INTEGRANDO LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA CLÍNICA DESDE EL COMPROMISO PROFESIONAL DE CONCIENCIA

DERECHOS SEXUALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Editor:

Leonel Briozzo

Autores:

Analía Grenno
Josefina Tarigo
Verónica Gallino
Stephanie Viroga
Diego Greif
María Noel Firpo
Fernanda Gómez
Sebastián Ben
Carolina Quevedo
Estela Citrín
Verónica Fiol
Fernanda Nozar

Montevideo, Setiembre 2020

EDITOR
Leonel Briozzo

COORDINACIÓN GENERAL
Estela Citrín

AUTORES
Analía Grenno
Josefina Tarigo
Verónica Gallino
Stephanie Viroga
Diego Greif
María Noel Firpo
Fernanda Gómez
Sebastián Ben
Carolina Quevedo
Estela Citrín
Fernanda Nozar
Verónica Fiol

CONSEJO EDITOR
Rafael Aguirre
Gualberto Arribeltz
Francisco Coppola
Ana Labandera
Fernando Curbelo
Ivana Leus
Clara Niz
Cecilia Stapff
María Luisa Banfi
Daniel Borbonet
Loreley García
Fernanda Putti

COLABORADORES

José María Pérez Penco
Juan Pablo Gesuele
Leticia Rieppi
Giselle Tomasso
Soledad Bottaro
Pablo Putti
Ana Bianchi
Carlos Álvarez
Miriam Piastri
Fernando Rovira
Gabriel de la Fuente
Ernesto Laborde
Alma Martínez
Rubén García
Natalia Sica
Víctor Recchi
Ana Correa
Luciana Miranda
Yessy Lacerda
Vanesa Guzzo
Violeta Quintela
Roberto Sergio
Lorena Briozzo
Cristina Pons
Paola Álvarez
Ana Umpiérrez
Natalia Makuka
Darío Ibarra
Agustina Franciulli
Malena Amarillo
Daniela Annuiti
Verónica Berardo
Carla Corujo
Judith Cruz
Gabriela Hernández

Integrando los derechos sexuales y reproductivos y el compromiso profesional de conciencia en la práctica clínica

1ª edición, 2020.
© Leonel Briozzo

Diagramación de tapa e ilustraciones interiores: Alfredo Polansky
Corrección: José Ibarbury - Claudio Ortiz
Iconografía y diseño institucional: Camila Méndez
Edición gráfica: Claudio Ortiz (claudioysumac@gmail.com)

Impreso en Gráfica Mosca
Montevideo - Uruguay
Depósito Legal: 378.068

Comisión del Papel
Edición amparada al Decreto 218/96

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA, ni de su Junta Directiva y Estados miembros. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

ISBN: 978-9915-40-102-7

Impreso en Uruguay

ÍNDICE

COMPROMISO PROFESIONAL DE CONCIENCIA

INTRODUCCIÓN. EL COMPROMISO PROFESIONAL DE CONCIENCIA Y LA PERSPECTIVA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA PRÁCTICA GINECOTOCOLÓGICA Y EN LOS EQUIPOS DE SALUD
Dra. Josefina Tarigo Galo
Dra. Fernanda Nozar
Dr. Leonel Briozzo
9

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL EMBARAZO Y PARTO

MÓDULO 1. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICO-PERINATALES EN EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO
Dra. Verónica Gallino
Obst. Partera Fernanda Putti
Lic. Psic. Cristina Pons
Lic. Psic. Ivana Lens
Dr. José María Pérez Penco
Dr. Gabriel de la Fuente
Dr. Leonel Briozzo
59

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS GINECOLÓGICOS

MÓDULO 2. HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS CON ENFOQUE DE CICLO DE VIDA EN LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA
Dr. Diego Greif
Dra. María Noel Firpo
Dra. Clara Niz
Dra. Paola Álvarez
Dra. Ana Umpiérrez
Dra. Alma Martínez
Lic. Psic. Cecilia Stapf
Dr. Fernando Curbelo
Dr. Leonel Briozzo
133

VULNERACIONES EN EL PROCESO REPRODUCTIVO Y EPIGENÉTICA

MÓDULO 3. VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL PROCESO REPRODUCTIVO, GRANDES SÍNDROMES PERINATALES E IMPRONTA EPIGENÉTICA EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL ADULTO
Dra. Stephanie Viroga
Dra. Natalia Makuka
Lic. Soc. Lorena Briozzo
Dra. Analía Grenno
Lic. Psic. Rubén García
Dr. Juan Pablo Gesuele
Dra. Verónica Fiol
Dr. Leonel Briozzo
183

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

MÓDULO 4. ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN LA CONSULTA GINECOTOCOLÓGICA

Dr. Sebastián Ben
Dra. Leticia Vallelisboa
Lic. Psic. Ivana Leus
Lic. Psic. Darío Ibarra
Dra. Estela Citrín
Dra. Agustina Franciulli
Dr. Leonel Briozzo

225

ATENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO

MÓDULO 5. ABORDAJE DEL EMBARAZO NO DESEADO –NO ACEPTADO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Dra. Fernanda Gómez
Dra. Verónica Fiol
Lic. Psic. Ivanna Leus
Dr. Leonel Briozzo

261

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

MÓDULO 6. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN LA CONSULTA GINECOTOCOLÓGICA

Dra. Carolina Quevedo
Dra. Leticia Rieppi
Dra. Natalia Sica
Dr. Leonel Briozzo

301

SEXUALIDAD EN LA PRÁCTICA GINECOOBSTÉTRICA

MÓDULO 7. INCORPORANDO LA SEXUALIDADA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Estela Citrín
Dra. Malena Amarillo
Dra. Daniela Annuiti
Dra. Verónica Berardo
Dra. Carla Corujo
Dra. Judith Cruz
Dra. Gabriela Hernández
Dr. Sebastián Ben
Dr. Leonel Briozzo
Dra. María Luisa Banfi

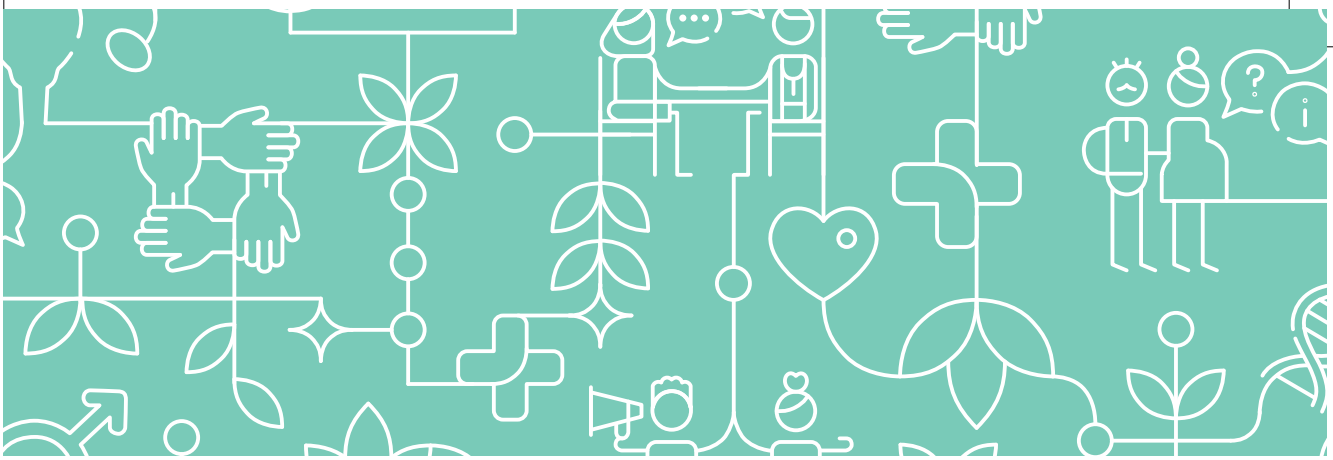
343

EPÍLOGO Y PERSPECTIVAS

EPíLOGO Y PERSPECTIVAS

Dr. Leonel Briozzo

391



COMPROMISO PROFESIONAL DE CONCIENCIA

INTEGRANDO DERECHOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA
Clínica GINEa | Fmed UdelaR

COMPROMISO PROFESIONAL DE CONCIENCIA

INTRODUCCIÓN. EL COMPROMISO PROFESIONAL DE CONCIENCIA Y LA PERSPECTIVA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA PRÁCTICA GINECOTOCOLÓGICA Y EN LOS EQUIPOS DE SALUD

SUMARIO

I. RESUMEN

II. APROXIMACIÓN A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
DESCRIPCIÓN GENERAL
   a. Los derechos en pugna, la reacción antiderechos
   b. Sinopsis de la salud sexual y reproductiva en Uruguay
   c. Desafíos de los servicios salud sexual y reproductiva en la pandemia COVID-19

III. DESAFÍOS ACTUALES DE LA GINECOTOCOLOGÍA
ANTECEDENTES
   a. La crisis de la relación sanitaria
   b. Hacia una ginecotocología integral e integradora

IV. COMPROMISO PROFESIONAL DE CONCIENCIA
PROFESIONALISMO MÉDICO Y EN LOS EQUIPOS DE SALUD
   a. Bioética en la práctica profesional
   b. Calidad de atención y equipos multidisciplinarios
   c. Incorporación de la perspectiva de género
   d. Abordaje específico de la inequidad en la atención de salud

V. LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LA CURRÍCULA ACADÉMICA

VI. PERSPECTIVAS

VII. BIBLIOGRAFÍA

I. RESUMEN

En los últimos 25 años han irrumpido como una nueva generación de Derechos Humanos los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DDSSRR). Estos han impactado fuertemente en toda la sociedad, pero en particular en la vida y la salud de las mujeres y la infancia. Los equipos de salud y en particular la ginecotocología como especialidad han tenido y tienen el desafío de incorporar estos derechos a la práctica clínica cotidiana.

Acompañando este cambio histórico, Uruguay, en los últimos 15 años, ha desarrollado una transformación profunda con respecto a esta temática, denominada también "Agenda de Derechos", desde el marco jurídico y normativo sanitario que ha mejorado de manera significativa la salud, la felicidad y la vida de las mujeres, la infancia y toda la sociedad.

Enmarcadas en estas transformaciones, desde la sociedad civil organizada y la opinión pública en general, se incrementan las exigencias hacia las profesiones de la salud para que se incorporen a esta concepción de derechos, abandonado el rol tradicional del paternalismo médico, siempre reticente de incorporarse a esta agenda.

Por lo anterior, es imprescindible una profunda reflexión académica respecto a la praxis profesional y, además, la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (FMED-UDELAR) tiene el mandato por la Ley Orgánica de involucrarse en esta temática. De hecho, el artículo 2 de dicha ley plantea como "Fines de Universidad" que esta casa de estudios debe: "Contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de: Justicia, Libertad, Bienestar Social, los derechos de la persona humana, la forma democrático-republicana de gobierno". (1)

Desde esta perspectiva, se intentará sistematizar la visión académica, producto de la práctica profesional integral del equipo docente de la Clínica Ginecotocológica A (GINEa) de la FMED-UDELAR en los últimos 10 años. La praxis de GINEa se relaciona estrechamente con la que ha desarrollado y desarrolla la asociación civil Iniciativas Sanitarias, un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud que hace 20 años desarrolló el modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños para el abordaje del aborto inseguro.

II. APROXIMACIÓN A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

a. DESCRIPCIÓN GENERAL

Los DDSSRR son promulgados en el año 1994 en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en la ciudad de El Cairo (Egipto), (2) desde donde emerge el Plan de Acción del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Desde 30 principios generales que van desde la salud sexual a la necesaria equidad y desde la agenda medioambiental a aspectos socioeducativos generales, se pueden extraer del Plan de Acción, de manera esquemática, los seis derechos sexuales y reproductivos que expresan la base de esta agenda a nivel global, y son:

1. El ejercicio de la maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte.
2. El control individual de su propia fertilidad.
3. Una vida sexual libre de violencia, coerción o riesgo de adquirir enfermedad y embarazo no deseado.
4. La interrupción del embarazo en los casos legalmente autorizados o admitidos por el sistema jurídico y el acompañamiento en todos los casos.
5. La disponibilidad de servicios para el ejercicio de esos derechos.
6. La información sobre sus derechos y los servicios que los aseguren.

La salud y los derechos SSR son un campo complejo donde se entrelazan múltiples dimensiones entre las que se destacan la perspectiva de género, las vulneraciones de derechos, desigualdades sociales y su influencia sobre la salud individual y colectiva, y la necesidad de cambios en los sistemas asistenciales. (3)

En la región de América Latina y el Caribe esta –por así denominarla– segunda generación de DDHH ha tenido en el "Consenso de Montevideo" sobre Población y Desarrollo (4) de la Comisión Económica para América latina (CEPAL) del año 2013, el máximo desarrollo alcanzado a nivel mundial hasta el presente.

A pesar de los acuerdos internacionales y de los procesos políticos en sus diferentes países, América Latina y el Caribe continúan siendo la zona con las mayores inequidades del mundo,

y son estas inequidades, justamente, la principal barrera para el logro de los DDSSRR en la región. En sus informes de población, el UNFPA destaca *"las sustanciales disparidades entre las mujeres en mejor posición económica y las más pobres, entre las mejor educadas y las menos educadas, y entre las que viven en zonas urbanas y las que residen en zonas rurales pueden observarse a nivel tanto regional como nacional y dentro de los países y las regiones"*. Las inequidades impactan de manera principal en las mujeres, la infancia y la juventud, así como en las poblaciones donde se interceptan vulneraciones de derechos. Un ejemplo emblemático de lo anterior son los niveles inaceptables de muertes maternas, una de las violaciones más importantes a los derechos humanos ya que expresa la falta de atención de las sociedades por la salud de las mujeres.

Es claro que "las mujeres no mueren porque sus enfermedades sean incurables, ellas mueren porque las sociedades no consideran que sus vidas deban ser salvadas"[1].

Así, la Agenda 2030 del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) plantea los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) que específicamente se relacionan a esta temática en los numerales 3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (ODS 5.6). (5)

Desde una perspectiva histórica, la peripecia de la construcción de los DDHH en general y de los DDSSRR en particular, constituye el principal desafío de la especie humana, en los albores del tercer milenio.

b. LOS DERECHOS EN PUGNA, LA REACCIÓN ANTIDERECHOS

Los DDHH hoy están bajo amenaza ya que, desde sectores conservadores en lo económico-político y fundamentalistas en lo religioso, están poniendo en tela de juicio no solo los derechos sino, incluso, el marco organizacional de las Naciones Unidas. Estos grupos conservadores, muy bien organizados y financiados, han inventado un enemigo para lograr unificar su fanatismo: la

1 Muhamed Fattalla. Expresidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia 1998-2000.

"ideología de género", que, cual parodia nefasta de la necesaria "perspectiva de género" que deben tener las políticas públicas, intenta bloquear la implementación de los DDSSRR en particular. Los tres derechos que atacan son:

1. El rol que debe tener el Estado en la educación a niños, niñas adolescentes y jóvenes en lo que respecta a los DDHH y en particular a los DDSSRR. Así, se oponen a la educación en derechos en el sistema formal y argumentan que este es deber exclusivo de las familias, sin entender, por ejemplo, que, lamentablemente, son los hogares muchas veces los lugares donde se desarrolla la violencia y los abusos. Existen obligaciones del Estado, mandatadas desde las convenciones internacionales, en relación a la maternidad y garantías para una sexualidad libre, placentera y responsable. Tomando en cuenta el rol central que la educación tiene para la salud sexual y reproductiva, se entiende la importancia que este tema tiene para los equipos de salud.
2. El respeto a las diferentes prácticas y orientaciones sexuales y la incorporación de la diversidad sexual como parte integrante de nuestra peripecia como especie. El intento infructuoso por homogeneizar la especie humana es, probablemente, el signo de mayor autoritarismo y falta de respeto a la diversidad. Solo basta recordar que los momentos más oscuros de la humanidad fueron cuando predecesores de algunos de los grupos anti derechos actuales ganaron poder, imponiendo sus visiones, como en el caso del nazismo en el siglo pasado.
3. Por último, el tercer tema refiere a la interrupción del embarazo, el aborto como derecho y el derecho a la atención integral en salud en embarazo no deseado, cuando el aborto está penalizado en cada país. Estos grupos se arrogan la denominación mentirosa de ser "pro vida" cuando en realidad, desde las políticas discriminadoras que promueven, lo que causan es un incremento de la mortalidad materna, la mortalidad infantil y también el número de abortos, como se verá en el Módulo 5 de esta publicación, y por lo cual, definimos como pro vida y pro derechos a aquellos que postulan las políticas públicas que logran disminuir la mortalidad materna, infantil y el número de abortos.

