz para tratar el aborto incompleto. Este procedimiento se ha introducido en más de 100 países, en gran parte gracias a los servicios de IPAS, institución que desarrolló la técnica de la AMEU. Sin embargo, aún existen muchas áreas en los países en desarrollo que no tienen acceso expedito a este procedimiento...

La aspiración utiliza el vacío para remover el contenido del útero y/o endometrio por medio de una cánula; el vacío se crea usualmente mediante una bomba eléctrica o una jeringa manual (AMEU). La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la aspiración, también conocida como legrado por succión, constituye uno de los mejores métodos en el tratamiento del aborto incompleto, así como un recurso indispensable en la atención de salud a nivel primario. Sin embargo, actualmente el método de D y C sigue siendo el más utilizado en muchos países en desarrollo... (Program for Appropriate Technology in Health, PATH. 1994. "Aspiración manual endouterina en el tratamiento del aborto incompleto", *Outlook*, Vol. 12, Núm. 1, octubre).

ESTABLECIENDO UN NEXO ENTRE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LOS CUIDADOS POST-ABORTO

Ofrecer servicios de planificación familiar conjuntamente con los cuidados post-aborto es un elemento clave para ampliar el acceso de las mujeres a la anticoncepción y disminuir el riesgo de embarazos no deseados y abortos en condiciones de riesgo. Sin embargo, hasta hace poco tiempo eran muy pocos los programas de planificación familiar que dedicaban esfuerzos a ayudar a mujeres que se habían sometido a un aborto; de hecho, el cuidado del aborto ha permanecido a menudo desvinculado de los programas regulares de planificación familiar. La segregación de estos servicios impide con frecuencia que aquellas mujeres en situación de alto riesgo tengan acceso a los medios para prevenir futuros embarazos no deseados, y perpetúa el riesgo de futuros abortos en condiciones inseguras así como las complicaciones asociadas a ellos.

Para aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar, el personal que trabaja en el cuidado del aborto debe familiarizarse con los métodos anticonceptivos e identificar y establecer nexos con los proveedores de estos servicios en su comunidad. Al mismo tiempo, los programas de planificación familiar debieran esforzarse por estrechar lazos con los agentes de salud involucrados en el tratamiento del aborto.

Los servicios de planificación familiar post-aborto debieran incluir todos los componentes esenciales de una atención de buena calidad, tales como: 1) el análisis de las necesidades anticonceptivas en el contexto de las intenciones reproductivas y la protección contra las enfermedades de transmisión sexual; 2) información y asesoría acerca de los métodos, sus tasas de efectividad y efectos secundarios; 3) las alternativas disponibles para métodos de corto y de largo plazo; 4) reposición constante de los métodos anticonceptivos, y 5) seguimiento a las mujeres y parejas atendidas.

Es importante recordar que las mujeres que han sido tratadas por un aborto incompleto pueden tener necesidades diferentes de planificación familiar que aquellas mujeres que reciben atención en centros tradicionales. Por ejemplo, una mujer que acaba de ser sometida a un tratamiento por aborto incompleto puede sentirse cansada, enferma y tal vez temerosa de que se le juzgue. El consejero en planificación familiar debe considerar su condición y procurar que la mujer esté bien informada para escoger el método adecuado. Además, el consejero debe tener en cuenta que la mujer que se somete a un aborto ovulará dentro de dos o tres semanas; por lo tanto, si desea prevenir futuros embarazos, sus necesidades anticonceptivas son inmediatas. (Program for Appropriate Technology in Health (PATH) "Aspiración manual endouterina en el tratamiento del aborto incompleto", *Outlook*, Vol. 12, Núm. 1, octubre).

**TRES ESTUDIOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL POST-ABORTO:
COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS PRE-INTERVENCIÓN Y POST-INTERVENCIÓN**

VARIABLE	BOLIVIA ^a		MÉXICO ^b		PERÚ ^c	
	PRE-(%)	POST-(%)	PRE-(%)	POST-(%)	PRE-(%)	POST-(%)
Uso de la técnica de la aspiración manual endouterina (AMEU)	*	*	<1	78	0	91
Información a la paciente sobre su diagnóstico	**	**	68.3	87.3	10.8	27.9
Información sobre el tratamiento	**	**	83.2	87.3	9.8	45.9
Información sobre cuándo volver a tener relaciones sexuales	**	**	14.4	38.8	61.8	41.0
Consejería a la paciente sobre planificación familiar	2.8 (La Paz) 12.2 (S. Cruz) 3.6 (Sucre)	84.6 (La Paz) 100 (S. Cruz) 84.6 (Sucre)	42.4	85.5	18.2	78.7
Prevalencia de anticoncepción post-aborto	10-15	64 (La Paz) 87 (S. Cruz) 82 (Sucre)	28.8	57.0	2.0	55.7
Tiempo de estancia hospitalaria post-procedimiento	30 h (La Paz) 24 h (S. Cruz) 24 h (Sucre)	20-24 h (La Paz) 18-20 h (S. Cruz) 19-22 h (Sucre)	18.2 h	11.6 h	20.1 h	2.6 h
Estancia hospitalaria (en promedio)	**	**	29.5 h	18.9 h	33.3 h	6.4 h

- ^a Díaz J., Loayza M., Torres de Yepec Y., Lora O., Álvarez F. y Camacho V. "Evaluación de una estrategia para mejorar la calidad de los servicios y la aceptación de la contracepción en la atención post-aborto en tres hospitales del sector público en Bolivia", *Global Meeting on Postabortion Care: Advances and Challenges in Operations Research*, The Population Council: Nueva York, enero 19-21, 1998. (La intervención principal fue la capacitación del personal en la atención post-aborto —que no incluyó la técnica de la AMEU— con énfasis en la consejería post-aborto y los servicios de planificación familiar proporcionados en varios momentos durante la estancia hospitalaria, igual que la cita de seguimiento. Los resultados demuestran que la calidad de la atención post-aborto se mejoró según las opiniones de las mujeres entrevistadas, y que en los tres hospitales se incrementó la prevalencia de la anticoncepción post-aborto a nivel significativo).