Estos tres temas son, concomitantemente, los tres temas que más impactan en la acción de los/las ginecotocólogos/as y

los equipos de salud, atravesados –como parte de la sociedad– por prejuicios y visiones no científicas, que es importante abordar desde la academia y la visión científica.

c. SINOPSIS DE LOS DDSSRR EN URUGUAY

Uruguay es reconocido internacionalmente por ser el país con la menor desigualdad de América del Sur y por tener el más alto estándar en la agenda global del cumplimiento de los DDSSRR, con la lamentable excepción de la epidemia de violencia basada en género (véase Módulo 4). Esta situación se ve reflejada en indicadores específicos cualitativos y cuantitativos de acuerdo con los seis DDSSRR básicos.

Con respecto al derecho al "ejercicio de la maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte", Uruguay presenta grandes avances en muchos temas.

- **En la mortalidad materna:** La tasa de mortalidad materna en Uruguay ha disminuido significativamente en los últimos 25 años, presentando en la actualidad la tasa más baja de mortalidad materna en las Américas, justo detrás de Canadá, con 11 muertes cada 100.000 recién nacidos vivos. (6) La reducción se debe fundamentalmente a la disminución del aborto inseguro (responsable de casi el 40 % de las muertes maternas al comienzo de los 2000) en el contexto de la promoción de todos los DDSSRR y el aseguramiento de las prestaciones sanitarias, vinculadas a la reforma de la salud –Sistema Nacional Integrado de Salud– del año 2007.
- **En la mortalidad infantil:** La tasa de mortalidad infantil fue de 6,8/mil recién nacidos vivos, tasa igual a 2018, manteniendo la tendencia decreciente de los últimos 15 años. (7) En el año 2019 se registraron 2.671 nacimientos menos y 14 defunciones menos en menores de un año, en relación al 2018.
- **En la prematurez:** el porcentaje de parto prematuro en Uruguay se mantiene con valores estables cercanos al 9 % de los nacimientos. En 2018 el porcentaje de prematurez a nivel nacional fue del 9,2 % de los nacimientos, siendo a nivel público de 9,3 % y en el subsector privado de 9,1 %. En 2018, en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell, el 11,8 % de los nacimientos fueron prematuros, manteniéndose estable en los últimos cinco años. La importancia de la

prematurez radica en que se trata de una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil.

- **En la transmisión vertical de VIH y sífilis:** Se lograron avances significativos hacia el cumplimiento de las metas de eliminación de VIH (≤ 2 %) que se alcanzó en los últimos tres años, mientras que se ha avanzado hacia el logro de la meta de eliminación de la sífilis congénita (≤ 0,5 casos/1.000 recién nacidos vivos), alcanzándose ya en el subsector privado. (8)
- Por último, se han procesado avances notorios en la **humanización del proceso de control de embarazo y nacimiento** como se referirá el Módulo 1 de esta publicación.

Con respecto al segundo derecho, que se refiere al "control individual de la propia fertilidad de la persona", los resultados son muy buenos en Uruguay.

- **En lo relacionado con la maternidad-paternidad responsable y segura:** La anticoncepción es una prestación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), existiendo una canasta de métodos que obligatoriamente los prestadores de salud deben brindar a sus usuarios. La misma incluye anticoncepción hormonal, dispositivo intrauterino, preservativos, ligadura tubaria y vasectomía (Decreto 009/11). El acceso a métodos anticonceptivos está regulado por la Ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva, art. 3°, y su decreto reglamentario obligando a la entrega de píldoras anticonceptivas de cuatro tipos. (9)
- **En lo relacionado al embarazo adolescente,** la estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, en conjunto con las acciones realizadas desde las políticas sanitarias, logró reducir la tasa de embarazos en un 38 % al año 2018. Disminución del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de 16,4 % en 2014; a 11,3 % en 2018; y a 10,6 % en 2019. (6, 10)
- **Con respecto a la reproducción humana asistida:** en 2013 la Ley 19.167 de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA), (11) estableció el derecho de las parejas biológicamente impedidas, y de las mujeres independientemente de su estado civil, a acceder a técnicas de reproducción asistida, incorporando su diagnóstico y tratamiento a las prestaciones que se brindan en el SNIS. En el año 2019 se registran 676 solicitudes al Fondo Nacional de Recursos, se autorizaron el

87,28 %. En el 2018 el total fueron 622 aprobadas –88,1 %–, y en el 2017 fueron 739 en total, y autorizadas el 91,07 %.

El tercer derecho se refiere a la posibilidad de tener "una vida sexual libre de violencia, coerción o riesgo de adquirir enfermedad y embarazo no deseado".

- **Con respecto a la violencia basada en género (VBG),** este derecho en Uruguay está severamente amenazado por una tasa de femicidios alarmante. Uruguay es uno de los países de América Latina que tiene mayor cantidad de muertes de mujeres ocasionadas por parejas o exparejas cada 100.000 mujeres. Sin duda que esta situación configura la punta del iceberg de una situación de discriminación de género socialmente aceptada y que es urgente transformar. En Uruguay una de cada cinco mujeres vivió algún episodio de VBG, en los últimos 12 meses, por parte de algún integrante de la familia. En las mujeres que tienen o han tenido pareja la prevalencia de VBG es del 45,5 % en algún momento de su vida, especialmente en las pacientes jóvenes. El año 2019 se cerró con una declaración de emergencia nacional por violencia de género, registrándose 25 femicidios. El Módulo 4 de esta publicación aborda en particular este tema.

- **Con respecto a la diversidad de opciones sexuales,** en el 2018 Uruguay aprobó la Ley 19.684 Integral para personas trans, (12) garantizando el acceso a derechos en relación con la identidad, el trabajo, la educación, la reparación histórica a víctimas del terrorismo de Estado y a la salud libre de discriminación. En los servicios de salud el 57 % de las instituciones mejoraron el cumplimiento con personal formado en diversidad sexual, pasando de 17 % en 2016 a 49 % en 2018. El 43 % de los prestadores respeta la identidad de género de sus usuarios/as en la asignación de camas. Los prestadores que brindan tratamientos hormonales pasaron de 26 % en 2016 a 53 %, y quirúrgicos de 8 % a 15 %.

El cuarto DDSSRR involucrado es el que se refiere a "la interrupción del embarazo en los casos legalmente autorizados o admitidos por el sistema jurídico".

Desde hace más de 20 años Uruguay implementó un modelo original de reducción de riesgo y daños desarrollado por la

asociación civil Iniciativas Sanitarias. Esta estrategia, junto con el mejoramiento del acceso a los métodos anticonceptivos y la educación en salud sexual y salud reproductiva (SS y SR), resultó clave en la reducción de la mortalidad materna. (6, 13) Luego de siete años de vigencia de la ley de despenalización del aborto, con la consiguiente implementación de servicios de atención en todo el SNIS, así como de una mejora sistemática de la fiscalización y el registro, en el año 2019 se registraron 10.227 casos de IVE, registrándose 146 menos que el año previo. Este último hecho resulta relevante ya que es la primera vez que la curva comienza a mostrar una tendencia decreciente en el número total de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE). (6) El mantenimiento de este descenso es un objetivo importante de la implementación de la política de despenalización del aborto en Uruguay, ya que, como oportunamente se planteó, de lo que se trata es de asegurar una práctica segura, accesible e infrecuente. (13) El Módulo 5 de esta publicación aborda esta temática.

El quinto DDSSRR se refiere a la "disponibilidad de servicios para el ejercicio de esos derechos".

Uruguay ha cumplido cabalmente con este derecho asegurando los servicios de salud sexual y reproductiva con la base de la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, desde la cual el MSP estableció la obligatoriedad de implementar servicios de salud sexual y reproductiva en todos los prestadores de salud del SNIS.

Por último, el sexto DDSSRR se refiere a la necesidad de "información a partir de los derechos involucrados y los servicios adecuados".

Al respecto la educación sexual está presente en todos los niveles de la enseñanza formal a partir de 2006. Desde 2011 se crea una comisión interinstitucional para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo acciones conjuntas de salud, educación y desarrollo social en todo el sistema educativo formal, como parte de la formación hacia una ciudadanía plena.

d. DESAFÍOS DE LOS DDSSRR EN LA PANDEMIA COVID 19

La pandemia COVID 19 ha eclipsado, por su avance e impacto sanitario, una serie de problemas de salud, sobre todo los vinculados a la salud de la mujer y de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR), sobre todo en los sectores sociales más vulnerados en sus derechos humanos con relación a la pobreza y la desigualdad.

Existe el riesgo real de retroceder en materia de DDSSRR si no se toman medidas específicas para enfrentar esta situación.

Estas situaciones se ven agravadas por el modelo hegemónico patriarcal de las relaciones sociales, que no solo es riesgoso para mujeres, lo es también para la infancia y para los propios varones, al incrementar conductas de riesgo como la violencia interpersonal y el consumo problemático de sustancias psicoactivas. A esto se suma, en pandemia, un aumento de la presión derivada de la adversidad económica ocasionada por el brote y la incapacidad para trabajar y "abastecer", lo que puede llevar a una situación que provoca aún más tensiones y conflictos en el núcleo familiar, derivando en aumento demostrado de la violencia basada en género, por ejemplo.

Debe tenerse en cuenta además que un antecedente relevante que no se puede perder de vista, es que el riesgo mayor en una pandemia como la actual es para los equipos de salud y cuidados. La mayoría de los integrantes de estos equipos son mujeres, calculándose que un 70 % de los integrantes son justamente las mujeres, lo que las expone a un riesgo superlativo en una situación como la actual.

En época de pandemia COVID 19 se deben enfocar los esfuerzos en potenciar los servicios de salud sexual y reproductiva, innovar mediante telemedicina, servicios digitales, clínicas móviles y preparación específica de los equipos de salud. Como plantea el FIGO: "FIGO apoya la provisión de servicios sostenibles, y tiene el compromiso de servir a las mujeres de manera segura mientras navegamos por estas aguas desconocidas y pedimos a los gobiernos que hagan lo mismo. Los cambios deben implementarse rápidamente para salvar vidas y evitar una mayor presión sobre los servicios médicos. Pero necesitamos cambios duraderos que prevengan a las mujeres de tener que buscar métodos inseguros". (14)

Con respecto a los equipos de salud, debe asegurarse que el personal de salud cuente con las habilidades y los recursos necesarios para manejar información sensible relacionada con la violencia de género, anticoncepción, embarazo no deseado, como urgencias no diferibles.

El desafío es, para países como Uruguay, donde las barreras en la interacción población-sistema sanitarios estaban bastante saldadas, innovar en nuevas formas de comunicación que alcancen la fluidez y accesibilidad lograda hasta entonces. Para países y regiones donde el avance en derechos no era tal, redireccionar esfuerzos para lograrlo y tratar de convertir esta crisis en una oportunidad que les permita evolucionar de políticas poco efectivas, que se venían reiterando ineficazmente.

III. DESAFÍOS ACTUALES DE LA GINECOTOCOLOGÍA

a. ANTECEDENTES

En el principio la ginecología estaba separada de la obstetricia. La ginecología (del griego γυναικα, gynaika, "mujer") significa literalmente ciencia de la mujer y hace referencia a la rama de la medicina que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino. Por su parte la obstetricia se define como "Arte de Partear" (15) que define las características de la acción profesional de aquella persona que se dedica a acompañar, proteger, cuidar a la madre e hijo en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

Uruguay tiene una rica historia. A principio del siglo XX se desarrolla como política pública la denominada Casa de Maternidad, predecesora del Hospital Pereira Rossell, con las Clínicas de Obstetricia. Por su parte y de manera separada, se desarrollan las Clínicas de Ginecología. Es Turenne el que sintetiza, a mediados del siglo XX, la integración de ambas vertientes. Así, en la publicación "Actas ginecotocológicas" (setiembre, 1947), da a conocer un editorial "¿Ha progresado la obstetricia?" y define cabalmente el alcance de la especialidad como la que une la ginecología con la obstetricia (obstetricia científica y social como la definía), con una orientación integral y única, formulando el que denominaba "vocablo integral", la *ginecotocología*.

Desde entonces se entiende la Ginecotocología como la especialidad responsable de la atención de la salud de la mujer, fundamentalmente en lo relativo a la salud sexual y reproductiva

a lo largo de todo su ciclo vital, encargada tanto de la patología relacionada con el aparato genital como la atención del proceso reproductivo, formando parte del equipo integral de atención. Esto se conjuga con la visión mundial del momento que dio como resultado la fundación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en 1957 y que, desde entonces, es la institución de referencia de la especialidad a nivel global. (16)

Desde esta visión integral, es también Turenne quien comienza a desarrollar una visión más global con el advenimiento de lo que denomina la Obstetricia Social. En una conferencia histórica: "La maternidad consciente, un problema de obstetricia social procreación voluntaria de la mujer" en la sede del Sindicato Médico del Uruguay (julio, 1929), dice: "Siempre he creído que el médico digno de ese nombre no puede ser espectador indiferente de la patología social; que debe tomar parte activa, no solamente en la observación sino, en lo posible en la terapéutica de los fenómenos de esa patología". Se adelanta décadas así a la declaración de los DDSSRR en la conferencia de población y desarrollo de El Cairo de 1994.

Contemporáneos de Turenne comprendieron que la promoción de los derechos mejoraría la vida y la salud de las mujeres, así como de la infancia. Elaboraron desde una preocupación por la mortalidad materna e infantil, un enfoque en una epidemiología descriptiva dando un marco explicativo moderno en el que identifican factores subyacentes a la mortalidad materna e infantil revolucionarios para la época, desde una visión de determinantes sociales. Además de reflexionar, estos referentes se involucraron activamente en la elaboración y promoción de políticas públicas. Los principales exponentes de esta generación son, junto a Turenne, Morquio, Paulina Luisi, Julio Bauzá, entre otros, quienes sientan las bases de la estructura del sistema sanitario actual.

Lamentablemente, todos los avances y el rol profesional propuestos por estos pioneros no fueron mantenidos durante el siglo XX y, en particular, durante la dictadura militar y la intervención universitaria (1973–1985) hubo un fuerte retroceso en la materia.

b. LA CRISIS DE LA RELACIÓN SANITARIA

A nivel mundial, desde mediados del siglo XX una serie de sucesos, entre los que se destacan las atrocidades cometidas por médicos en la Segunda Guerra Mundial, la irrupción del movimiento de los derechos civiles, la revolución tecnológica en medicina, con el advenimiento del respirador artificial y el trasplante cardíaco, que desdibujan el límite entre la vida y la muerte, hacen que el modelo médico tradicional sea fuertemente cuestionado y comience así una crisis de la relación médico-paciente.

Esta crisis se expresa de múltiples maneras, aunque probablemente ninguna tan clara como la desconfianza en los usuarios frente a los cuidados profesionales y la contrapartida desde estos de la "medicina defensiva" base de la iatrogenia. La gravedad de la situación obliga a un ejercicio reflexivo y autocrítico. Gran parte de la responsabilidad corresponde a comportamientos y actitudes incorrectos y éticamente cuestionables desde los médicos y el equipo de salud, en el marco de un sistema institucional en general hostil tanto con los profesionales como con los usuarios. La ineficiencia, la arrogancia, el aumento de la iatrogenia, la necedad, la falta de una actitud de compromiso desde la profesión, la falta de autorregulación, son algunas de las razones que abonan la crisis.

La relación sanitaria, tal como se esquematiza en la Figura 1, coloca en el centro de la atención a la usuaria-paciente. El primer círculo está conformado por tres actores clave. Por un lado, el entorno de la usuaria, su familia y la comunidad. En segundo lugar, el equipo técnico profesional, y en tercer término el sistema asistencial. Estos tres actores están condicionados por múltiples circunstancias dependientes de lo que denominan determinantes sociales de la salud.

Figura 1. Componentes de la relación sanitaria.

El mejoramiento de la relación sanitaria es un desafío para toda la sociedad y un imperativo para los profesionales y equipos de salud que deben ser los que den el primer paso para ser parte de la solución.

Se buscará inequívocamente ante esta situación de desconfianza, que los profesionales y equipos de salud contribuyan a la modificación de la relación sanitaria, desde la promoción de los Derechos Humanos, promover el pleno ejercicio de la ciudadanía y el empoderamiento de la mujer. Para hacerlo se debe entender y propiciar la independencia social e individual de los seres humanos, de cualquier poder, incluido el “poder médico”, que se conceptualiza como el poder conferido a la actividad médica en base al modelo paternalista clásico.

Definir el modelo que se busca en cuanto a la relación sanitaria es importante y como construcción social y, no solo profesional, es prioritario. Este modelo debe estar centrado en el usuario, buscando como único objetivo común su bienestar.

La relación sanitaria es una relación asimétrica en cuanto a la información, el conocimiento y la experiencia, pero esta asimetría y vulnerabilidad no necesariamente debería generar rupturas e inequidad, en la medida en que es una relación proactiva y de beneficio mutuo basada en el intercambio del cuidado de la salud por el reconocimiento de la labor profesional.

Algunas de las características principales de este modelo de relación sanitaria serían la de ser más comprometida desde los profesionales y equipos, y más equitativa para los usuarios. Donde el usuario se empodere de sus derechos y tenga capacidad de ejercerlos, desde una perspectiva de corresponsabilidad autónoma en la gestión de su propia salud. Estos derechos incluyen el derecho a ser atendido con calidad técnica y humana, el derecho a ser informado para la toma de decisiones responsables y libres, es decir conscientes, en el marco de las normativas vigentes, el derecho a no ser denunciado ni violentado de ninguna forma. Además de ser una relación desde donde surjan demandas y propuestas de formas para satisfacerlas en dirección al sistema de provisión de servicios de asistencia en particular y hacia el sistema de salud en general.

En el marco de una relación sanitaria con estas características los médicos estarán más realizados profesionalmente y los pacientes se sentirán y estarán mejor atendidos.

Pero, además, modificando la relación sanitaria, desde una actitud activa de los profesionales de la salud, se habilitan mecanismos que, eventualmente, pueden ser luego transferidos a la vida de la sociedad.

Es en ese sentido que es posible contribuir desde la relación médico-paciente al mejoramiento del relacionamiento social. Desde una relación sanitaria basada en el ejercicio de derechos se contribuirá al desarrollo de condiciones que incrementen su ejercicio pleno por parte de la ciudadanía. (17)

c. HACIA UNA GINECOTOCOLOGÍA INTEGRAL E INTEGRADORA

Los cambios producidos como consecuencia de la crisis de la relación sanitaria reseñada y la emergencia de los DDHH, hacen que la visión paternalista de la ginecología y la obstetricia sea cuestionada y se comience a desarrollar un nuevo enfoque de la ginecotocología.

A nivel global, una gran crítica establecida al comportamiento profesional se basa en la falta de humanización de los cuidados, por ejemplo, durante el embarazo y parto, lo que se ha denominado como "violencia obstétrica". A nivel local, la violencia ejercida por el equipo profesional, tuvo en el año 2001, un punto de inflexión entre el viejo modelo perimido y un nuevo abordaje en ciernes, a propósito de un tema clave para la salud y la vida de las mujeres de entonces, el aborto inseguro, que no es más que el emergente de una serie de temas relacionados con los DDSSRR y que retoma los postulados de los pioneros de la especialidad de principio del siglo XX.

Además de lo que fue la estrategia de Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo y su impacto en la disminución de la morbimortalidad materna, otros hitos son significativos, entre ellos el abordaje integral de personas trans, la implementación de la humanización del parto y el nacimiento, el abordaje de la pareja estéril y ley de fertilización asistida, los avances normativos y en las prácticas sobre secreto médico y confidencialidad, son otros tantos ejemplos que muestran que no incorporar de manera sistemática los DDSSRR a la práctica clínica tradicional de la ginecotocología aumenta el riesgo para la salud y la vida de las mujeres, la infancia y la sociedad toda, pudiendo generar omisión de asistencia.

Este cambio de paradigma del rol de la ginecotocología está en la agenda mundial. A modo de ejemplo, en este contexto, recientemente en un editorial del American College of Obstetrics and Gynecology, su presidente J. T. Anderson, en línea con lo que veníamos expresando, plantea con claridad meridiana: "A medida que la ciencia de la medicina avanza y las necesidades sociales evolucionan, en obstetricia y ginecología no sólo debemos adaptarnos, sino también abogar por garantizar la disponibilidad y accesibilidad de la atención sanitaria más eficaz, relevante y segura para todas las mujeres a lo largo de su vida, ahora y en las generaciones futuras. Somos los responsables de la atención sanitaria de la mujer. Si no somos nosotros, ¿quién será? Si no es ahora, ¿cuándo será? ¡Hagámoslo!" (18)

Desde todos estos antecedentes se sientan las bases de la necesidad de avanzar desde la especialidad más integral en el enfoque de la mujer como un todo biopsicosocial y más integradora en términos de abordaje multi y transdisciplinario. Hace

falta una nueva concepción global de la ginecotocología y surge, entonces, la necesidad de conceptualizar este tema.

IV. EL COMPROMISO PROFESIONAL DE CONCIENCIA

El profesor Bernard Dickens (Universidad de Toronto, Canadá), past presidente del Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), es quien conceptualiza hace algunos años, el que denomina como "compromiso de conciencia", a propósito del posicionamiento profesional comprometido con las decisiones de las usuarias, más allá incluso de su propia convicción personal del profesional. Textualmente plantea el autor: "Los profesionales con compromiso de conciencia a menudo necesitan coraje para actuar en contra de la ortodoxia legal, religiosa y médica imperantes, siguiendo la honorable ética médica de colocar los intereses de los pacientes por encima de los suyos", (19) otros autores se han referido también a este posicionamiento desde diferentes perspectivas. (20)

Desde este fundamental antecedente y a la luz de la praxis profesional que fue clave en los cambios producidos en Uruguay en materia de DDSSRR, se conceptualiza el denominado "Compromiso Profesional de Conciencia" (CPC) como aquel posicionamiento del médico y cualquier integrante del equipo de salud que:

a. Promueve integralmente, desde los valores del profesionalismo médico, la defensa y promoción de los derechos humanos.
b. Antepone, desde la reflexión bioética, las decisiones conscientes de las/los usuarios/as, a las concepciones personales del/la profesional.
c. Aborda desde el equipo multidisciplinario la calidad de atención como paradigma.
d. Incorpora la perspectiva de género, generaciones y diversidades.
e. Aborda la vulneración de derechos e inequidades como parte integrante de la práctica profesional.

Figura 2.

a. PROFESIONALISMO MÉDICO

El concepto de profesionalismo médico surge del conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los/las profesionales de la medicina con el servicio a los/las ciudadanos/as, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los/las médicos/as. (21, 22)

Los valores, definidos como cualidades positivas que tienen las personas y por las cuales son socialmente reconocidas, se basan en valores universales vigentes en cada etapa histórica. En la actualidad, los valores en los que se basa el profesionalismo provienen de los valores de la laicidad, que esquemáticamente son:

- La verdad que se busca desde el conocimiento científico.

- La compasión, intentando no generar sufrimiento en los demás.
- La igualdad desde la concepción que todos los seres humanos son iguales.
- La libertad de poder decidir de manera libre los destinos de cada persona.
- La responsabilidad de sentirse parte de la peripecia humana
- La valentía de estar dispuesto a hacer esfuerzos por lograr los anteriores propósitos.

En el ámbito académico la UDELAR define principios semejables a valores en el artículo 2 de la ley orgánica: Art. 2 Ley Orgánica: Justicia, Libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno.[2]

A nivel de la profesión médica, los valores y su coherencia definen a un colectivo y lo hacen apreciado por la sociedad. Esto es particularmente importante en la profesión médica y el resto de las profesionales de la salud. Es decir, si los médicos/as actúan en base a valores serán apreciados; si, por el contrario, predominan los antivalores, la profesión será cuestionada e incluso se puede llegar a su desprofesionalización. El concepto de profesión se define por la pertenencia de sus miembros a un cuerpo especializado de conocimiento, por su vocación de servicio y por su capacidad para autorregularse y, por lo tanto, organizar el modo en que ofrecen sus servicios. (21) Pero, sin lugar a duda, lo más importante para la profesión es de qué manera se establece el vínculo con la sociedad, desde donde se origina, se inserta y a la cual se debe. Es la sociedad la que da o quita el valor de la profesión y es por esto por lo que la relación entre ellas es tan importante. (22)

El profesionalismo médico definido por Paradell, (22) y de manera sumaria, viene definido por el ejercicio en la vida profesional de los valores profesionales, que son la vocación, la disciplina, la competencia y el compromiso.

La vocación. Es el valor que se refiere a los móviles por los cuales un profesional de la salud es eso y no otra cosa. La vocación de servicio implica la relevancia de las recompensas sociales por sobre los materiales. De hecho, el corporativismo economicista es el antivalor de la vocación. La vocación implica la

2 Ley Orgánica UdelaR.

formación continua con el fin de dar el mejor servicio mientras se actúe como profesional.

La disciplina. Hace referencia al ejercicio de autorregulación de una manera absolutamente ecuánime. El concepto de disciplina así entendido es la subordinación de individuo a las reglas establecidas por el colectivo, tanto en lo deontológico como en lo técnico profesional. El antivalor de la disciplina es la ausencia de contralor de la actividad profesional, comparable a la práctica individualista de la profesión.

La competencia. Entendida como aplicación correcta de los conocimientos, se da en el marco de la relación profesionalismo-comunidad, y tiene tres componentes principales: uno que refiere a los conocimientos, que comprende lo conceptual y el pensamiento crítico; un componente de habilidades; y, por último, un componente de actitudes, que refiere a las relaciones médico-paciente y también a las relaciones interpersonales entre integrantes del equipo de salud. El antivalor de la competencia es la arrogancia de creerse dueño del saber y que va acompañado de la incapacidad de trabajo en equipo.

El compromiso. Implica por un lado la legitimidad social de la profesión y por el otro lado las tareas prioritarias de la profesión. Estas últimas no son otras que la de proveer asistencia altamente calificada al usuario/a, preocuparse por la salud de los/las usuarios/as y la comunidad y gestionar eficientemente los recursos sanitarios.

Los valores profesionales se relacionan de manera directa con la defensa y promoción de los DDSSRR como DDHH y están en la base de la concepción que se desarrollara más adelanta del compromiso profesional de conciencia (23). Los colegios médicos en el mundo han abordado esta temática siendo relevante el ejemplo del colegio español. (24)

b. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Se conceptualiza la bioética en su doble dimensión, como disciplina analítica y práctica. En lo analítico, la bioética intenta sistematizar el estudio de los determinantes culturales (no naturales) de la vida humana y su relación con otras especies y nuestro planeta.

Desde la perspectiva práctica, la bioética propone cursos de acción transformadora pro positiva, de las reglas socioeconómicas y políticas y la salud de los seres humanos.

Desde esta perspectiva, la bioética desarrolla la reflexión y acción en la defensa y promoción de los DDHH, siendo así una poderosa herramienta en la construcción de la dignidad, la justicia, la equidad y el respeto a las diferentes formas de vida.

En 1979, los bioeticistas Tom Beauchamp y James Franklin Childress sistematizan la bioética principalista en base a cuatro principios de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. En un primer momento definieron que estos principios son *prima facie,* esto es, que son obligatorios siempre y cuando no colisionen entre ellos, en cuyo caso habrá que dar prioridad a uno u otro. (25)

Los cuatro principios definidos por Beauchamp y Childress son:

Principio de defensa de la autonomía. Se refiere a la obligación profesional de propiciar, respetar y apoyar las decisiones autónomas de las pacientes. La autonomía viene dada por la capacidad de toma de decisiones conscientes. Se define una decisión como consciente cuando es libre de presiones, informada y responsable. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.), en cuyo caso será necesario justificar por qué no existe autonomía o por qué esta se encuentra disminuida. El principio de autonomía es la piedra angular de la moderna bioética que, junto al principio de justicia, complementan los principios hipocráticos de beneficencia y no maleficencia, buscando el empoderamiento de los pacientes en la gestión de su salud.

El compromiso profesional con las decisiones de los pacientes es imperativo. Sin embargo, es justificable éticamente en circunstancias excepcionales, que el profesional, sin cuestionar la autonomía del paciente, no pueda acompañar su decisión. (26) Surge así el concepto de Objeción de conciencia como un instituto que permite al profesional por motivos filosóficos y/o religiosos bien fundamentados, no cumplir con el mandato bioético de respeto y promoción de autonomía. (26) Desde esta perspectiva,

a la par que es un derecho del profesional, se entiende a la objeción de conciencia como una falta de competencia profesional, a la hora de abordar una parte clave de la peripecia vital por la cual puede transcurrir cualquier paciente a lo largo de su ciclo de vida. Este derecho extraordinario del profesional de no cumplir con un mandato ético y legal debe diferenciarse de la búsqueda política de modificación de normativas que no se compartan. "Con la objeción de conciencia no se aspira a modificar ninguna norma. No se pretende obligar a la mayoría a revisar su decisión, obtener publicidad ni anular una norma. Por lo tanto, hay una ausencia de fin político." (27, 28, 29)

El código de ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, en la reunión del Comité de Ética de julio de 2017, recomienda a propósito de la objeción de conciencia lo siguiente:

"Recomendaciones a propósito de Objeción de conciencia en la práctica de ginecólogos y obstetras: 1. Todos los obstetras-ginecólogos tienen la responsabilidad profesional de velar por que todos sus pacientes reciban el tratamiento clínico para el cual el paciente haya dado su consentimiento. Todas las objeciones de conciencia al tratamiento de un paciente son secundarias a esta responsabilidad profesional. 2. La provisión de beneficios y la prevención del daño requieren que los profesionales proporcionen a dichos pacientes acceso oportuno a servicios médicos, incluida la información sobre todas las alternativas médicamente razonables para su atención, incluidos los procedimientos en los que un obstetra y ginecólogo se oponga a proporcionar por motivos de conciencia. 3. Todos los obstetras y ginecólogos tienen la responsabilidad profesional de cumplir con las definiciones científicamente y profesionalmente determinadas de los servicios de salud reproductiva, y de ejercer cuidado e integridad para no tergiversarlos o caracterizarlos erróneamente sobre la base de creencias personales. 4. Los obstetras-ginecólogos tienen derecho a ser respetados por sus convicciones de conciencia, cuando estas son genuinos y claramente expresadas. Las afirmaciones de "conciencia" motivadas políticamente o con motivación financiera son extremadamente antiéticas. Los obstetras-ginecólogos que expresan convicciones basadas en la conciencia que son genuinas no deben sufrir discriminación en base a sus convicciones, siempre que el ginecólogo-obstetra asuma la responsabilidad profesio-

nal de velar por que el paciente reciba la gestión clínica autorizada por el paciente. 5. Existe la responsabilidad profesional de remitir a los pacientes para el manejo clínico médicamente indicado, al cual un obstetra-ginecólogo se opone a la empresa, a médicos calificados que no se opongan. La derivación para los servicios no constituye la participación en ningún procedimiento acordado entre los pacientes y los médicos a los que son remitidos, ya que dicha atención será autorizada por el paciente dando su consentimiento a lo que otro médico le ofrece al paciente. 6. Los obstetras-ginecólogos deben proporcionar referencias oportunas a sus pacientes cuando la demora pueda poner en peligro la vida, la salud y el bienestar de los pacientes, como, por ejemplo, los pacientes que experimentan un embarazo no deseado. 7. En situaciones de emergencia, para preservar la vida o la salud física o mental, los obstetras y ginecólogos deben proporcionar la atención médica indicada y de elección de sus pacientes independientemente de las objeciones personales de los practicantes.