- ^b Langer A., García-Barríos C., Heimbürger A., Campero L., Ortiz O., Díaz C., Barahona V., Ramírez F. y Casas B. "Mejorando la calidad de la atención post-aborto de Oaxaca, México", *Global Meeting on Postabortion Care: Advances and Challenges in Operations Research*, The Population Council: Nueva York, enero 19-21, 1998. (Los objetivos de la intervención fueron mejorar la capacidad técnica a través de la introducción de la AMEU con anestesia local y la comunicación interpersonal de los proveedores en su trato con las pacientes post-aborto en el Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" de Oaxaca. Los resultados de la intervención fueron significativos en cuanto a la introducción de la nueva técnica, la cantidad y la calidad de la información proporcionada a las mujeres, la consejería sobre, y la prevalencia de, métodos anticonceptivos post-aborto).
- ^c Benson J., Huapaya V., Abernathy M., Nagahata J. "Las prácticas de los proveedores y las perspectivas de las pacientes en un modelo integrado de la atención post-aborto en Perú", *Global Meeting on Postabortion Care: Advances and Challenges in Operations Research*, The Population Council: Nueva York, enero 19-21, 1998. (La intervención consistió en la introducción de un nuevo modelo de atención post-aborto en la sala de urgencia, incluyendo el uso de la AMEU, consejería a la paciente, y provisión de información y métodos anticonceptivos. Los resultados fueron significativos en cuanto a la totalidad de lo mencionado, más una fuerte reducción en la estancia hospitalaria y el costo de los servicios para las pacientes. Las razones principales para el éxito del programa son la concentración de los servicios post-aborto en un sólo lugar, incluyendo el personal capacitado, la sala para la valoración, el tratamiento con AMEU, la recuperación, y la provisión de métodos anticonceptivos, junto con la conversión de la atención post-aborto como servicio ambulatorio).
- * En Bolivia no se emplea la AMEU debido a que el Ministerio de Salud y Prevención Social no autoriza su uso. La resolución de un aborto incompleto sólo se hace con el D y C.
- ** No hay datos.

INFECCIONES

DEL APARATO

REPRODUCTOR (ITR)

Y ENFERMEDADES

DE TRANSMISIÓN

SEXUAL (ETS)

Los programas de salud reproductiva deben redoblar sus esfuerzos para prevenir, detectar y tratar las enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones del aparato reproductor, en especial en el nivel de la atención primaria de la salud. Es preciso hacer esfuerzos especiales de promoción para quienes no tienen acceso a programas de atención a la salud reproductiva. (CIPD, 7.30).

LAS ITR INCLUYEN UNA VARIEDAD DE INFECCIONES DE LOS TRACTOS REPRODUCTORES INFERIOR Y SUPERIOR DE AMBOS SEXOS POR BACTERIAS, VIRUS O PROTOZOARIOS, Y LA MAYORÍA SE TRANSMITE SEXUALMENTE.

Las mujeres pueden infectarse no solamente a través de las relaciones sexuales, sino también por el uso de toallas femeninas caseras e insalubres, por la inserción de hojas y otros objetos para incrementar el placer sexual del hombre, por técnicas inseguras de aborto o parto, y a través de otras prácticas dañinas, como la circuncisión o mutilación femenina de los genitales. (Fuente: Dixon-Mueller R y Wasserheit J. 1991. *The Culture of Silence. Reproductive Tract Infections among Women in the Third World*. International Women's Health Coalition, p. 2).

Son muy pocas las mujeres que pueden hablar con sus compañeros sobre las ITR, o que pueden discutir otros aspectos del sexo, en especial la conducta de su compañero. No pueden admitir ningún problema sexual ya que levantan sospechas sobre su castidad; tampoco pueden hablar con los profesionales de la salud debido a sus inhibiciones, o porque los profesionales no tienen el tiempo, el interés o los conocimientos necesarios sobre las ITR.

Una mujer describe un dolor de cabeza o una debilidad [...] a su médico, esperando de alguna manera que él le plantee preguntas que a ella le permitan hablar sobre [...] secreciones u otros síntomas de infección.
(Fuente: Bang R, India).

Además, muchas mujeres piensan que los síntomas de infección —el dolor y las secreciones— simplemente son “lo que les toca en suerte” en la vida, y no algo por lo cual deberían tratar de obtener atención médica. No es de sorprender, entonces, que pocas mujeres sean capaces o estén dispuestas a asistir a una clínica para el tratamiento de las ITR.

¿En qué sentido son vulnerables las mujeres a las ITR y cómo perciben sus infecciones?

- Las infecciones del tracto reproductor, incluyendo las enfermedades de transmisión sexual, representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de las mujeres. En recientes encuestas de prevalencia en comunidades se ha encontrado que las mujeres sufren muy altas tasas de infección (Younnis y cols., 1993). Las mujeres padecen emocionalmente y presentan, además, síntomas físicos como secreciones vaginales, molestias durante el coito y dolor abdominal intenso; a menudo, como consecuencia de estas infecciones su función reproductiva se ve afectada a largo plazo.
- Algunas consecuencias, como la infertilidad, son fuente de aflicciones emocionales y deterioro familiar. Otras, como el embarazo ectópico y el cáncer cervical, representan una causa significativa de mortalidad. Algunas ITR y ETS también pueden producir muerte fetal o afectar la supervivencia infantil al generar partos prematuros y bajo peso al nacer, o al infectar a los bebés durante el parto. Por último, la transmisión sexual del VIH se facilita ante la presencia de algunas ITR y ETS.
- En muchas culturas, las mujeres aceptan como parte inevitable de su femeneidad las secreciones vaginales, las molestias durante el coito e incluso los dolores abdominales crónicos que acompañan a algunas ITR. También estas infecciones les acarrearán en muchos casos vergüenza y humillación porque se les asocia con impureza.
- La invisibilidad y los tabúes que rodean a las ITR, así como la idea de que deben soportarse, crean una cultura del silencio dentro de las familias y las comunidades que puede comprometer gravemente la salud de las mujeres. Todo lo anterior es aún más grave si se considera que el diagnóstico y el tratamiento tempranos suelen estar disponibles.

Fuentes: Faúndes-Latham A. 1994. "Reproductive Tract Infections", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 46, Núm 2, agosto; Wasserheit J.N. y Holmes K.K. 1992. "Reproductive Tract Infections: Challenges for International Health Policy, Programs and Research", *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. Plenum Publishing Corp; *Preventing AIDS and STDs. Priorities for Family Planning Programs*. Population Action International, mayo de 1995; Langer A. 1995. "Enfermedades de transmisión sexual en las mujeres en América Latina", *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*; 15(1):15-20.



Consecuencias de las infecciones del tracto superior en las mujeres

Las ITR femeninas se originan en los genitales externos; es decir, la vagina y el cuello del útero. Si no reciben tratamiento oportuno, pueden extenderse al tracto reproductivo superior (útero, trompas de Falopio y ovarios) en forma espontánea y producir enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); el riesgo de infección del tracto superior aumenta dramáticamente durante procedimientos como la inserción de un DIU, el aborto y el parto, que implican la introducción de instrumentos a través del cuello del útero.

Consecuencias para la mujer

- **Infertilidad.** Debido a la formación de cicatrices en las trompas de Falopio, entre 15 y 20% de las mujeres que han sufrido una enfermedad pélvica inflamatoria se vuelven permanentemente infértiles. Este porcentaje varía con el número de episodios de EPI, la gravedad de la inflamación, la edad de la mujer y el tipo de infección.

Puesto que la reproducción tiene gran importancia psicológica y social, la falta de hijos puede tener consecuencias devastadoras para las mujeres. La infertilidad puede ser una secuela de las enfermedades de transmisión sexual y también resultado de prácticas obstétricas y ginecológicas inadecuadas, en particular de abortos ilegales que provocan infecciones.