Así entendida, la objeción de conciencia genuina –no la falsa objeción o la objeción "por conveniencia personal"– es parte del compromiso de conciencia. Lo que realmente es antiético es la ausencia de compromiso de conciencia, que se expresa por actitudes como el avasallamiento de la autonomía de las usuarias, la objeción por conveniencia y la seudoobjeción de conciencia. (Figura 3.)

Figura 3. Características principales del compromiso y ausencia de compromiso de conciencia y su relación con la objeción de conciencia genuina.

Principio de beneficencia. Se refiere a la obligación de actuar siempre en beneficio de los pacientes, promoviendo sus legítimos intereses. Este principio considera que el médico posee una formación y conocimientos de los que el/la usuario/a carece. Para ejercer el principio de beneficencia se debe respetar lo que el usuario crea que es lo mejor para sí.

Para que se pueda expresar de manera completa una práctica con enfoque benéfico, la misma debe tener, de manera inequívoca, el consentimiento informado del paciente, frente a cualquier propuesta diagnóstica o terapéutica del profesional. Es más, es cuestionable que una acción sea benéfica si no contó con este proceso de consentimiento informado.

Uno de los aspectos centrales dentro de la práctica clínica en base a la beneficencia es el del secreto médico, que implica el compromiso del profesional con lo que el paciente crea conveniente. El secreto médico (concepto jurídico) y la confidencialidad (principio moral) es una característica que transversaliza a las profesiones integrantes del equipo de salud, desde los inicios,

encontrándose consagrada en el Juramento Hipocrático: *"De aquello que vea u oiga en el ejercicio o aun fuera del ejercicio de mi profesión, silenciar lo que jamás deba divulgarse, observando la discreción como un deber para semejantes casos",* y en Uruguay, hoy en día, en el Código de Ética Médica (Ley 19.286).

El Código de Ética Médica obliga a los profesionales a "respetar el derecho del paciente a guardar el secreto sobre aquellos datos que le pertenecen y ser un fiel custodio, junto con el equipo de salud, de todas las confidencias que se le brindan, las que no podrá revelar sin autorización expresa del paciente" (artículo 3). (30)

El mismo Código establece en su artículo 22 las limitaciones de la obligación: "a) El respeto a la confidencialidad es un deber inherente a la profesión médica. b) Solo podrá ser relevado en los casos establecidos por una ley de interés general o cuando exista justa causa de revelación. Se consideran, por ejemplo, como justa causa de revelación las siguientes: Peligro vital inminente para el paciente (por ejemplo, riesgo de suicidio). Negativa sistemática del paciente de advertir a un tercero acerca de un riesgo grave para la salud de este último (contagio de enfermedades transmisibles, por ejemplo). Amenaza concreta para la vida de terceros. Defensa legal contra una acusación de un paciente".

El médico puede divulgar el secreto para proteger al paciente sólo en casos de pacientes menores o incapacitados (ciertos casos de maltrato de niños o ancianos) y solo cuando no hay medidas alternativas. En todos los otros casos, el secreto se puede revelar solo con el consentimiento específico del paciente o de su representante legal o cuando sea necesario para su tratamiento, como en consultas entre los médicos. (31)

En los casos de función pericial del médico se debe recordar que el profesional: "Cada vez que se deba revelar el secreto, solo se debe hacer hasta donde sea necesario y solo a la parte o autoridad correspondiente", (32) siempre teniendo en cuenta la opinión del paciente.

Principio de no maleficencia. El concepto se basa en el imperativo de abstenerse intencionadamente de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a otros/as. Es un imperativo ético válido para todos/as, no sólo en el ámbito biomédico, sino en todos los sectores de la vida humana. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el be-

neficio sobre el perjuicio. Muchas veces lo más difícil es lo que se debe hacer, no hacer nada.

Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar los ya existentes; evitar la medicina defensiva y, con ello, la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.

Un aspecto específico en relación con el principio de no maleficencia son las presiones que se ejercen cuando el profesional actúa bajo algún tipo de conflicto de interés. Un conflicto de interés es aquella situación en la que el juicio del individuo –concerniente a su interés primario– y la integridad de una acción tienden a estar indebidamente influidos por un interés secundario, de tipo generalmente económico o personal. (33) Esta situación puede llevarle a optar por las otras motivaciones que predominan en él, obteniendo secundariamente con ello ventajas para sí o sus allegados". (34) El problema en realidad no es la existencia de conflicto de interés sino la no denuncia del profesional de dicha situación de manera explícita. (35)

Principio de justicia. Mandata al profesional a intentar abordar cada situación clínica desde un enfoque que tenga como finalidad disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, política, etc.). En nuestra sociedad, aunque en el ámbito sanitario la igualdad entre todos los hombres y las mujeres es sólo una aspiración, se pretende que todos/as sean menos desiguales.

El principio de justicia puede desdoblarse en dos: un principio formal (tratar igual a los/las iguales y desigual a los/las desiguales) y un principio material (determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios: necesidades personales, mérito, capacidad económica, esfuerzo personal, etc.).

Las políticas públicas se diseñan de acuerdo con ciertos principios materiales de justicia.

El principio ético de la justicia sanitaria en la ética profesional crea una obligación ética *prima facie* del obstetraginecólogo de asegurarse de que cada paciente reciba un tratamiento clínico médicamente razonable de su condición o diagnóstico. La polí-

tica sanitaria se basa en el principio de justicia, y será tanto más justa en tanto consiga una mayor igualdad de oportunidades para compensar las desigualdades.

c. CALIDAD DE ATENCIÓN Y EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

La calidad de atención es la conjunción de la personalización de la atención basada en la humanización de los cuidados por un lado y la implementación de la estrategia de seguridad del paciente por otro lado. La calidad tiene como propósito el logro del más alto estándar de atención posible en salud desde un sistema estructurado de prestación de servicios. En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud tiene entre sus cometidos la mejora de la calidad de atención.

En primer lugar, entonces, la humanización de los cuidados implica desarrollar actitudes y acciones desde el equipo profesional que demostrando el interés en y el respeto por la paciente y ponen en el centro las preocupaciones, necesidades, valores y anhelos del paciente. La humanización entonces significa la personalización de la atención sanitaria, es decir, poner en el centro a la mujer en consulta.

Así, la humanización de los cuidados implica reconocer a las usuarias y pacientes del sistema de salud como personas integrales, con concepciones, espiritualidad, entornos y complejidades que deben ser tomados en cuenta centralmente a la hora de acompañar recomendar desde diagnósticos a terapias a la vez que serán claves en el acompañamiento y en las tomas de decisiones conscientes de estas.

En segundo lugar, por su parte, el objetivo de la gestión de la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de un daño innecesario asociado al cuidado de la salud a un mínimo aceptable. (37)

En el caso particular de la ginecotocología se refiere a la reducción del riesgo de un daño innecesario en el cuidado de la salud de la mujer, teniendo la particularidad de que puede haber una abordaje puramente ginecológico u obstétrico. En este último caso se inscriben las particularidades que tiene la asistencia por un lado de la mujer embarazada, donde podemos enfrentarnos a los conflictos propios del abordaje médico del feto como paciente y por lo tanto también de la gestión de su seguridad en esos casos. (38)

En este sentido es interesante el enfoque de la seguridad del/la paciente y su aplicación en la ginecoobstetricia, de acuerdo a un nuevo paradigma adaptado de la ecología, considerando una fortaleza la variedad que existe en un ecosistema (en este caso el escenario asistencial particular), aplicando los principios y conceptos de la ecología humana al sistema de salud situando al individuo como un componente activo intrínseco del sistema, alentando al individuo a sentirse parte del sistema y con participación relevante en la integridad de las diversas defensas contra posibles accidentes. (39)

Los principales desafíos que la especialidad y los equipos de salud sexual y reproductiva tienen en la implementación de la estrategia de seguridad para las pacientes son, sumariamente:

- Asegurar la continuidad de la atención, desde la personalización.
- Aprender de errores ya que estos son inherentes a la práctica, definiendo claramente y que se implementen los eventos centinela.
- Incorporar el análisis causa raíz es un proceso sistémico interactivo en el que los factores que contribuyen a un incidente.
- Disminuir errores.
- Combatir las conductas disruptivas. Las conductas disruptivas se definen como un comportamiento perturbador o conducta personal, ya sea verbal o física, que afecte negativamente, o que potencialmente pueda afectan la atención a el/la paciente incluyendo, pero no limitado, a la conducta que interfiere con la habilidad de uno para trabajar con los demás miembros del equipo de atención médica. Se deben realizar cartillas en los servicios, que incluyan los mecanismos de reporte/denuncia en el servicio, eventualmente en la institución asistencial y a la jerarquía que corresponda.

La cultura de seguridad es uno de los aspectos más extendidos y actúa como barrera defensiva ante el error. Las personas cambian, pero la cultura en seguridad debe persistir. Consiste en la necesidad de reportar los errores, ser justo en adjudicar lo que es atribuible al sistema y a las personas, ser flexible en respetar las destrezas y habilidades de cada integrante y aprender de la información obtenida para implementar los cambios cuando están indicados.

Desde la humanización que personaliza los cuidados más la seguridad del/los pacientes que los regula, se pueden definir los componentes de la calidad de atención como:

- Una relación del médico y el equipo de salud con el paciente y su entorno debe ser: humanizada, de calidad técnica, proactiva y empoderante.
- El acceso en tiempo y en forma a los servicios que se están buscando.
- El conocimiento y acompañamiento a la hora de tener una hoja de ruta o mapa de procesos de atención.
- El acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica en el marco de los tratamientos necesarios.
- El acceso a las acciones de prevención y promoción.
- La disponibilidad de la rehabilitación.
- La existencia de cuidados paliativos.

El abordaje de los problemas de salud involucra necesariamente a múltiples profesiones, quienes, con enfoques focalizados e integrales, deben tener en el centro de su atención a la usuaria/paciente y su problemática, desde una perspectiva de derechos, con enfoque de género y basado en el profesionalismo médico, a lo largo del ciclo de vida.

La ginecotocología, a pesar de enfocar múltiples aspectos de la salud integral de la mujer, no puede arrogarse la exclusividad y, por lo tanto, necesariamente, debe integrar equipos multiprofesionales, que mejoren la performance de la atención.

Los equipos de salud sexual y reproductiva están compuestos por los/las ginecólogos/as, la obstetra partera, especialista en salud mental, las/os enfermeras/os y licenciados/as en enfermería sensibilizadas con la temática, las/os trabajadoras/es sociales, y siempre es importante tener juristas de referencia para los equipos. Dentro del equipo multidisciplinario el rol clave, en nuestro sistema sanitario, es el de la medicina familiar y comunitaria, con su capacidad de interconexión multidisciplinaria en el abordaje del proceso salud-enfermedad de la mujer.

La independencia profesional es clave para cada una de las profesiones. Esto garantiza y potencia los roles y la mancomunidad de aportes desde las diferentes miradas sin falsas jerarquías.

Los equipos de salud desarrollan su acción en base a un trípode constituido por:

- Educación sexual y reproductiva como derecho que propicie valores fundamentales para la convivencia, el respeto, la tolerancia, la igualdad, la no discriminación y la reciprocidad.
- La planificación familiar/anticoncepción que permite a las personas lograr el más alto estándar de DDSSRR.
- El acceso a la más amplia gama de servicios que deben estar garantizados por el Estado.

La estrategia para el logro de los DDSSRR en la salud se basa en la reglamentación de la ley de SSSR 18.426 (9) que coloca como piedra angular de este proceso la conformación de servicios de salud sexual y reproductiva. Para generar servicios de calidad, estos deberían ser organizados con la participación de las usuarias, orientados a la comunidad y la familia, centrándose en las personas (siendo capaces de responder a las necesidades, demandas expectativas y experiencias de las usuarias). Es fundamental considerar a las personas dentro de su ciclo de vida, no limitando la atención en salud en hechos puntuales de enfermedad o en etapas particulares, asegurando así una continuidad en la atención a lo largo de toda la vida, en particular en etapas de alta vulnerabilidad como la adolescencia. (36)

El antecedente más importante de trabajo en equipo multidisciplinario fue el Modelo de IS basado en la interdisciplina. (40)

La calidad de atención debe incorporar las intervenciones de autocuidado, que representan un impulso significativo hacia una nueva y mayor autoeficacia, autonomía y participación en la salud para el autocuidado y cuidadores. Al mismo tiempo, una consideración clave en el desarrollo de políticas y orientaciones de salud es que la disponibilidad de intervenciones de autocuidado no debe llevar a que la atención se desconecte de los servicios de salud. Por lo tanto, si bien los cálculos de riesgo y beneficio pueden ser diferentes en diferentes entornos y para diferentes poblaciones, con una orientación normativa adecuada y un entorno propicio seguro y de apoyo, las intervenciones de autocuidado ofrecen estrategias que promueven la participación activa de las personas en su salud y un emocionante camino hacia adelante para alcanzar una gama de resultados mejorados, que incluyen:

- Mayor cobertura y acceso.

- Disparidades de salud reducidas y mayor equidad.
- Mejora de la calidad de los servicios.
- Mejora de la salud, los derechos humanos y los resultados sociales.
- Costo reducido y uso más eficiente de la atención médica recursos y servicios.

d. PERSPECTIVA DE GÉNERO

En 1995 la OMS, en la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Pekín, reconoce la inequidad de género en la salud como un problema central, instando a los distintos gobiernos miembros a trabajar en pos de su disminución.

El género es un determinante de la salud de las personas, definiendo –debido a diferencias biológicas– asimetrías en las necesidades, barreras y oportunidades en la salud. La perspectiva de género, entonces, describe el impacto de relaciones de poder en la cual se pueden encontrar tres aspectos centrales: 1. Los símbolos y mitos culturales; 2. Los conceptos normativos, que afirman el concepto de lo femenino y lo masculino; y 3. Las identidades subjetivas e instituciones y organizaciones sociales son un aspecto central en cuanto al género. (41, 42)

El análisis de género examina estas interacciones de los factores biológicos y socioculturales, teniendo como objetivo evidenciar cómo actúan positiva o negativamente sobre los comportamientos, los riesgos y los resultados sanitarios, así como su influencia en el acceso y control de los recursos y en la participación a la atención de la salud. (43) Esto genera inequidades y potenciales problemas a los sectores más vulnerados por el sesgo de género, las mujeres, pero también para los varones, por ejemplo por favorecer la eventual sobre prescripción de pruebas diagnósticas y procedimientos a los hombres en contrapartida con el retraso diagnóstico en las mujeres; y por otra parte el infra diagnóstico en patologías más feminizadas, donde se les quita importancia a los síntomas y signos generando retrasos en los tratamientos. (44, 46)

Asimismo, el cuestionamiento también refiere a la definición de masculinidad y femineidad como conceptos cerrados que responden a roles determinados que a su vez son inherentes al sexo biológico de las personas.