En un estudio, una enfermedad de transmisión sexual fue la causa de infertilidad en 38% de las mujeres que no podían concebir. (UNFPA y Family Care International, 1995).

- **Embarazo ectópico.** Un estudio realizado en Suecia mostró un aumento de entre seis y diez veces en el riesgo de embarazo ectópico en mujeres que habían tenido una EPI, y los datos señalan que 6% de las mujeres que tomaron parte en este estudio y experimentaron embarazos extrauterinos en la primera concepción habían tenido una EPI. El embarazo ectópico generalmente es mortal si el óvulo fertilizado provoca la ruptura de las trompas de Falopio.
- **Dolor crónico de la pelvis.**
- **Infecciones recurrentes del tracto superior:** Éstas podrían afectar a un porcentaje de entre 20 y 25% de las mujeres después de una EPI.

¿Qué se requiere?

Un sistema adecuado de interconsultas para parejas no fértiles; una atención primaria a la salud que pueda suministrar información y consejería básicas para efectos de prevención; programas para la prevención y control de las ITR y las ETS, y servicios de post-aborto y parto seguros a distintos niveles de los sistemas de atención a la salud.

Consecuencias para el embarazo

- **Aborto espontáneo y muerte intrauterina.** Típicamente, alrededor de 15% de los embarazos terminan en aborto espontáneo, pero hasta 40% de las mujeres con EPI por clamidia o gonococo sufren un aborto o dan a luz a un producto muerto.
- **Bajo peso al nacer o nacimiento prematuro.** Ambas condiciones son potencialmente letales para el neonato. La proporción de bebés de bajo peso y nacimientos prematuros varía entre 15 y 67% entre las mujeres con EPI secundaria a vaginosis bacteriana, clamidia o gonorrea, lo que corresponde a una frecuencia tres a cinco veces mayor que la observada en las mujeres no infectadas. (Fuente: Dixon-Muller R. y Wasserheit J. 1991. *The Culture of Silence, Reproductive Tract Infections among Women in the Third World*. International Women's Health Coalition).

Datos recientes de un estudio sobre prevalencia de infección realizado en tres estados de México indican que aproximadamente la mitad de una muestra de 1,674 mujeres (en ningún caso trabajadoras del sexo) padecía por lo menos una infección del tracto reproductor o una infección de transmisión sexual al momento del estudio; la más común de estas infecciones era la vaginosis bacteriana, con una presencia mucho menor de sífilis y gonorrea. Tomadas en conjunto, las ITS afectaban a entre 7.3 y 16.6% de las mujeres del estudio, con una tasa de prevalencia global de 10.5%, según se muestra en el cuadro siguiente:

PREVALENCIA DE INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTOR (ITR) Y DE INFECCIONES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (ITS) Oaxaca, Guerrero y Chiapas

	Oaxaca*	Guerrero*	Guerrero**	Chiapas***	Total***
	(N = 455)	(N = 397)	(N = 400)	(N = 422)	(N = 1674)
Vaginosis bacteriana	41.8%	21.7%	22.5%	32.0%	29.9%
Trichomonas vaginalis	3.1%	2.8%	2.3%	6.2%	3.6%
Candida	9.5%	24.7%	14.5%	25.6%	18.3%
Gonorrea	—	3.8%	1.5%	2.6%	1.9%
Sífilis	0.7%	1.3%	0.3%	0.5%	0.7%
Clamidia	4.6%	3.5%	3.8%	18.9%	6.2%
				(N = 222)	
Cualquier ITR/ITS	48.8%	48.6%	39.5%	57.3%	48.7%
Cualquier ITR y/o VB	44.6%	27.2%	27.0%	40.3%	35.2%
Cualquier ITS	7.3%	10.3%	7.8%	16.6%	10.5%

* Clínica.

** Mujeres referidas por parteras tradicionales.

*** Clínica y mujeres referidas por parteras tradicionales.

Fuente: Tolbert K. y Morris K. 1997. "Critical Issues in Reproductive Health: A Reproductive Health Initiative in Mexico". Informe final para la Fundación Ford.

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL VIH/SIDA

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), fase final de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es una enfermedad sistémica. Las investigaciones muestran que la transmisión sexual del VIH puede facilitarse ante la presencia de ITR y ETS, lo cual tal vez explique las distintas tasas de propagación del VIH en el mundo. (Piot P. *et al. AIDS in Africa—a manual for physicians*, WHO, Geneva, 1992).

Las úlceras genitales provocadas por ETS como chancroide, sífilis y herpes aumentan las posibilidades de infección por el VIH. Las infecciones por tricomonas, clamidia y gonococo en las mujeres pueden aumentar también el riesgo de transmisión del VIH. Al igual que con otras ETS, el riesgo de que una mujer adquiera una infección de VIH de un compañero infectado, en un solo encuentro sexual, parecer ser más alto que el riesgo de que un hombre adquiera la misma infección en una única relación sexual. (Chin J. "Current and Future Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic in Women and Children", *The Lancet*, Vol. 336, 1990: 221-224).

¿Por qué es necesario desarrollar programas de control de las ITR y las ETS e integrarlos con los servicios de planificación familiar existentes?

Los programas de control de las ITR y de las ETS, y los de planificación familiar, tienen muchas características en común:

- Ambos se dirigen a personas sexualmente activas y tienen como fin modificar la conducta sexual. Los dos programas promueven métodos comunes, como los preservativos y otros de barrera, que funcionan para la prevención de infecciones y de embarazos no deseados (Cates y Stone, 1992; Cates, 1993).
- Los servicios de planificación familiar ofrecen una oportunidad única para brindar diagnóstico y tratamiento a mujeres que normalmente no son usuarias de las clínicas de ETS.
- La falta de atención a las ITR y las ETS puede tener efectos negativos sobre la aceptabilidad y uso de los servicios de planificación familiar. Las ITR y las ETS podrían reducir la aceptación y continuidad de los métodos anticonceptivos, ya sea directamente —cuando el usuario cree que los síntomas de infección son un efecto secundario de los anticonceptivos—, o indirectamente —al generar temor de limitar o retrasar la concepción debido a que las ITR y las ETS pueden provocar infertilidad. Las medidas para controlar las infecciones podrían ser esenciales para el éxito de los programas de planificación familiar (Fuente: Pachauri S. 1995. *Defining a Reproductive Health Package for India: A Proposed Framework*. Regional Working Papers, No. 4, Population Council, Nueva Delhi).

Una compleja red de factores biológicos, culturales y económicos es responsable de la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión de las ETS, incluyendo el SIDA. En el plano biológico, la probabilidad de que por cada relación heterosexual un hombre transmita una infección a una mujer es dos veces más alta que en el caso opuesto, de la mujer al hombre.

Langer A., Tolbert K. y Romero, M. 1996. "Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: situación actual y prioridades de investigación" *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. (Langer A. y Tolbert K. eds.) The Population Council y Edamex, México, pp. 233-246.

¿Qué prácticas favorecen las ITR?

- *El inicio de la actividad sexual a temprana edad entre las jóvenes.* Una cierta proporción de mujeres se casa o inicia la actividad sexual a temprana edad, muchas veces incluso antes de llegar a la pubertad. En otros casos, son víctimas de violación, incesto o abuso sexual. El coito forzado a temprana edad puede exponer a las jóvenes a las ETS.
- *El aborto inseguro.* A lo largo de la historia, las mujeres han recurrido a métodos autóctonos para interrumpir los embarazos no deseados. Algunos son ineficaces, otros son perjudiciales. Hojas, ramas u otros objetos que se insertan en la vagina pueden provocar infecciones y daños a los órganos reproductores. El aborto en condiciones inseguras puede conducir a hemorragias graves, infecciones, incapacidad permanente, *shock* y muerte.
- *El parto inseguro.* Para apresurar el alumbramiento, algunas parteras utilizan métodos manuales para dilatar el cuello del útero; la manipulación digital repetida provoca inflamación en la vagina, la que a su vez dificulta el parto. Quienes tradicionalmente atienden el parto también pueden introducir la mano en la vagina para extraer el feto o la placenta, lo cual aumenta el riesgo de infección y lesiones. Los materiales y ambientes donde ocurre el parto con frecuencia están contaminados.
- Para disminuir los riesgos de las mujeres es crucial fortalecer su capacidad de protegerse a sí mismas y, por tanto, reducir su vulnerabilidad, que en gran medida deriva de su baja condición social. En consecuencia, el camino a largo plazo implica redefinir las relaciones hombre/mujer y cambiar las condiciones sociales que contribuyen a la dependencia económica y social de las mujeres. Cambios estratégicos como éstos toman tiempo y sólo pueden derivarse de nuevas condiciones de vida. Entre tanto, es importante identificar y trabajar estrategias que fortalezcan la capacidad de las mujeres para protegerse en el contexto de su realidad actual. Estas estrategias consisten, básicamente, en reforzar los programas de prevención de las ETS y del SIDA, en apoyar a las mujeres, y en desarrollar nuevas tecnologías preventivas que estén bajo su control.

Fuente: Langer A. 1995. "Enfermedades de transmisión sexual en las mujeres en América Latina", *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 15(1):15-20.

**CIERTAS ITR Y ALGUNAS ETS NO DIAGNOSTICADAS
NI TRATADAS PUEDEN PROVOCAR:**

- secreciones vaginales;
- molestias durante el coito;
- dolor pélvico crónico;
- dolores abdominales intensos;
- peritonitis que pone en peligro la vida;
- embarazos ectópicos potencialmente mortales;
- infertilidad y el impacto social relacionado con ella, y
- cáncer cérvico-uterino.

**Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
en la población femenina general en países de América Latina**

<i>Agente etiológico</i>	<i>Presencia</i>	<i>País</i>
<i>Neisseria gonorrhoea</i>	0.5%	México
	2.0%	Chile
	0.2%-5.9%	Brasil
	3.3%	Argentina
<i>Chlamydia trachomatis</i>	4.02%-12.4%	México
	12.7%	Argentina
Virus herpes simplex tipo 2	4.2%	México
	0.4%	Brasil
<i>Treponema pallidum</i>	5.6%	Brasil
	1.7%	Argentina
<i>Trichomonas vaginalis</i>	4.0%-6.9%	México
<i>Candida albicans</i>	10.08%-36.5%	México
	23.5%	Brasil

Fuente: Langer A. 1995. "Enfermedades de transmisión sexual en las mujeres en América Latina", *Enfermedades infecciosas y microbiología*; 15(1): pp 15-20.

PARA REFLEXIONAR

Algunas preguntas fundamentales

- ¿Cómo podemos llegar a las mujeres cuyas precarias condiciones les impiden utilizar los servicios de salud, o que viven demasiado lejos de estos servicios, o que no pueden acudir a ellos por diversas razones, incluyendo la objeción de sus familias?
- ¿Cómo se puede acceder a las mujeres sexualmente activas que ya han dejado de tener hijos y ya no utilizan los servicios de planificación familiar?
- ¿Pueden desarrollarse tecnologías que protejan contra las ITR a las mujeres que desean concebir?
- ¿Cómo se puede identificar a un costo razonable a las mujeres infectadas que no presentan síntomas?
- ¿Cómo podemos mantener la salud de la mujer más allá de su función reproductiva en el núcleo de los programas de salud?
- ¿Cómo persuadir a los padres y a las autoridades para que permitan que los y las adolescentes y los/as niños tengan acceso a información y servicios que promuevan el sexo seguro?

Por primera vez en México, el texto para el quinto grado de primaria pública incluye información sobre la reproducción humana con gráficas y dibujos anatómicamente correctos e información sobre las hormonas, el ciclo menstrual, la ovulación y la producción de espermatozoides.

“En los seres humanos la reproducción no es la única función del aparato sexual. A diferencia del resto de los animales, las relaciones sexuales en los seres humanos son una manera de manifestar un sentimiento muy importante, el amor a la pareja, e implican una responsabilidad que se alcanza en la etapa adulta, cuando las personas son capaces de controlar o moderar sus actos y afrontar sus consecuencias”. (Fuente: Subsecretaría de Educación Básica y Normal, Secretaría de la Educación Pública, Gobierno de la República Mexicana. 1998. *Ciencias Naturales*, Quinto Grado, p. 97).

ALGO QUE DEBES SABER...

Según datos recabados por las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en nueve países latinoamericanos, las mujeres menos instruidas tienen familias numerosas, de seis a siete hijos, en tanto que las más instruidas tienen de dos a tres niños, en forma análoga a la mujer del mundo desarrollado. A pesar de estos grandes diferenciales de fecundidad, el número de hijos deseado es sorprendentemente homogéneo para todos los niveles educativos. En tanto que las mujeres de menor y superior nivel educativo tienden a desear familias poco numerosas, la brecha en la prevalencia de uso anticonceptivo entre los dos grupos varía de 20 a 50 puntos porcentuales, según el país. Las mujeres más instruidas tienen un conocimiento más amplio, una condición socioeconómica superior y actitudes menos fatalistas hacia la reproducción que las menos instruidas. Los resultados de un análisis de regresión indican que estos factores cognitivos, económicos y normativos median en la influencia de la escolaridad sobre la conducta reproductiva, y en parte explican la gran brecha en cuanto a fecundidad entre los estratos educativos. (Fuente: Castro Martín T. y Juárez F. 1995. "La influencia de la educación de la mujer sobre la fecundidad en América Latina: en busca de explicaciones", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial, pp. 4-10).