Podemos decir que la construcción en lo referente a la femineidad y masculinidad es multifactorial, tomando en cuenta factores sociales, culturales, históricos, políticos y económicos.

Así entendida, la perspectiva de género permite abordar el impacto de la construcción sociocultural e histórica que permite analizar la realidad identificando las desigualdades entre mujeres y varones.

En este sentido la perspectiva de género en medicina podría ser considerada una herramienta que nos permita un abordaje más integral de nuestras usuarias mediante la evaluación de los estereotipos de género socialmente asignados y su impacto sobre la salud biopsicosocial de las personas, provocando efectos en: la etiología directa o indirecta de afecciones frecuentes, la forma de presentación clínica y dificultad en diagnóstico, la mayor dificultad en el acceso a cuidados, la respuesta a las acciones terapéuticas y la capacidad de rehabilitación, prevención y promoción.

La inequidad de género en materia de salud plantea las desigualdades existentes entre mujeres y hombres en cuanto al estado de salud, la atención sanitaria y la participación en el trabajo sanitario.

En cualquier caso, la perspectiva de género debe ser involucrada como una herramienta clave en el abordaje de la actividad profesional, tanto en la relación médico-paciente como en las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo. No hacerlo, de acuerdo al estado actual del conocimiento, hace que la acción clínica carezca de una rica faceta que explica gran parte de los problemas de salud integral que viven las usuarias y más aún, explican el grueso de las causas de mortalidad de las mujeres y en particular de la muerte materna. Desde esta perspectiva, es justamente la perspectiva de género la que puede ampliar la visión profesional en oposición al modelo médico hegemónico, ineficaz, ineficiente e inefectivo.

Desde la perspectiva de género es que se debe enfocar los efectos de los modos de relacionamiento social. En Uruguay y la región el modo hegemónico de relacionamiento social se denomina modelo patriarcal o patriarcado, definido por la Real Academia Española como “Organización social primitiva en que la autoridad es ejercida por un varón jefe de cada familia, exten-

diéndose este poder a los parientes aun lejanos de un mismo linaje".

Así entendido, el modelo patriarcal o patriarcado genera riesgos para la vida y la salud:

1. En la mujer desde una perspectiva integral biopsicosocial: desde una perspectiva biológica-física, que puede ser directa –agresión física, lesiones, feminicidio– o indirectamente –riesgo incremental de enfermedades crónicas–. Desde una perspectiva psicológica, se incrementan los trastornos psicológicos: angustia, ansiedad y patología psiquiátrica, así como las lesiones autoinflingidas. Desde una perspectiva social, la violencia incrementa el estigma (esto se analiza en más detalle en el Módulo 4).
2. En la infancia, aumenta la morbimortalidad infantil de manera directa, ya que los hijos son tomados muchas veces como rehenes de situaciones de violencia e Indirectamente por el estrés que genera en la infancia.
3. Aumento del riesgo en la salud del varón, ya que el modelo patriarcal aumenta los arquetipos violentos y por lo tanto la violencia intermasculina, así como incrementa los trastornos de salud mental y consumo problemático de sustancias psicoactivas.
4. Por último, el modelo patriarcal impacta en el proceso reproductivo, ya que los estereotipos de género generan condiciones para incrementar riesgos en la salud materna, desde la perspectiva amplia de salud biopsicosocial. Estos efectos generarán cambios epigenéticos a nivel fetal activando el denominado "fenogenotipo ahorrador", que, en el contexto del aumento de la prematurez y la restricción de crecimiento, aumentará los riesgos de enfermedades crónicas del adulto. (Véase Módulo 3.)

Por todo lo dicho corresponde que el profesional pueda tener la capacidad de abordar la perspectiva de género y el impacto de los modelos sociales de relacionamiento sobre la salud de las pacientes, so pena de dejar de lado determinantes sanitarios claves.

e. ABORDAJE ESPECÍFICO DE LA INEQUIDAD Y LAS DISCRIMINACIONES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

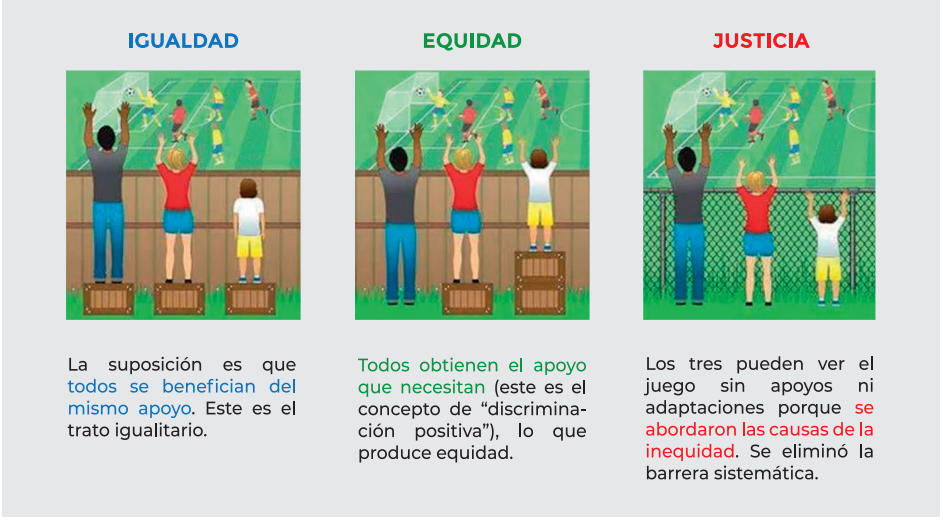
El abordaje desde un enfoque de inequidad implica reconocer condiciones específicas de vulneración que afectarán la salud y la vida, por lo que provocan y por las influencias que tienen en las propias decisiones que las personas, sometidas a estas situaciones, pueden tomar.

Hay varios conceptos que, siendo similares, no corresponden a lo mismo. A modo de glosario se parte de la base que:

- Inequidad: desigual acceso a las oportunidades.
- Políticas de igualdad: se les da a todos los ciudadanos lo mismo para que puedan acceder a las oportunidades.
- Políticas de equidad: se les da a los ciudadanos de manera diferencial para que todos puedan acceder a las oportunidades.
- Justicia: se transforma la injusticia que significa la inequidad y todos, con las mismas herramientas, pueden lograr lo mismo.

Se ha seleccionado el siguiente dibujo para representar estos conceptos tan complejos, ya que aparece como muy elocuente para la explicación. (Figura 4.)

Figura 4. Conceptos de equidad y justicia (47)



Tomando como base el documento "Subsanar las desigualdades en una generación", (48, 49) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de OMS publicado en 2008, analizamos cómo dentro de un mismo país pueden existir grandes diferencias en el estado de salud de su población vinculadas directamente a las desigualdades sociales. Esta fue sin duda alguna una de las publicaciones más influyentes en materia de elaboración de políticas públicas.

Se plantea que las inequidades que se evidencian a nivel sanitario son consecuencia de la situación disímil en la cual la población crece, vive, trabaja y envejece, y de los diferentes tipos de sistemas que se utilizan para abordar las enfermedades. Esto a su vez está determinado por fuerzas políticas, sociales y económicas. Se precisa de la sociedad civil y sus organizaciones, los gobiernos, la OMS y los diferentes organismos de las Naciones Unidas para lograr una distribución más justa de la salud, mediante el planteo de objetivos comunes que logren subsanar la desigualdad en materia de salud.

Se realizan tres recomendaciones principales:

1. Mejorar las condiciones de vida. Para esto se plantea el concepto de equidad desde el principio planteando la necesidad de asegurar la coherencia de las políticas para el desarrollo de la primera infancia, mediante programas para el abordaje de niños/as, madres y servicios de salud y educativos de nivel primaria y secundaria. Asimismo, plantea la necesidad de construir entornos saludables (vivienda, servicios básicos, actividad física) así como estrategias de abordaje para el cambio climático y otro tipo de degradación medioambiental. Otro punto refiere a prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, incluyendo desde el acceso al mismo hasta el desarrollo pleno de la seguridad social. Por último, plantea la necesidad del acceso a la atención de salud universal, basándose en sistemas de salud que se rijan por el principio de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura y accesibilidad universal centrados en la atención primaria de la salud.
2. Luchar contra la distribución desigual de poder, dinero y los recursos. Plantea que la inequidad de las condiciones de vida proviene de procesos y estructuras sociales más profundas, siendo un problema sistémico donde se promueven normas, políticas y prácticas sociales que favorecen una distribución

del poder y la riqueza, así como el acceso a otros recursos. Se plantea así que la equidad sanitaria sea considerada para la evaluación de la justicia social y por ende la actuación de los gobiernos; regulación de procesos impositivos progresivos; reforzar el sector público para la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud; se solicita la aprobación de leyes que promuevan la equidad de género. Se plantea también la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones y que se permita a la sociedad civil organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afectan a la equidad sanitaria.

3. Medición de la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Será más eficaz el abordaje en tanto tengamos herramientas que faciliten la medición de datos básicos, así como la observación sistémica de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, se requiere de equipos y mecanismos capaces de interpretar estos datos y observaciones para aplicarlos en el desarrollo de políticas, sistemas y programas de salud más eficaces y efectivos. (49)

Dentro de las situaciones de vulneración de derechos se destaca recientemente la atención sobre lo relacionado al cambio climático. El calentamiento global y la reducción de emisión de gases y el efecto invernadero explican en parte por qué su impacto en la salud se encuentra aún relegado en la agenda. (50) Más recientemente, el Lancet presenta la "sindemia global" como la sinergia de epidemias que ocurren conjuntamente en el tiempo y el lugar, que producen secuelas complejas y comparten impulsores sociales subyacentes comunes. En particular, a la emergencia del cambio climático se le suma la epidemia de obesidad y la generalización de la malnutrición, en exceso o déficit, a nivel mundial. En el centro de esta epidemia se encuentran los sistemas productivos, en particular el modelo agroindustrial basado en la explotación intensiva, el uso de plaguicidas y antibióticos, que además contribuye, *per se,* con el efecto invernadero. (51) Es evidente, hoy en día, que el cambio climático tiene un impacto directo en la salud. Varios reportes e informes demuestran que el cambio climático profundiza la desigualdad de género, siendo peor aún en los países en desarrollo. Las mujeres se encuentran en mayores desventajas como consecuencia de las condiciones de pobreza que se perpetúan por las prácticas sociales, las es-

tructuras patriarcales y las instituciones. Las barreras a la higiene menstrual son uno de los emergentes más notorios de las crisis climáticas. La desnutrición en el embarazo conlleva un riesgo aumentado perinatal, aumenta la incidencia de parto prematuro y bajo peso al nacer, anemia de mayor gravedad, amenorrea, RCIU e infertilidad, así como retraso de la menarca. Por otra parte, las mujeres que viven en situaciones de crisis humanitarias y tienen que vivir en alojamientos temporales, frecuentemente son víctimas de abusos sexuales y todo tipo de violencia basada en género. Asimismo, aumenta la tasa de embarazos no deseados y las complicaciones del embarazo y parto que pueden llevarlas a la muerte. (52, 55)

Todas las situaciones reseñadas arriba, se ven agravadas y son muchas veces causa principal o secundaria de las migraciones humanas. Son justamente las poblaciones migrantes un grupo particularmente vulnerado en derechos y en particular las mujeres, sometidas a todo tipo de atropellos con respecto a los DDSSRR.

La actual pandemia de COVID-19 se puede enmarcar en la "Sindemia global" ya que las causas y mecanismos de desarrollo comunes, en última instancia, los circuitos causales de la pandemia COVID-19 y de la sindemia global, se relacionan a un mismo fenómeno: el modelo de producción agrícola intensivo destructor del medio ambiente que impone el la economía de mercado contemporánea y que hace, entre otras muchas cosas, que reservorios animales entren en contacto con humanos, promoviendo, eventualmente con intermediarios animales de criaderos ultra intensivos, el pasaje y contagio del humano por nuevos tipos virales.

Frente a esta situación, la visión que integra la salud con el medio ambiente denominada "una sola salud" (56) debe imponerse en cualquier análisis unilateral que aborde la salud solo tomando en cuenta lo que ocurre en la intimidad de la relación médico-paciente-sistema de salud.

El enfoque de vulneración de derechos como clave para la práctica clínica que implica la promoción, la prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusive cuidados paliativos.

Reconocer en la práctica clínica la categoría de vulneración de derechos implica, en términos individuales y colectivos, inte-

grar al análisis biopsicosocial del paciente, la categoría de considerar que la capacidad de hacer de los derechos, realidades en la vida de las personas, determinará gran parte del complejo salud-enfermedad en términos individuales y colectivos.

Es necesario saber del tema de la vulneración de derechos y su impacto en la salud para poder buscar en la anamnesis las características distintivas y poder así abordar adecuadamente la integralidad de los problemas de salud.

V. LOS DDSSRR A LA CURRÍCULA ACADÉMICA

Para poder modificar las prácticas profesionales es imprescindible modificar los contenidos académicos desde las currículas de formación de pregrado de todos los/las integrantes de los servicios de salud sexual y reproductiva (médicos/as, parteras, licenciadas/os en enfermería, psicólogas/os, asistentes sociales, etc.), en la formación de grado de las especialidades relacionadas con la atención integral de la salud de la mujer (ginecotocología, medicina familiar y comunitaria, etc.) hasta el desarrollo profesional médico continuo.

Desde GINEa, en el año 2011, (57) fue necesario entonces transitar un proceso de adecuación de competencias y roles, a las expectativas sociales y, sobre todo, a los requerimientos de las mujeres, con respecto a una atención que asegure su autonomía en base al respeto y promoción de esos derechos, (58) la no maleficencia, la beneficencia y la justicia, tal y como la moderna bioética lo expresa.

La visión de DDSSRR agrega un plus a la especialidad en particular ya que complementa el abordaje tradicional ginecotocológico, que caracteriza a la especialidad médico quirúrgica integral, sin abandonar los conocimientos y habilidades que implica, sino integrando nuevos saberes que producen nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, y también actitudes para mejorar la excelencia de la performance profesional y con ello, el valor social de la misma en el contexto de los equipos multidisciplinarios que integra.

Desde allí se pueden sistematizar cuatro enfoques en los que es necesario incorporar contenidos nuevos a los contenidos tradicionales de la especialidad: a saber, la humanización de los cuidados, el enfoque clínico de la vulneración de derechos, el abordaje de situaciones específicas propias de la prác-

tica ginecotocológica y la incorporación integral de la sexualidad humana.

Se propone abordar este desafío desde siete módulos temáticos.

Módulo 1. La humanización de los cuidados en embarazo y nacimiento. Que implica el imperativo ético en obstetricia de desarrollar acciones basadas en la seguridad y calidad de atención sanitaria a la madre, su hijo/a y su pareja/entorno. Incluye los cuidados en el Embarazo previo: fecundación asistida y consulta de planificación de embarazo, el Diagnóstico prenatal/medicina fetal, el Control del embarazo. Es particularmente importante el manejo integral y basado en evidencias del nacimiento y crianza mediante Prácticas profesionales para promover el Nacimiento humanizado, el Abordaje integral del dolor en el parto desde perspectiva de derechos, el manejo de las emergencias frecuentes e insospechadas muchas veces, el manejo en el Límite viabilidad y cuidados paliativos neonatales, la Cesárea a solicitud de la usuaria, los cuidados paliativos en ginecología, obstetricia y neonatología y la polémica temática del desvínculo y adopción.