OTROS TEMAS

DE SALUD

REPRODUCTIVA

La importancia de detectar el cáncer

- “La ginecología es la especialidad médica que estudia el funcionamiento del aparato sexual femenino y el tratamiento de sus enfermedades. Es muy importante que las mujeres adultas sean revisadas por una ginecóloga o ginecólogo una vez el año para detectar a tiempo algunas enfermedades, como el cáncer de útero o de las glándulas mamarias”. (Subsecretaría de Educación Básica y Normal, Secretaría de la Educación Pública, Gobierno de la República Mexicana. 1998. *Ciencias Naturales*, Quinto Grado).
- El cáncer en general mata a seis millones de mujeres en el mundo, y la mitad de estas muertes ocurre en los países en desarrollo. (WHO: *The World Health Report, 1995-Bridging the Gaps*, Ginebra).
- La información acumulada sugiere, enfáticamente, que el principal agente causal del cáncer cervical son las infecciones por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH), que son enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los factores de riesgo comúnmente aceptados para el VPH y para el cáncer cervical incluyen un historial de otras ETS, un inicio de la actividad sexual a edad temprana, más de un compañero sexual, o bien un compañero con más de una compañera sexual. (Fuente: Ludwig H. 1994. “Women and Cancer”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 4b, Núm. 2).
- Los cánceres ginecológicos son más comunes después de los 40 años de edad (en virtud de su lento desarrollo), en particular el cáncer de mama y el cáncer cervical, y pueden curarse a bajo costo si se tratan oportunamente. (Fuente: Tinker A. Daly P. y cols. 1994. *Documentos para Discusión del Banco Mundial*).

“El cáncer cervical, fuertemente asociado con el virus del papiloma humano, causa la muerte de 300,000 mujeres el año globalmente.* América Latina muestra una de las incidencias más elevadas de cáncer del cuello del útero en el mundo. En todo el mundo, los países que presentan las tasas más altas tienen, a su vez, graves niveles de pobreza. En la región de las Américas hay diferencias importantes, siendo la incidencia en América del Norte mucho más baja. En localidades de América Latina en donde existe registro de cáncer de base poblacional, se observan algunas de las tasas de incidencia más altas del mundo”. (Fuente: Elu MC. (ed) 1998. *Cáncer cérvico-uterino*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México).

* Population Action International. 1995. *Preventing AIDS and STDs: Priorities for Family Planning Programs*, mayo.

Con base en los niveles de mortalidad por cáncer cérvico-uterino desde 1960 hasta 1990, se pueden dividir los países de la región en tres grupos (cabe señalar que sólo se contemplan países cuyo subregistro de la mortalidad es inferior a 30%):

Países con alta mortalidad: Costa Rica, Chile, México y Venezuela. México es el único país en el que se ha observado un aumento de la mortalidad por este tipo de cáncer en el período considerado. No se sabe si esto es un artificio estadístico originado por un mejor reporte de casos durante estos años, o si efectivamente se debe a un aumento genuino de la mortalidad, particularmente en mujeres de edad avanzada.

Países con mortalidad moderada: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, El Salvador, Guatemala, Uruguay. Muestran tasas moderadas que se han mantenido estables y sin cambios durante esos 30 años.

Países con mortalidad baja: Canadá y Estados Unidos. Cabe señalar que ambos países mostraban en 1960 tasas similares a las de América Latina, e incluso más altas que las de algunos países de la región. Sin embargo, fueron descendiendo en forma constante hasta ubicarse, ahora, en los niveles más bajos del continente.

Lo sorprendente de estas tendencias es que la citología cervical ha estado, en teoría, disponible para todas las mujeres en prácticamente todos los países de América Latina desde hace 20 años como mínimo. Datos emanados de encuestas de salud señalan, que, a excepción de Nicaragua, más de 60%, y a veces hasta 80%, de las mujeres se han hecho cuando menos una citología en su vida. (Fuente: Elu MC. (ed.) 1998. *Cáncer cérvico uterino*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México).

El hecho de que el desarrollo de este cáncer normalmente no produzca molestias, hace que muchas mujeres ni siquiera consideren el riesgo. En general, cuando aparecen los síntomas —como hemorragia, dolores al orinar o defecar; malestares generales como fiebre, cansancio, palidez o pérdida de peso— es porque el mal ya está muy avanzado. Por esta razón, es importante recordar que la prueba de Papanicolaou —referida como ‘Pap’—, que es simple e indolora y que puede solicitarse en cualquier centro de salud, es capaz de identificar el cáncer del cuello de la matriz en sus fases iniciales o, mejor aún, las lesiones precursoras.

“Yo nunca quise que me hicieran un Papanicolaou, pues una amiga, por ser muy cumplida en llevarse a cabo, sólo terminó infectada. Por eso yo decidí que no iría a hacérmelo. Por fortuna, después del nacimiento de mi último hijo me tuvieron que hacer un Papanicolaou de ‘rutina’, después de la cuarentena, cuando fui a una visita con el doctor. Ahí, él se dio cuenta de que tenía una ‘displasia muy grave’ y que eso significaba que estaba a un paso de que se volviera cáncer cérvico-uterino. Por ello, doy gracias a ese bendito examen. Si no me lo hubieran practicado a tiempo, tal vez mis hijos ahora serían ya huérfanos, o al menos yo hubiera tenido que pasar un martirio de exámenes y operaciones que no le deseo a nadie. Con esta experiencia me doy cuenta de lo valioso que es contribuir con el pequeño esfuerzo personal de aceptar que le practiquen a uno el examen, pues eso puede significar la diferencia entre la vida y la muerte prácticamente”.

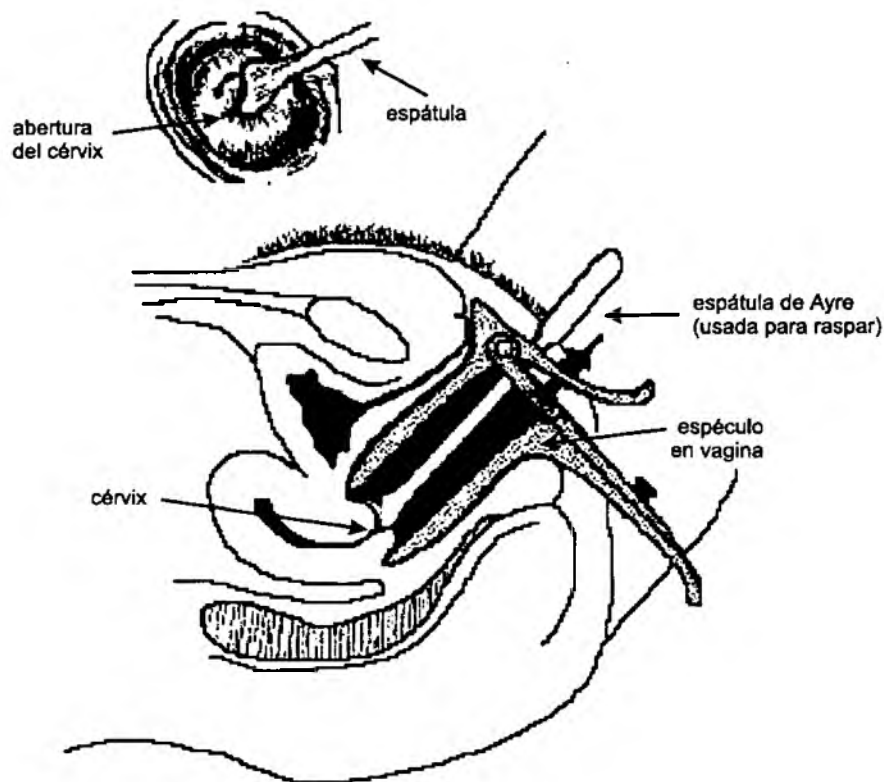
Fuente: López-Carillo L., Vandale-Toney S., Fernández C., y Parra M. del S. “Cáncer cérvico-uterino y mamario en la mujer mexicana”, en Langer A. y Tolbert K. (eds). 1996. *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Population Council y Edamex, México, pp. 317-342.

En términos generales, ¿cuáles son los problemas que encontramos con más frecuencia en México y en otros países con relación a la detección oportuna del cáncer del cuello del útero? Primero, que los "Paps" se concentran en las mujeres jóvenes que son las de más bajo riesgo; segundo, que se carece de sistemas de garantía de calidad en los laboratorios de citología, y tercero, que las mujeres no acuden a conocer el resultado y no consultan sobre su diagnóstico y tratamiento... Un programa de detección de cáncer cérvico-uterino nos ofrece la oportunidad de mejorar la salud de un importante grupo de mujeres en edad media que, una vez pasados sus años reproductivos, generalmente se ven excluidas de los servicios de salud. (Fuente: Robles S. 1998. "Epidemiología del cáncer cérvico uterino en las Américas", en Elu MC. (ed.) *Cáncer cérvico-uterino*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México).

SE REQUIEREN ENFOQUES INNOVADORES, PORQUE LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN TRADICIONALES (PAPANICOLAOU) TIENEN UN IMPACTO LIMITADO EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO DEBIDO A QUE:

- la tasa de cobertura general es baja;
- no se dirigen a las mujeres que tienen mayor riesgo (de 35 años o más);
- la capacitación de los prestadores es inadecuada;
- hay escasez de los abastos básicos;
- hay dificultad para dar seguimiento a las usuarias;
- hay una conciencia limitada en cuanto al cáncer cervical como problema de salud, y
- existen obstáculos culturales para la prestación de los servicios.

PATH. 1994. "Cervical Cancer: Prevention, Screening and Treatment", *Proceedings from a Working Meeting*.



CÁNCER MAMARIO

El tumor maligno de mama se registra en tercer lugar como causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 4.8 por cada 100,000 mujeres y una frecuencia ascendente en los últimos años para los grupos de edad de 25 años en adelante. Existen diversos factores de riesgo, especialmente los antecedentes familiares del mismo tipo de cáncer; embarazo en edad madura; ningún embarazo y el uso de estrógenos en altas dosis. En cuanto a la dieta, un estudio hecho en México reveló que la probabilidad de desarrollar cáncer mamario fue 2.6 veces mayor en las mujeres que comen más grasas, tanto de origen vegetal como de origen animal. Por su parte, el consumo de alcohol y tabaco, aunque esporádico, también incrementó el riesgo de padecer este tumor.

Sin embargo, este cáncer, al igual que el cérvico-uterino, suele crecer lentamente, por lo que el período para su descubrimiento generalmente es largo. Si se logra identificar su aparición con oportunidad, se puede ofrecer un tratamiento adecuado y a veces lograr su curación completa.

A diferencia del cáncer del cuello de la matriz, que no es visible, los cambios que producen los tumores del seno son fácilmente notables. Este cáncer se puede manifestar como un nódulo o 'bola' en la glándula misma o en el pezón, y puede acompañarse de anormalidades, como áreas enrojecidas y calientes en la piel que recubre la tumoración, o bien, la piel puede tomar un aspecto como el de la cáscara de la naranja, con poros muy abiertos; otras anormalidades son 'bolas' que se ulceran y sangran. Asimismo, puede presentarse alguna lesión ulcerada en la zona de la areola o del pezón.

Existen varias recomendaciones muy sencillas que, si se observan, permiten descubrir cualquier crecimiento anormal en las glándulas mamarias. Dada la relativa facilidad para notar cambios en las glándulas mamarias, se aconseja que la mujer se autoexamine los senos una vez al mes. Otro procedimiento de detección temprana es la mastografía, una radiografía del seno que identifica cualquier lesión sospechosa. Este estudio de rayos X de la mama se realiza en los hospitales o clínicas que tienen servicios especializados, y muestra imágenes que el especialista interpreta para detectar con oportunidad los cánceres que se inician.

En cuanto al autoexamen de los senos, las principales razones por las que las mujeres no se lo realizan son la negligencia y la supuesta falta de tiempo. En otros casos, no saben cómo hacerlo. También, parecería que las mujeres no reconocen la necesidad de llevar a cabo esta práctica, excepto cuando la molestia ya es obvia. Incluso cuando ya se experimenta un problema con los senos, es común que una mujer no sepa a dónde acudir para el tratamiento. Sin embargo, el autoexamen sigue siendo muy recomendable, pues a diferencia de la mastografía, no implica inversión de tiempo o dinero; cualquier mujer debidamente capacitada se lo puede practicar siguiendo instrucciones sencillas. Además del examen, es muy recomendable acudir a una revisión médica periódica.

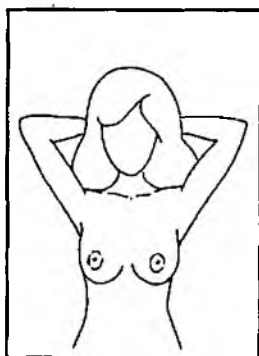
Fuente: López-Carillo L., Vandale-Toney S., Fernández C., y Parra M. del S. "Cáncer cérvico-uterino y mamario en la mujer mexicana", en Langer A. y Tolbert K. (eds). 1996. *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Population Council y Edamex, México, pp. 317-342.

AUTOEXAMEN DEL SENO

Esta técnica sirve para que la mujer conozca sus senos, identifique los cambios normales y, en su caso, también los anormales que puedan manifestarse. Estar familiarizada con los propios senos en cuanto a su forma, tamaño y consistencia, ayuda a entender las variaciones que les ocurren por la edad, el embarazo, la lactancia, la menstruación y la menopausia. De este modo, se pueden evitar preocupaciones innecesarias que resulten de confundir cambios normales con signos propios del cáncer de seno.

El autoexamen del seno debe practicarse cada mes, entre el séptimo y décimo días de haber empezado la menstruación. Si no se tiene regla, o si ésta es irregular, el examen debe realizarse en una fecha fija cada mes. Cuando empieza a practicarse, el examen suele durar entre cinco y diez minutos; después, cuando ya se tiene práctica, dos o tres minutos son suficientes.

Los pasos a seguir son: a) una revisión visual; b) una revisión manual de pie, y c) una revisión manual acostada.