Módulo 2. Humanización cuidados en ginecología con enfoque ciclo de vida. La salud integral de las mujeres incluye los aspectos ginecológicos, reproductivos enmarcados en la globalidad biopsicosocial y en ese sentido, presentan una multiplicidad de otros problemas de salud que exceden ampliamente a las áreas mencionadas y son de altísima frecuencia como lo son los eventos cardiovasculares, la hipertensión, la violencia, los problemas vinculados a la salud mental, entre otros. A todo esto, se suma la complejidad de la dinámica familiar muchas veces generadora de enfermedad. Ofrecer atención integral implica dar respuesta o hacerse cargo de todos los problemas de salud de una persona, que no necesariamente será resueltos por un mismo profesional, por lo cual, en muchos casos deberá compartir la atención con otros/as profesionales. Sin embargo, siempre deberá involucrarse y promover la resolución independientemente de la naturaleza del problema. Así una visión longitudinal de la mujer en toda su peripecia vital pero que tenga de común denominador el empoderamiento en sus decisiones con respecto a la salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida. Para esto

el equipo profesional es muchas veces un equipo de educación para la salud.

Módulo 3. Vulneración de derechos en el proceso reproductivo, epigenética y reproducción transgeneracional de la pobreza y enfermedades. Se pondrá el énfasis en la necesidad de una mirada holística de una serie de condiciones desfavorables que analizadas integralmente generan un entorno materno desfavorable y cuando este se mantiene o agrava, genera, por mecanismos que están comenzando a conocerse, condiciones en el entorno uterino-placentario y fetal, desfavorable para el embarazo.

Mediante el abordaje de los dos grandes síndromes obstétricos: el Síndrome RCIU y Prematurez. Se analizarán en particular los riesgos sobre todo en poblaciones extremadamente vulnerables y, a propósito de esto, se presentará la hipótesis de la transmisión transgeneracional de las enfermedades crónicas en los contextos de pobreza y vulneración de derechos.

Módulo 4. Abordaje de la violencia basada en género. Presentando este gravísimo problema epidemiológico con una fuerte impronta de etiopatogenia en el modelo social de patriarcado tan difundido en nuestra sociedad y la responsabilidad que conlleva para los profesionales de la salud estar en alerta y ser intuitivos para poder detectar y manejar adecuadamente estas situaciones.

Mención aparte requiere la prioridad de la incorporación del varón a los cuidados en especial en la relación al rol del varón y paternidades, que se visualiza como una ventana de oportunidades para abordar estos temas.

Módulo 5. Manejo integral del embarazo no deseado. Se refiere al abordaje de esta situación clínica desde una perspectiva profesional y necesariamente adaptada a los diferentes contextos, desde el modelo de Reducción de riesgo y daño desarrollado exitosamente por Iniciativas Sanitarias en Uruguay y gran parte de la región y el mundo, la causal vida en los casos de interrupción en los contextos ilegales y el IVE en el contexto legal uruguayo.

Módulo 6. Adolescencia y juventud. La adolescencia es una etapa fundamental en lo que respecta a la promoción de salud, siempre y cuando se aborde la atención desde una perspectiva de empoderamiento de una persona sujeto de derechos. Temas centrales en esta etapa de la vida tienen que ver con la sexualidad y la reproducción y en particular la intersección de vulnerabilidades que se presentan cuando aumenta la prevalencia de embarazos adolescentes, sobre todo cuando estos son parte –muchas veces la única parte– del proyecto de vida de la usuaria

Módulo 7. Enfoque clínico de la sexualidad. Como médicos, generalmente tenemos un abordaje desde la responsabilidad sanitaria del tema seguridad, pero muchas veces olvidamos el placer y la diversidad sexual. Este módulo abordará la importancia que tiene el manejo integral de los aspectos centrales de la sexualidad y los conocimientos para una derivación oportuna cuando esto está indicado. Se abordan además la sexualidad a lo largo del ciclo vida, transexualidad y discapacidad.

VI. PERSPECTIVAS

El objetivo de la acción profesional basada en el CPC debe ser el de contribuir a mejorar la salud, la vida, la dignidad y el bienestar como elementos constituyentes de la felicidad de las personas, desde el empoderamiento resultante del apoyo a sus decisiones conscientes: libres, responsables e informadas.

Lograr avanzar en estos compromisos, en el turbulento mundo mercantilizado que impone conflicto de interés permanente y, además, con un fuerte avance de las ideas conservadoras y fundamentalistas, es el desafío, para lograr posicionar a la especialidad al servicio de las mujeres y sus aspiraciones y del desarrollo humano, la justicia y la felicidad.

La participación ciudadana y el empoderamiento de las mujeres son clave en la respuesta, ya que juegan un rol al interior de las comunidades, y típicamente las colocan en una buena posición para influir de manera positiva en el diseño y la implementación de actividades de prevención y autocuidado (definido como “la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de servicios de salud”. (56)

Las intervenciones de autocuidado proporcionadas en el marco de un entorno seguro y de apoyo, con sistemas de salud responsables y políticas habilitadoras y en asociación con las comunidades afectadas pueden dar lugar a la satisfacción de las necesidades y derechos de incluso las poblaciones más vulnerables. (59)

Desde el equipo de GINEa se intenta contribuir a una especialidad de excelencia profesional consciente de su rol social, auténticamente "pro vida" (demostrando con lo que se dice y probando con lo que se hace, que se logra más vida, salud y dignidad para mujeres, infancia y sociedad) y pro derechos, que al incorporar los DDSSRR y el CPC a la práctica profesional procura una práctica clínica más cercana y humana con las pacientes y su entorno, más transformadora de sus condiciones socio sanitarias y empoderante, más inclusiva de todas las circunstancias y peripecias vitales por las que puedan transcurrir, y más eficiente y por la que valga la pena comprometerse cada día.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 12.549. Ley Orgánica de la Universidad de la República. http://www.impo.com.uy/bases/leyes/12549-1958/60. 1958.
2. Correa S, Petchesky R. "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective." In: Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights: New York, IWHC. 1995.
3. Sen C, George A, Ostlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. OPS. 2005.
4. CEPAL. Consenso de Montevideo. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. 2014;1–40.
5. CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. Santo Domingo; 2016.
6. Briozzo L, Gómez Ponce de León R, Tomasso G, Faúndes A. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. International Journal of Gynecology and Obstetrics [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2020 Jul 7]; 134 Suppl (S1): S20-3. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27577021.
7. Presentación sobre natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay 2018 | Ministerio de Salud Pública [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay.
8. INFORME SISTEMATIZACIÓN DE AUDITORÍAS de VIH 2018 | Ministerio de Salud Pública [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-sistematizacion-auditorias-vih-2018.
9. Ley 18426. Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2008. Available from: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008.
10. Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes | Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-y-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no.
11. Ley 19.167. Ley de Reproducción Asistida [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4313278.htm.

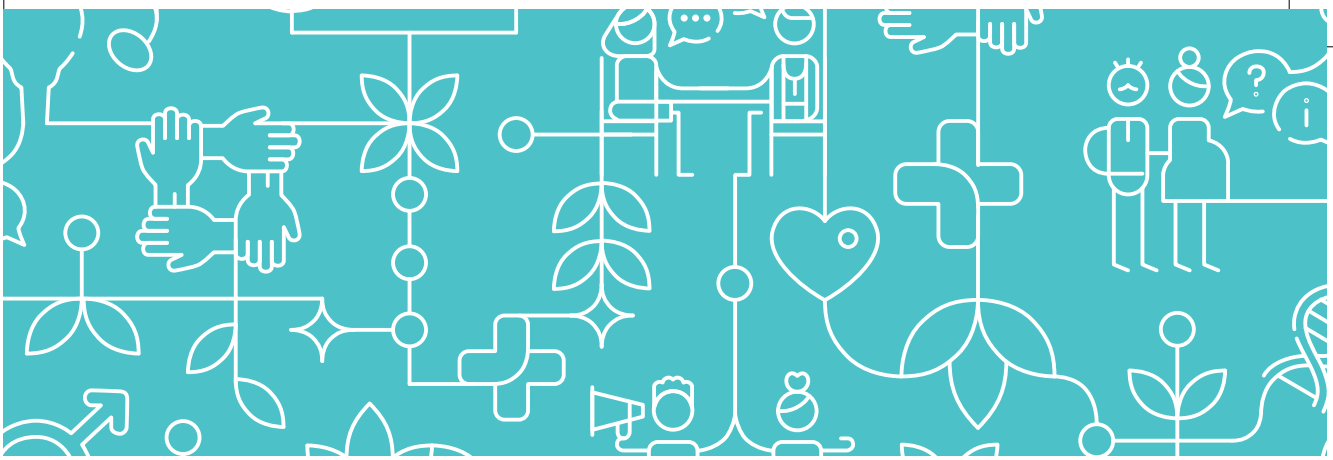
12. Ley N° 19.684. Ley Integral para Personas Trans [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018.
13. Briozzo L. From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights. International journal of gynecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2020 Jul 7]; 134 Suppl 1(S1):S3-6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27577024.
14. Acceso al aborto y seguridad con COVID-19 | Figo [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://www.figo.org/es/acceso-al-aborto-y-seguridad-con-covid-19.
15. Lattus P. Embryulcia, el fórceps en obstetricia. Presentación del libro de Dr. Jorge Varas. | JOSE ARIEL PIERRE A LATTUS OLMOS - Academia.edu [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://www.academia.edu/10466386/Embryulcia_el_f%C3%B3rceps_en_obstetricia._Presentaci%C3%B3n_del_libro_de_Dr._Jorge_Varas.
16. FIGO. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Historia de la FIGO. https://www.figo.org/historia-de-la-figo.
17. Briozzo L. La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. Rev Med Uruguay [Internet]. 2007 Sep [cited 2020 Jul 7]; 139–41. Available from: http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v23n3/v23n3a01.pdf.
18. ACOG. Ted L. Anderson, M.D., Ph.D. Becomes 70th President of the American College of Obstetricians and Gynecologists [Internet]. 2019. Available from: https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2019/Ted-L-AndersonMDPhDBecomes-70th-President-of-the-American-College-of-Obstetricians-and-Gynecologists?IsMobileSet=false.
19. Dickens BM, Cook RJ. Conscientious commitment to women's health. International Journal of Gynecology and Obstetrics [Internet]. 2011 [cited 2020 Jul 7]; 113(2):163–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21421213/.
20. Chavkin W. Conscientious objection to the provision of reproductive healthcare. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 Jul 7]; 123 Suppl 3(SUPPL.3):S39-40. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24332233.
21. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism: An ideal to be sustained [Internet]. Vol. 356, Lancet. Elsevier Limited; 2000 [cited 2020 Jul 7]. p. 156–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10963262/.

22. Paradell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? [Internet]. [Cited 2020 Jul 7]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000200002.
23. Briozzo L. El desafío del profesionalismo médico en el Uruguay del cambio. [Internet]. 2006 [cited 2020 Jul 8]. Available from: https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis3/doc3.htm.
24. Organización médica colegial de España. Profesión médica. 2010.
25. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.
26. Institut Borja de Bioética. Grupo Interdisciplinario de Bioética. Consideraciones sobre la objeción de conciencia. Bioética Debat. 2012;18(66):3–19.
27. Adriasola G. La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias? Rev. Mes Uruguaya. 2013;29(1):47–57.
28. Casado M, Corcoy M. Documento sobre objeción de conciencia en sanidad. [Internet]. Barcelona: Signo; 2007. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/11376/2/Objecion_de_conciencia.pdf.
29. Coppola F. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay. Rev. Mes Uruguaya 2013; 29 (1):43–6.
30. Rodríguez Almada Hugo. Comentarios sobre el secreto médico. Revista Médica Uruguaya [Internet]. 2017; 33(1):1-4. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000100001&lng=en.
31. Briozzo Leonel. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Sindicato Médico del Uruguay; 2002. 154.
32. AMM. Declaración sobre la defensa del paciente. [Internet]. Available from: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-defensa-del-paciente/.
33. Transparency International. Guía de lenguaje claro sobre la lucha contra la corrupción. [Internet]. 2009. Available from: https://transparencia.org.es/wp-content/uploads/2014/10/Guía-de-lenguaje-claro-sobre-lucha-contra-la-corrupción.pdf.
34. Rotondo M. Relaciones profesionales: conflictos de intereses. Rev. Med. Uruguaya 2006; 22:88–99.
35. United Nations. Conflict of interest [Internet]. Ethics. 2012. Available from: https://www.un.org/es/ethics/conflictofinterest.shtml.
36. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. 2019.

37. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, van der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009;21:18–26.
38. Briozzo L, Nozar M, Coppola F, Fiol V. Abordaje clínico del conflicto de interés materno fetal y su relación con el estatus del feto como paciente. Rev. Med. Uruguaya. 2013; 29 (187–194).
39. Edozien L. The Bionomic approach to patient safety and its application in gynecological surgery. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology. 2013; 27:549–61.
40. Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2020 Jul 7]; 134 Suppl 1:S7–11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27577026.
41. Anderson J, Batthyány K. Sistemas de género y procesos de cambio. In: Género y desarrollo Una propuesta de formación. Ed. Montev. FCS-UDELAR, Doble clic, 2006.
42. Batthyány K, Montaño S. Construyendo autonomía. Compromisos e indicadores de género. Santiago de Chile.: CEPAL-UNFPA.; 2012.
43. Grabman G, Friedman S. Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos. 2010;30. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6035.
44. Dra. Por, Tasa E, Dejar V, Comentario UN. Apuntes sobre sesgo y perspectiva de género en medicina. 2020;(I):1–7.
45. OMS. Género y salud. 2020;1–10. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender.
46. Ruiz Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. 2009. 78.
47. Justicia, Igualdad y Equidad [Internet]. [cited 2020 Jul 8]. Available from: https://asxlab.blogspot.com/2019/10/justicia-igualdad-y-equidad.html.
48. OMS | Subsanar las desigualdades en una generación - ¿Cómo? WHO. 2008.
49. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud | RESUMEN ANALÍTICO DEL INFORME FINAL Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
50. Pachauri R, Meyer L. Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment

Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Geneva; 2014.

51. Mendenhall E, Singer M. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. Lancet. 2019; 101(73):741.
52. Lancet T. Sexual and reproductive health and climate change. The Lancet [Internet]. 374 (9694): 949. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736 (09) 61643-3.
53. Thanenthiran S. Women's Health and Climate Change. 2017. 25.
54. Editorial. Sexual and reproductive health and climate change. Lancet. 2019;374(9694):949.
55. Ernmenta I, Nel LPA. Climate Change 2014 Synthesis Report.
56. Who Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health Sexual and Reproductive Health and Rights.
57. Nozar M, Fiol V, Coppola F, Briozzo L. Programa de formación de postgrados de la Clínica Ginecotocológica A. FEFMUR; 2010.
58. Briozzo L, Faúndes A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2008;100(3):291–4.
59. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self-care interventions to advance health and wellbeing: A conceptual framework to inform normative guidance. BMJ (Online) [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2020 Jul 8]; 365. Available from: http://www.bmj.com/.



HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL EMBARAZO Y PARTO

INTEGRANDO DERECHOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA
Clínica GINEa | Fmed UdelaR

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL EMBARAZO Y PARTO

MÓDULO 1. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EMBARAZO Y NACIMIENTO

Para ejercer la maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte

SUMARIO

I. MARCO CONCEPTUAL

II. MARCO DE DERECHOS EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

III. ANTES DEL EMBARAZO: PLANIFICACIÓN DE LA GESTACIÓN

IV. ABORDAJE DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

V. CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES DURANTE EL EMBARAZO

VI. ATENCIÓN HUMANIZADA DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL NACIMIENTO
- a. Actualización de los diferentes períodos del parto
- b. Manejo del dolor
- c. Humanización de la cesárea
- d. Parto en domicilio
- e. Epigenética y microbiota al nacimiento

VII. ATENCIÓN EN EL PUERPERIO

VIII. ABORDAJE DE ALGUNAS SITUACIONES ESPECIALES
- a. Abordaje de las malformaciones fetales
- b. Cesárea por decisión de la paciente
- c. Inducción del parto
- d. Sufrimiento fetal agudo
- e. Desvínculo
- f. Nacimiento en el límite de la viabilidad

IX. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

X. BIBLIOGRAFÍA

XI. ANEXO

MARCO CONCEPTUAL

Cada parto y cada nacimiento representan un hecho biológico, antropológico, psicológico, sociológico y cultural único e intransferible. Por este motivo, cada nacimiento requiere una atención personal que ponga en el centro de todo el proceso a la protagonista: la mujer embarazada.