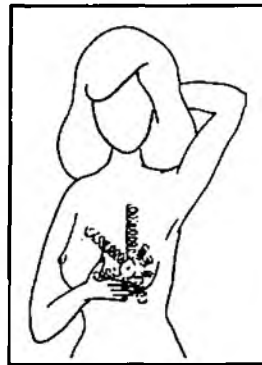
De preferencia, la **revisión visual** debe hacerse frente a un espejo; si no se dispone de él, es conveniente hacerlo frente a alguien de confianza que pueda ayudar a identificar cambios en los senos. Se deben colocar ambas manos en la nuca, tal y como lo muestra la figura, para después colocarlas sobre las caderas presionándolas un poco.

Debe buscarse la localización de cualquier cambio en el contorno de los senos, su coloración o flujo, su tamaño o forma. Es normal que algunas mujeres tengan uno de los senos ligeramente más pequeño; es importante, entonces, conocer los propios senos para saber lo que es normal.

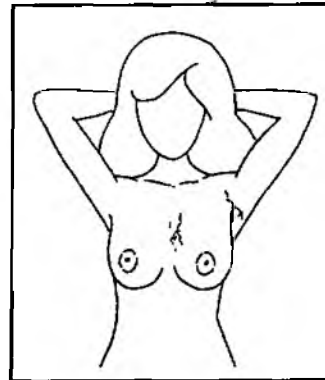
La **revisión manual de pie** se realiza untando las yemas de los dedos medios de la mano con crema, vaselina o talco para que puedan deslizarse con facilidad; el jabón es otra buena opción. Se coloca la palma de la mano izquierda sobre la nuca y con la mano derecha se palpa el seno izquierdo, presionándolo levemente, tal y como lo muestra la figura.



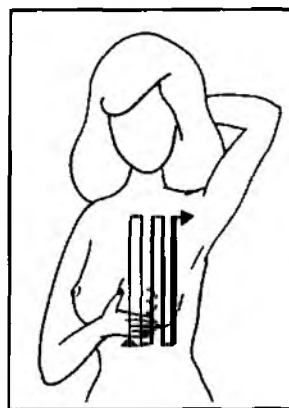
Al realizar la revisión manual, primero se ejerce una presión leve sobre el seno para detectar bolitas superficiales, siguiendo un patrón espiral imaginario.



Después se aplica una presión profunda para detectar bolitas internas. Se deberá poner especial cuidado bajo la axila y en medio de los pechos, en donde hay ganglios.



Debe realizarse una segunda búsqueda de bolitas, de puntos duros o espesos, siguiendo líneas rectas imaginarias; la búsqueda se inicia en los hombros y se termina un centímetro debajo de los senos.

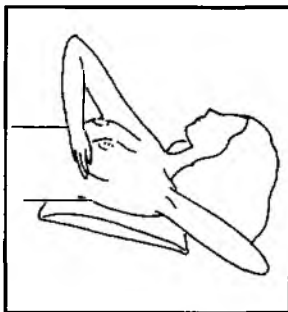


Finalmente, se presiona la areola y el pezón entre los dedos índice y pulgar para observar si fluye algún líquido.

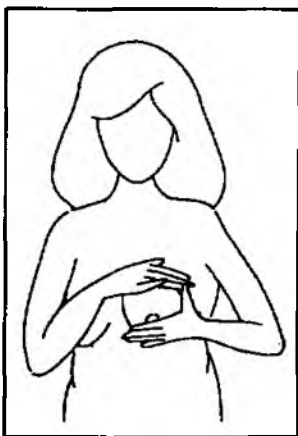
Para revisar el seno derecho se coloca la palma de la mano derecha sobre la nuca y con la mano izquierda se realiza la revisión manual que ya se ha descrito.

Cualquiera que sea el patrón de búsqueda, es importante que se palpen todas las áreas. Si se separan los dedos entre sí, o si se despegan continuamente del seno, se dejarán áreas sin explorar.

La **revisión manual acostada** debe realizarse como lo muestra la figura. Para revisar el seno izquierdo se dobla una toalla y se le coloca bajo la espalda del lado izquierdo. A continuación debe realizarse la búsqueda de bolitas o puntos duros igual que como se hizo estando de pie. Un procedimiento similar debe realizarse con el seno derecho.



Cuando los senos tienen forma caída, se sostiene el seno izquierdo con la mano izquierda, como lo muestra la figura, y con la mano derecha se realiza la revisión manual. Se hace de igual manera con el seno derecho.



Adaptado de: López Carrillo L. y cols. "Como prevenir el cáncer cérvico-uterino y mamario", en Langer A. y Tolbert K. (eds). *Mujer. Sexualidad y salud reproductiva en México*, versión revisada. En preparación.

¿Cómo...

- les enseñamos a las mujeres a examinarse a sí mismas para detectar el cáncer de mama?
- revisamos a las mujeres en instituciones periféricas con personal auxiliar?
- organizamos sistemas de interconsulta para mujeres que requieran pruebas de diagnóstico y tratamiento?
- instrumentamos proyectos piloto para evaluar la factibilidad y eficacia de los programas y servicios de detección y manejo del cáncer cervical y de mama en medios urbanos y rurales?

Fuente: Pachauri S. 1995. *Defining a Reproductive Health Package for India: A Proposed Framework*. Regional Working Papers, No. 4, Population Council, Nueva Delhi.

TESTIMONIOS DE MUJERES QUE HAN PADECIDO UN CÁNCER DE MAMA

Las mujeres que han vivido tal experiencia pueden recuperarse de la enfermedad misma y de los problemas psicológicos y funcionales que el tratamiento acarrea. Incluso existen grupos de autoayuda que reúnen a mujeres que han vivido una experiencia similar y que, por esta razón, comprenden el problema y pueden ayudarse y apoyarse mutuamente.

"No puedo negar que fue muy duro enfrentarme al diagnóstico de cáncer; después de haber sufrido la mastectomía, lloré mucho y me pregunté mil veces: ¿por qué a mí? Mi ignorancia al respecto contribuyó a aumentar mi temor, pero mi fe en Dios y el apoyo que recibí entonces de mis cinco maravillosos hijos, de mi madre y hermanos, me permitió recuperar la calma y enfrentarme a combatir el mal.

"Durante dos largos años me sometí al tratamiento de quimioterapia, perdí el pelo, pero no dejé de ir un solo día a mi trabajo. Creo que estar ocupada me ayudó a sobreponerme y evitó la depresión que muchas padecen. Han pasado ya 12 años en los cuales anualmente me hacen exámenes médicos de rutina. Mi organismo se encuentra libre de células cancerosas. Estoy consciente de que corro el riesgo de una recurrencia, pero en estos años he aprendido a ver la vida de otra manera, disfruto de todos los instantes, deseo ser útil apoyando a otras mujeres que, como yo, han pasado la misma experiencia; unidas trabajaremos para lograr una vida plena, sin ser carga para nuestros familiares ni causar lástima en otras personas...

"¿Cuándo fue la primera vez que oí hablar de cáncer? No lo sé. Quizá de niña, pues tuve la pena de perder a mi abuelo por esa terrible enfermedad. Desde entonces, asocié la palabra cáncer con muerte y sentí que su posible curación era un sueño muy lejano, muy difícil de alcanzar... por ello, cuando los médicos diagnosticaron a mi madre cáncer en el pecho inicié el lento proceso de enfrentar la posibilidad de su muerte.

"Ahora recuerdo aquellos años como un mal sueño. El sufrimiento de la quimioterapia desviaba un poco la atención de todos, pero en el fondo de nuestra alma rondaba siempre el temor de perderla.

“Los años han pasado como el viento, hace ya 15 años que fue operada y sinceramente admito que no tiene cara de que piense morirse pronto... Mi madre es una mujer muy positiva. Vive cada día como si fuera el último, pero tiene la sensibilidad y la inteligencia para no decírselo a nadie. Simplemente disfruta, simplemente realiza, simplemente hace el bien, empezando por ella misma. El cáncer ha cobrado en nuestras vidas una nueva dimensión. Una perspectiva más adulta, más responsable, más madura. Ahora sabemos que podemos prevenirlo, detectarlo a tiempo y combatirlo con la medicina moderna.

“Sabemos que no tenemos la garantía de la vida, pero sí la promesa de un esfuerzo común. Sabemos que no debemos temerle, pues en la lucha contra el cáncer tenemos muchos apoyos, muchos amigos. Junto con mi madre, hemos aprendido a vivir mejor. Con su ejemplo de entrega y valor hemos encontrado una nueva forma de vida. Deseo que el testimonio de mis palabras sirva de aliento a todas aquellas personas que día con día trabajan por lograr su recuperación total, como mi madre.”

Fuente: López-Carillo L., Vandale-Toney S., Fernández C., y Parra M. del S. “Cáncer cérvico-uterino y mamario en la mujer mexicana”, en Langer A. y Tolbert K. (eds). 1996. *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Population Council y Edamex, México, pp. 317-342.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El consentimiento informado es la toma de decisión voluntaria, informada y responsable, sobre la adopción de un método anticonceptivo.

El consentimiento informado es uno de los derechos reproductivos y forma parte del nuevo lenguaje normativo que busca dar una respuesta adecuada y práctica a los problemas de injusticia e inequidad en los servicios de salud. El CI implica superar las barreras que enfrentan mujeres y hombres para acceder libre e informadamente a las opciones anticonceptivas. El consentimiento informado se ha impulsado en acuerdos y recomendaciones de conferencias internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), entre otras.

En la búsqueda del consentimiento informado subyacen principios éticos de respeto a la autonomía de las personas, así como de beneficencia y justicia, que debieran formar parte siempre de la práctica médica y de los procesos de investigación. Su propósito es asegurar que los prestadores de servicios médicos favorezcan y respeten las elecciones y decisiones de usuarias y usuarios.

En los servicios de planificación familiar, el consentimiento informado implica un vínculo horizontal, de intercambio respetuoso de información entre usuaria y proveedor. En esta relación, la usuaria manifiesta sus necesidades de anticoncepción en el contexto del conocimiento que tiene de sí misma y sobre el tema, en tanto que el proveedor proporciona información de los efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos disponibles, que

respondan a las características de salud de la mujer. El proceso incluye la verificación por parte del proveedor de que su paciente ha comprendido sus explicaciones y que sus dudas han sido resueltas. A su vez, la usuaria debe consentir de manera libre y sin coerción a recibir el método más acorde a sus necesidades y preferencias, o bien disentir si así lo juzga conveniente. En algunos casos, también se requiere la firma de un documento de autorización, lo que no sustituye los procesos previamente descritos. Estas acciones deben ocurrir con anterioridad a la aplicación del método anticonceptivo elegido, para que la adopción de éste cumpla con los requisitos de ser informada, entendida y voluntaria”.

Fuente: Brenes V., Meza A, Ortiz O., Contreras X., Vernon R., Reyes H., Rodríguez G., Santos E., y Suárez C. 1998. *El derecho al consentimiento informado: un ejercicio en construcción. Leyes, casos y procedimientos de queja en los servicios de planificación familiar en México*, INOPAL III, Documento de Trabajo Núm. 22. Population Council, México.

El Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos señala que el consentimiento informado:

- a) es un requisito ético para un tratamiento médico y para participar en una investigación médica;
- b) es una expresión de respeto al paciente como persona, y particularmente a la integridad corporal, la autodeterminación, el respeto a la sexualidad y las capacidades reproductivas;
- c) promueve la libertad del paciente y la oportunidad de tomar decisiones;
- d) hace posible la participación activa del/a paciente en el plan médico;
- e) promueve las relaciones igualitarias entre el médico y el/la paciente;
- f) vuelve necesaria la comunicación, no sólo de manera individual, sino también en el ámbito de las instituciones de salud;
- g) debe ser visto como un proceso en el que se comparte información y se toman decisiones;
- h) no debe entrar en conflicto con la obligación ética profesional, sobre todo de los médicos.

Los médicos deben estar familiarizados siempre con los requerimientos legales del consentimiento informado.

Se debe informar a la paciente acerca de:

- su diagnóstico y la descripción de su condición médica;
- los riesgos y posibles complicaciones asociadas con el tratamiento;
- las alternativas de tratamiento y lo que sucedería en caso de no seguir ninguno, y
- la probabilidad de que el tratamiento sea exitoso.

Adaptado de: American College of Obstetricians and Gynecologists. 1993. *Ethical Dimensions of Informed Consent ACOG: Committee Opinion 108*. Washington, D.C., Vol. 3, Núm. 1, primavera.

¿Por qué es importante obtener el consentimiento informado?

- Asegura que el/la usuario/a ha recibido la información necesaria para tomar decisiones.
- Propicia que la decisión se tome en forma libre y voluntaria.
- Contribuye a asegurar usuarios satisfechos y bien informados.
- Disminuye la posibilidad de arrepentimiento.
- Garantiza la responsabilidad compartida entre el prestador de salud y el/la usuario/a en la adopción de un método anticonceptivo o cualquiera otra intervención médica.

¿Qué elementos debe compartir el equipo de salud multidisciplinario con la/el solicitante de un método?

- Los beneficios de la protección anticonceptiva.
- Las diferentes opciones anticonceptivas (temporales y definitivas).
- Información sobre mecanismos de acción, la eficacia, los efectos secundarios, el modo del uso, los riesgos y la temporalidad.
- La opción de desistir al uso de cualquier metodología anticonceptiva.
- La capacidad futura para la procreación.
- El seguimiento y el cambio de método.

¿En qué momento se debe obtener el consentimiento informado?

En cualquier momento de la atención, pero siempre antes de realizar cualquier procedimiento.

¿Cómo se debe documentar el consentimiento informado?

El documento que se emplea para solicitar el consentimiento informado se debe leer en voz alta utilizando un lenguaje accesible. Una vez comprendida la información, se debe recabar la firma o huella de la o el solicitante, del prestador del servicio y de un testigo.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas y Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil y AVSC International. 1996. *Consentimiento Informado*. Noviembre, México.

**Se terminó de imprimir en
Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
Tel.: 515 1657.
El tiraje consta de 3 000 ejemplares.**