La Clínica Ginecotocológica A organizó en el año 2015 una jornada nacional para abordar este tema, y del informe presentado al Consejo de Facultad de Medicina surgió la conformación de una Comisión de trabajo para abordar el tema desde múltiples miradas dentro de la FMED. El Informe presentado al consejo comenzaba diciendo lo siguiente:

"El nacimiento es un proceso humano maravilloso, único e intransferible. Desde todos los abordajes desde los que se puede analizar, la biología, la psicología, la sociología, la antropología, la economía, en fin, la clínica, el nacimiento constituye siempre un reto por la complejidad intrínseca que lo caracteriza.

El objetivo desde el profesionalismo es contribuir a posicionar a la mujer en el centro del proceso de atención. La vocación de servicio, el compromiso con las decisiones y la salud de nuestras pacientes, la disciplina de actuar de acuerdo a la mejor evidencia y la competencia de saber hacerlo y hacerlo bien, enmarcan nuestro accionar.

Para lograr este objetivo se debe transformar los tres pilares de la relación sanitaria: los cambios necesarios en el sistema asistencial (por ejemplo las salas de nacer, la regionalización y traslados); los cambios en la sociedad y la Comunidades (mejorando la educación y derribando los mitos, por ejemplo) y en los Profesionales y equipos de salud (mejorando la capacitación y destrezas entre otras tareas)".

Desde el punto de vista académico se parte de las siguientes definiciones:

- ***Trabajo de parto normal***. Trabajo de parto de comienzo espontáneo con período dilatante, expulsivo y alumbramiento fisiológicos, con o sin uso de fármacos.
- ***Parto normal.*** Parto que no incluye el uso de fórceps, vacuum o cesárea.

- *Parto tocúrgico*. Nacimiento que requiere el uso de fórceps, ventosa o cesárea.
- *Parto natural.* Parto que ocurre sin intervención humana o cuando esta es mínima.
- *Atención institucional.* Prestación sanitaria que se da en el marco del sistema asistencial, en Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud, con sus normativas vigentes.
- *Parto domiciliario.* Atención del nacimiento en el domicilio de la parturienta. Puede ser planificado e integrado parcial o totalmente al sistema asistencial o no integrado al mismo.
- *Violencia obstétrica.* Denominación de la práctica profesional basada en el modelo paternalista tradicional que no respeta los derechos de las pacientes

La reciente revisión del Departamento de Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, denominado "Protocolos de la Maternidad", plantea explícitamente: "es decir, no contraponer 'institución' vs 'parto humanizado' o confundir 'parto humanizado' con 'parto domiciliario' ya que nuestro objetivo fundamental es el de un nacimiento respetado garantizando los elementos de mayor seguridad para un parto asistido en las mejores condiciones y de la mayor calidad de atención posibles". (1)

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Históricamente, en el mundo occidental, la atención del parto pasó por varias etapas. Desde la época prehistórica existe la intención de que algunas mujeres con experiencia previa acompañen a las parturientas. Existen grabados grecorromanos que muestran el acompañamiento posterior por parte de una mujer y la parturienta sentada –parto vertical–, lo que se mantiene en la Edad Media. En nuestro continente las mujeres indígenas parían en cuclillas o sentadas. Hay una hermosa descripción del proceso del parto de la india Guyunusa raptada y vendida en Francia que demuestra además otro hecho fundamental, el acompañamiento del varón en el proceso. El parto era rodeado de un halo misterioso y místico y la ciencia no había penetrado en su conocimiento.

Es la escuela Francesa de Tarnier, Pinard y tantos otros en el siglo XIX comienza a analizar científicamente el parto. Y lo primero que hace es tratar de observar el fenómeno. Para ello y por ello es que insta a la posición ginecológica y a que el profesional

tenga aspire al control del proceso. Esta situación hace que la mujer se desempodere del proceso. El abordaje científico de la atención del nacimiento tuvo un impacto impresionante en la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Pero estas intervenciones, cuando son sobre indicadas, se transforman en intervencionismo, es decir en intervenciones innecesarias, que no solo no son sinónimo de seguridad, sino más bien, todo lo contrario, son la antesala de la iatrogenia. Por otro lado, el proceso de despersonalización y desempoderamiento de la mujer disminuye la calidad, la seguridad y empeora la atención. Reciente evidencia señala, además, que las intervenciones innecesarias serían parte del estímulo epigenético que puede activar genes que se asocian con afecciones en la vida del niño que está naciendo y puede afectar su vida adulta.

Desde esta perspectiva, las intervenciones que llevan a modificar el proceso fisiológico del nacimiento (iniciarlo, acelerarlo, finalizarlo, vigilarlo), con el objetivo de mejorar los resultados para la mujer y su recién nacido, deben ser siempre sopesados con la eventual iatrogenia al incidir en un proceso fisiológico, ya que este intervencionismo tiende a disminuir la capacidad de la mujer de dar a luz, afectando negativamente su experiencia de parto. (2) Entre 10-35% de las mujeres en edad reproductiva se enfrentan a experiencias de nacimiento traumáticas. Una experiencia negativa durante el parto se puede asociar con trastorno por estrés postraumático, dificultades en relaciones interpersonales, dificultades en el vínculo madre-hijo, reducción en las tasas de lactancia materna exclusiva, miedo en futuros nacimientos y mayor número de cesáreas de elección. Cabe destacar que las intervenciones en el posparto inmediato no resultan del todo efectivas para prevenir el trauma sino que se recomienda intervenir durante el embarazo y en el nacimiento. (3) Aun en los casos en que se dispone de atención institucional, la atención puede estar mediada por maltrato, abuso y falta de respeto por parte del equipo. Es fundamental tener claro que es más probable que una mujer que vivió una experiencia negativa de este tipo no consulte nuevamente e incluso desestimule a otras a hacerlo (4). Esto es de vital importancia en la atención de calidad, sobre todo, durante el nacimiento ya que actualmente en Uruguay el parto seguro es el parto institucional y el parto de calidad es el parto humanizado. (1)

En los últimos 30 años existen dos visiones contrapuestas en cuanto al rol y equipos de salud durante el trabajo de parto y nacimiento. Por un lado la visión intervencionista, vinculada a la estrategia de Manejo activo del trabajo de parto, promovido desde la maternidad de Dublín (República de Irlanda), en la década del 1980, que postula una gestión activa del trabajo de parto, en donde los/las profesionales y equipo de salud llevarán a cabo acciones que buscan, básicamente, acelerar el proceso del nacimiento. (5) Por otro lado, una visión desarrollada por el doctor R. Caldeyro Barcia, en el contexto de la Escuela de Montevideo de Obstetricia y Perinatología, que en la década de 1970, hace hincapié en que el rol profesional es el acompañamiento y vigilancia del proceso fisiológico del nacimiento, para asegurar la salud de la madre y su hijo/a, pero sin interferir en el mismo y minimizando el intervencionismo, buscando lo mejor desde el punto de vista biopsicosocial tanto para la madre como para el feto que está naciendo. Caldeyro denominó esta visión profesional como "humanización del nacimiento" o también "parto humanizado". (6) Más recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado recomendaciones tendientes a asegurar una atención de alta calidad en el embarazo y nacimiento. (7) Para que las propias mujeres y profesionales adhieran a esta transformación son una pieza importante los movimientos sociales, movimientos feministas y las leyes promulgadas.

Se puede decir de algún modo que en términos históricos el parto y nacimiento pasaron de ser un suceso que transcurre en el interior del grupo familiar, con la ayuda y el apoyo general de las mujeres, a ser un acto de interés social con un importante valor político y económico que debe ser controlado. Aparentemente, se debió pasar por una etapa de estudio científico del parto, evaluando esquemáticamente la relación entre "móvil-motor-canal", lamentablemente, despersonalizando la atención. Una vez que se entendió su funcionamiento, se comenzó un proceso crítico, en base a la medicina basada en evidencias, para desarrollar las mejores prácticas para la atención del mismo; una de las más relevantes sin duda es la humanización de los cuidados desde una impronta de respeto y promoción de los derechos. Es, ni más ni menos, que la peripecia histórica del mayor científico uruguayo de todos los tiempos, R. Caldeyro Barcia, quien comenzó estudiando la contractilidad, luego la frecuencia cardíaca fetal y finamente desarrolló la estrategia del parto humanizado. La ciencia, una de las formas más avanzadas de

la cultura, ya que propone un método e intenta abordar el ideal nunca posible de la "verdad".

El avance científico y de derechos dentro del sistema asistencial se ha encontrado con dos barreras para el avance del proceso de humanización del nacimiento en el SNIS:

- La principal barrera sigue siendo la visión retrógrada del modelo médico hegemónico encarnado en el paternalismo médico con respecto a la atención del parto. Básicamente estas posiciones se oponen al empoderamiento de la mujer en el proceso del embarazo y el nacimiento. Se busca mantener el modelo médico hegemónico en la atención, negando las evidencias científicas y denostando el término "humanización" por sentir que se critica la actuación previa de estos profesionales, lo que configura una flagrante oposición para el avance del conocimiento científico además de oponerse a la consideración propositiva de la especialidad como humanista. Esta visión se acompaña también de una fuerte impronta corporativista y antiprofesional, entre otras cosas, negando el rol de la profesional clave en la atención del parto normal que es la obstetra partera. Las condiciones de trabajo médico y profesional, la forma de remuneración y la estructura de las maternidades inciden fuertemente en esta disputa y es por esto tan importante que, desde el conocimiento científico, la academia se expida, como lo hizo al respecto de la necesidad de promover el parto humanizado e institucional como la mejor opción para la sociedad. (8) Estas prácticas que perpetúan el "poder médico" conferido por el modelo paternalista conservador es criticado por múltiples organizaciones con la denominación de "violencia obstétrica". Sin embargo, para lograr y mantener este tipo de cuidado materno respetuoso no es suficiente con una interacción entre la mujer y un/a profesional determinado, sino que es necesario un cambio en tres niveles: individual, del centro de salud o institución y del sistema de salud. (4)
- En el otro extremo, existe la barrera que proviene del abordaje anti científico de la atención del nacimiento, que proyecta, en ocasiones, una visión mística, para la atención del nacimiento, sin reconocer las evidencias científicas. Este planteo, genéricamente promueve que lo "natural" –definido como la no intervención de la cultura humana– es lo mejor, lo cual se opone al avance del conocimiento científico y a las evi-

dencias disponibles en cuanto a la seguridad de atención. Constituye, desde el punto de vista académico, una actitud irresponsable.

Desde hace tiempo ya la temática de la humanización del nacimiento se ha tornado en un tema de disputa entre diferentes grupos de interés, la reflexión equilibrada ha dado lugar a posiciones fundamentalistas, en particular con el tópico del parto domiciliario. No hay demasiada intención de buscar los consensos para mejorar la atención, ya que, estos grupos no buscan un mejoramiento del sistema, sino más bien el funcionamiento de la atención del parto, al costado del sistema, aunque, claro está, muy bien remunerado. Algo similar a lo que ocurrió hace 20 años cuando desde Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo se proponían cambios en el sistema y algunos defendían las clínicas privadas. La vocación de los autores es transformar el sistema para beneficio de toda la población y en todo caso la discriminación positiva para los sectores más vulnerados y no de servicios exclusivos solo para aquellos que puedan pagar costosas cifras de dinero.

En síntesis: Equilibrar adecuadamente el acompañamiento del proceso fisiológico y la actuación profesional pertinente cuando sea necesario, durante la atención del nacimiento, involucrando a la mujer y su entorno en las diferentes opciones, es el concepto clave en el paradigma de la humanización del nacimiento.

Que la mujer retome el protagonismo histórico que siempre tuvo y nunca debió perder es una responsabilidad de todos y todas; los profesionales y equipos de salud deben ser parte de la solución.

Para lograrlo se debe ir más allá del abordaje de la humanización del nacimiento en sí mismo, sino que se debe ver el proceso del embarazo, incluso desde el momento en que este se está planificando –la consulta pre fecundación–, el control del embarazo y también el abordaje integral del puerperio, considerando las intervenciones efectivas que implican el apoyo respetuoso y una comunicación empática durante toda esta etapa, son las bases para un cambio real en la asistencia de las mujeres y en el rol que el sistema de salud juega en la vida de estas familias.

II. MARCO DE DERECHOS EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

En cuanto al enfoque de derechos, resulta indispensable entender que el acceso a la información y al sistema de salud son pilares para la mejora de la salud de la mujer, de su familia y el entorno. Esto es lo que permite, entre otras cosas, la toma de decisiones informadas, autónomas, siendo el equipo de salud el que acompaña a la mujer en el proceso y no quien toma las decisiones por ella.

La legislación de avanzada que Uruguay tiene en relación al respeto y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos incluyen el derecho al nacimiento humanizado e institucional en todos los casos. La normativa sanitaria acompaña esta legislación. Existe la necesidad de implementar estas políticas públicas desde la transformación de los tres pilares de la relación sanitaria:

- los cambios necesarios en el sistema asistencial (por ejemplo, las salas de nacer, la regionalización y traslados); la cultura de las organizaciones sanitarias;
- los cambios en la sociedad y las comunidades (mejorando la educación y derribando los mitos, por ejemplo);
- y en los profesionales y equipos de salud (mejorando la capacitación y destrezas, entre otras tareas).

La OMS en sus recomendaciones "Para los cuidados del parto para una experiencia de parto positiva" incluye el concepto de "experiencia de parto positiva" y la define como una "experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer". (7) En dicha definición engloba el hecho de dar a luz a un recién nacido sano en condiciones ambientales seguras, contando con sostén continuo y con profesionales competentes y empáticos.

El cuidado materno respetuoso, como estrategia, hace énfasis en los derechos de las mujeres, recién nacidos y sus familias, y promueve el acceso equitativo al cuidado basado en la evidencia, reconociendo las necesidades y preferencias únicas de las mujeres y sus bebés. Se asocian con dicho cuidado 12 temas a tener en cuenta en la atención durante el nacimiento en los centros de salud: evitar el daño y maltrato, mantener la privacidad y confidencialidad, preservar la dignidad de la mujer, proveer información durante el trabajo de parto y nacimiento y solici-

tar consentimiento informado, asegurar el acceso continuo a la familia y comunidad, mejorar la calidad del entorno físico y de los recursos, proporcionar atención equitativa, respetar las decisiones de las mujeres que fortalecen su capacidad de dar a luz, disponibilidad de recursos humanos competentes y motivados, provisión de cuidado eficaz y efectivo. Está bien establecido que la comunicación efectiva y empática por parte de los diferentes actores del sistema de salud, fundamentalmente del ginecólogo y la obstetra partera que realizan el seguimiento del embarazo y la asistencia en el nacimiento, incide en un mejor aprovechamiento de los recursos, en la mejoría de los resultados obstétricos y determinan una experiencia de embarazo positiva. (7)

Un grupo de organizaciones propone los 10 pasos para mejorar las maternidades, la mayor parte de las recomendaciones forman parte de la normativa uruguaya.

Los 10 pasos de la Iniciativa Internacional para el Parto Madre Bebé están basados en los resultados de las mejores evidencias científicas disponibles. Una Iniciativa de la International Mother-Baby Childbirth Organization (IMBCO) en colaboración con Childbirth Connection y la Coalition for Improving Maternity Services (CIMS).

Un servicio óptimo de maternidad tiene que contar con políticas escritas, las cuales deben ser implementadas tanto a nivel educativo como en la práctica, y requiere que los proveedores de salud cumplan con lo siguiente:

- *Paso 1.* Tratar a cada mujer con respeto y dignidad, informándola a profundidad e involucrándola en las decisiones que tienen que ver con el propio cuidado y el del bebé, en un lenguaje que ella entienda, y dándole el derecho a consentir o a rechazar los cuidados ofrecidos de manera informada.
- *Paso 2.* Poseer y aplicar rutinariamente conocimientos y destrezas de partería que optimicen la fisiología normal del embarazo, del trabajo de parto, del nacimiento, de la lactancia y del período de posparto.
- *Paso 3.* Informar a la madre sobre los beneficios que tiene el contar con un apoyo continuo durante el trabajo de parto y el nacimiento, y reafirmar el derecho a recibir dicho apoyo por parte de los acompañantes que ella elija, como pueden ser los padres, compañeros, miembros de la familia, doulas u otros.

- *Paso 4.* Proporcionar métodos para la comodidad de la mamá y el alivio del dolor durante el trabajo de parto que no se basen en el uso de fármacos o medicamentos, y explicar los beneficios del uso de tales métodos sin drogas para favorecer el nacimiento normal y evitar daños innecesarios.

  Demostrar a las mujeres (y a sus acompañantes) cómo utilizar esos métodos, incluyendo el tacto, sostén, masajes, trabajo de parto en agua y técnicas de relajación y comodidad. Respetar las preferencias y elecciones de las mujeres.
- *Paso 5.* Proveer prácticas específicas basadas en la evidencia científica, demostradas como beneficiosas en la promoción de la fisiología normal del trabajo de parto, del nacimiento y del período de posparto.

  Permitir que el trabajo de parto transcurra a su propio ritmo, evitar intervenciones basadas en límites de tiempo prefijados, y utilizar el partograma para llevar el registro del progreso del trabajo de parto.

  Ofrecerle a la madre acceso irrestricto a comidas y bebidas a su gusto durante el trabajo de parto.

  Apoyarla para que camine y se mueva libremente y asistirla para que asuma las posiciones de su elección incluyendo cuclillas, sentada, en manos y rodillas.

  Ofrecerle elementos que favorezcan las posiciones verticales como pelotas de parto, futones en el suelo, *wall ladders,* sillas de nacimiento y cuerdas.

  Utilizar técnicas para dar vuelta al bebé en el útero (versión externa) y para el nacimiento vaginal de bebés en posición podálica (pélvica).

  Facilitar el contacto piel a piel Mamá-Bebé inmediato y prolongado para proporcionar abrigo y apego, para la iniciación de la lactancia y la estimulación del desarrollo, y para asegurar que Mamá-Bebé permanezcan juntos.

  Dejar pasar el tiempo apropiado para que la sangre del cordón transfiera al bebé el volumen de sangre, oxígeno y nutrientes que puede proveer.

  Asegurarle a la madre el acceso total a su bebé enfermo o prematuro, incluyendo “cuidados canguro” y apoyándola para que ofrezca su propia leche (u otra leche humana) a su bebé cuando la lactancia no sea posible.

- *Paso 6.* Evitar prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen ningún sustento específico para su uso rutinario o frecuente en trabajos de parto y nacimientos normales.
- *Paso 7.* Implementar medidas que promueven el bienestar y previenen las enfermedades, las emergencias y la muerte de Mamá-Bebé.

  Proveer educación y promover el acceso a una buena alimentación, agua potable y un ambiente limpio y seguro.

  Proveer educación y acceso a métodos de prevención de enfermedades incluyendo prevención y tratamiento de malaria y VIH/SIDA, e inmunización contra el tétanos.

  Proveer educación en sexualidad responsable y planificación familiar, derechos reproductivos, y acceso a opciones de planificación familiar.

  Brindar apoyo y cuidados prenatales, intraparto, posparto y del recién nacido que incorporen la salud física y emocional de Mamá Bebé en el contexto de las relaciones familiares y el entorno comunitario.
- *Paso 8.* Cuando existan complicaciones que amenacen la vida, en situaciones de emergencia, proveer acceso a tratamiento calificado y basado en evidencias.
- *Paso 9.* Proveer atención y cuidados continuos maternos y neonatales en colaboración con todos los proveedores de salud relevantes, instituciones y organizaciones.

  Incluir en esta provisión a parteras tradicionales y a otros quienes atienden partos fuera de los hospitales.
- *Paso 10.* Luchar por alcanzar los 10 pasos para una Lactancia Exitosa, tal como se describen en la Iniciativa de UNICEF-OMS "Iniciativa Hospital Amigo del Niño".

En nuestro país contamos con el siguiente contexto legal para garantizar los derechos de las mujeres y sus familias en el proceso de embarazo parto y puerperio.

1950-2001

- Ley 11.577, artículos 16 y 17. Prohibición de despido de trabajadora embarazada.
- Ley 16.045. Prohibición de suspensión y despido por motivos de embarazo o lactancia.

- Decreto reglamentario 37/997.
- Ley 16.104. Licencias por maternidad y lactancia para funcionarios públicos.
- Ley 17.215. Trabajadoras en estado de gravidez o en periodo de lactancia tienen derecho a obtener cambio temporario de las actividades laborales.
- Ley 17.386. Acompañamiento durante el preparto, parto y nacimiento. Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o a su elección personal en base a tener apoyo emocional durante este proceso.
- Decreto reglamentario 67/006.

2008

- Ley 18.426, artículo 3, literal c. Promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando los tiempos biológicos y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados.
- Decreto reglamentario 293/010.
- Ley 18.437 Ley de Educación, artículo 74. Reglamentación para estudiantes embarazadas.

2010

- Decreto 293. Reglamentación de la Ley 18.426. Creación de los servicios de salud sexual y reproductiva en todas las instituciones del país.

2011

- Ley 18.868. Prohibición de exigir test de embarazo o certificación médica de ausencia de estado de gravidez en el ámbito laboral.
- Ordenanza 237. Creación de la Comisión nacional para la reducción de la morbimortalidad de causa obstétrica.
- Convenio marco MSP-CODICEN. Creación de la Comisión Interinstitucional sobre Educación sexual y defensa de los derechos y reproductivos.

2012

- Ordenanza 447. Control de embarazo, ITS y auditoría de sífilis.
- Ordenanza 623. Creación de la Comisión Nacional Asesora en SS y R.
- Ordenanza 693. Reglamentación de maternidades.

2013

- Ley 19.161/2013. Licencia por paternidad y maternidad en el ámbito privado. Subsidio por medio horario de trabajo hasta los 6 meses de vida.
- Decreto reglamentario N.° 17/014.
- Ley 19.167/2013 Ley de Técnicas de reproducción humana asistida.
- Ordenanza 367. Realización de auditorías por casos de VIH durante la gestación y/o en el recién nacido.

2014

- Decreto 35. Recomendaciones para disminuir la sífilis congénita.
- Decreto 69. Sobre clínicas y servicios de RHA.
- Decreto 311. Financiación de RHA.
- Ordenanza 462. Creación de la Comisión Honoraria RHA.
- Ordenanza 567. Protocolo de diagnóstico de VIH.

2015

- Decreto 84. Reproducción humana asistida de alta complejidad.
- Decreto 378. Incorporación al PIAS de la ecografía de estructura fetal.

2016

- Ordenanza 955. Creación del Grupo Técnico *ad hoc* asesor de comisión de reducción de morbimortalidad de causa obstétrica.

2017

- Ley 19.530. Aprobación de la instalación de salas de lactancia.
- Decreto reglamentario 234/018. Establecimiento de salas de lactancia y autorización a tomarse 2 medias horas o 1 hora de

la jornada laboral siendo computado como trabajo efectivo mientras se encuentra en lactancia.

- Ley 19.580. Ley de violencia obstétrica. Reglamento de esta ley, artículo 6, inciso H. Violencia Obstétrica. Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecta su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos.
- Decreto 46. Modificación para acceder a reproducción humana asistida.
- Ordenanza 62. Lactancia materna.
- Ordenanza 1261. Ampliación de la potestad de obstetras parteras.

2018

- Ordenanza 1119. Todos los prestadores integrales de salud deben ofrecer prueba diagnóstica de sífilis y VIH a la pareja de la mujer embarazada.

2019

- Ordenanza 688. Autoriza a obstetras parteras a administrar tratamiento para la sífilis en mujeres embarazadas y pareja/s sexuales.

El equipo de salud necesita y tiene la obligación de conocer estos derechos, de manera de asesorar adecuadamente a la mujer gestante en las situaciones a las que puede verse enfrentada en este período.

III. ANTES DEL EMBARAZO: PLANIFICACIÓN DE LA GESTACIÓN

Durante la consulta ginecológica de control es necesario abordar desde el profesional, la posibilidad futura de un embarazo. En este contexto se debe brindar información sobre los beneficios de realizar controles en salud, descartar patologías frecuentes, realizar adecuado control de patologías crónicas conocidas, modificar o ajustar tratamientos crónicos en vistas al embarazo (considerando potenciales contraindicaciones durante el mismo) y la suplementación con ácido fólico previo y durante el primer trimestre del embarazo, intervención que ha demos-

trado reducir en forma significativa las alteraciones en el cierre del tubo neural durante el desarrollo embrionario. (9, 13)

En los casos de mujeres sin pareja, mujeres en pareja con mujeres o cuando en la evolución no se logra el embarazo espontáneo se debería tener conocimiento de nuestra legislación para poder asesorar sobre las diferentes opciones de tratamiento de fertilidad tanto de baja como de alta complejidad y realizar la derivación en forma oportuna.

Esta instancia, cuando es posible, es muy importante aprovecharla no sólo por lo antes mencionado, sino para comenzar a trabajar un abordaje integral, donde se puedan prevenir complicaciones y también crear una relación equipo de salud-usuaria/os que permita empoderar a la mujer y su familia en la toma de las mejores decisiones en cada caso, recordando que la mayoría de los embarazos ocurren en un contexto no planificado, por lo que en ese caso la captación precoz será otro punto clave de acción.

IV. ABORDAJE DE LA REPRODUCCIÓN ASISITIDA

En el Uruguay se consagra el derecho al intento de lograr un embarazo para todas las mujeres y parejas que tienen la condición de ser infértiles.

Existe una gran brecha en cuanto a la información y educación sobre derechos reproductivos y la fertilidad, llevando a la exclusión de los sectores más carenciados. Es importante reconocer que los problemas relativos a los derechos sexuales y reproductivos son particularmente marcados en las mujeres y hombres pobres y excluidos. Esto debe llevarnos al cuestionamiento y motivación de crear políticas de salud que aumenten la accesibilidad de las poblaciones vulnerables a la consulta reproductiva. Debemos defender el derecho de cada persona de tener el número de hijos que desee tener.

La ciencia ha logrado separar el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción, a través de las técnicas de reproducción asistida como son la inseminación artificial, la fecundación *in vitro* y la subrogación uterina. De esta forma podemos afirmar que la sexualidad puede o no devenir en la reproducción y la reproducción no requiere un ejercicio previo de la sexualidad. (14)

En Uruguay desde el año 2013 está vigente la ley número 19.167 de Reproducción Humana Asistida (RHA). Esta ley de vanguardia en la región tiene dentro de sus objetivos regular las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realicen. Se entiende por técnicas de reproducción humana asistida al conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos y/o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esta ley se encuentra reglamentada por los decretos número 69/014 y 311/014. Quedan incluidas dentro de las técnicas de reproducción humana asistida la inducción de la ovulación y la criopreservación de gametos y embriones, entre otras, tal como establece el artículo primero de dicha ley. El artículo segundo hace referencia al alcance de la ley: "las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad".

El artículo tercero hace referencia al deber del Estado, que "garantizará que las técnicas de reproducción asistida humana queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud". "Promoverá la prevención de la infertilidad combatiendo las enfermedades que la pueden dejar como secuela así como la incidencia de otros factores que la causen". Las técnicas o procedimientos quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el SNIS y serán financiadas por este en mujeres no mayores de 40 años.

En el caso de procedimientos de alta complejidad, estos procedimientos serán parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR) con el alcance y condiciones que establece la reglamentación del Poder Ejecutivo. (15)

Desde el inicio de la cobertura, al 31 de diciembre de 2019 ingresaron al FNR 3.560 solicitudes de cobertura financiera para procedimientos de reproducción humana asistida de alta complejidad. De estas, 3.256 solicitudes de tratamiento fueron autorizadas. En cuanto al copago, en 2019 el 72 % de las pacientes copagó el 50 % o menos del costo total del tratamiento, mientras que el 18 % no realizó copago. Esto hace notar el gran número de pacientes que hoy tiene acceso a tratamientos de reproducción

asistida de alta complejidad que lo no hubiera tenido sin el establecimiento de la ley 19.167.

La Ley Nacional de Reproducción Asistida ha marcado un antes y un después en el ejercicio de la medicina reproductiva en nuestro país y en la vida de miles de personas que hoy pueden acceder a tratamientos a los que jamás hubieran imaginado poder acceder. Es importante mencionar dos aspectos muy valiosos de la ley 19.167; el primero tiene que ver con su alcance: "las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse en el caso de mujeres con independencia de su estado civil", la inclusión en dicha ley de mujeres sin pareja o de mujeres lesbianas es un avance muy importante en la protección de los derechos reproductivos de la comunidad LGBT.

Según los datos reportados en marzo de 2019 por el banco de semen del Uruguay (Fertilab), el número de tratamientos de baja y alta complejidad realizados con semen de donante se ha incrementado en forma exponencial desde el momento en que se incorpora el motivo mujer sola o pareja homosexual a la ley 19.167; esto nuevamente confirma la importancia del nivel de inclusión de la ley. Otro aspecto importante de la ley es la contemplación en la misma de la gestación subrogada; la ley establece que: "únicamente la situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de segundo grado de consanguinidad, o de su pareja en su caso, la implantación y gestación del embrión propio". La gestación subrogada es una práctica controvertida y presenta aristas susceptibles de ser analizadas bajo el lente de distintas disciplinas. Si bien consideramos que algunos aspectos que tienen que ver con la subrogación uterina deberían ser menos restrictivos, es de un gran valor la contemplación e inclusión de estos aspectos tan sensibles.

Es importante mencionar que aún hay un sector de la población que queda excluido del acceso a estas prestaciones por falta de educación, conocimiento y derivaciones. Para poder ser derivados a una consulta de reproducción, las pacientes deben presentar una historia de infertilidad definida como la incapacidad de haber logrado embarazo por vía natural luego de doce meses de relaciones sexuales frecuentes sin protección (los plazos cambian luego de los 35 años). El personal de salud debe estar preparado para captar estas pacientes, reconocer cuándo existe riesgo de infertilidad y realizar las derivaciones pertinen-

tes. Por este motivo el personal de salud debe conocer y estar familiarizado con la fertilidad como un derecho reproductivo.

Identificando los factores que pueden tanto facilitar como restringir el acceso a tratamientos de fertilidad, se pueden implementar medidas para mejorar el acceso especialmente en pacientes de bajos recursos socioeconómico-culturales que muchas veces se encuentran limitados también en su acceso a la información. Así podremos eliminar la disparidad en el acceso al sistema de salud y en el uso de tratamientos de fertilidad. (16)

V. CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo el equipo de salud tiene una oportunidad privilegiada para generar acciones que propicien el empoderamiento de la mujer y su entorno, así como mejorar los autocuidados de salud integral a nivel biopsicosocial, en el embarazo y más allá.

La responsabilidad del equipo asistencial es entonces inmensa.

Uno de los pilares fundamentales para disminuir las complicaciones materno perinatales es el correcto control prenatal.

Está bastante instaurado en nuestro medio la importancia del control del embarazo, teniendo buenas cifras de cobertura en nuestro país, por encima del 90 %.

Sin embargo aún existen embarazos captados tardíamente, en los cuales algunas intervenciones no llegan a realizarse, retrasándose o imposibilitándose diagnósticos fundamentalmente en la esfera de la patología fetal y prevención de patología materna como es la preeclampsia, la diabetes gestacional, la prevención y tratamiento en embarazadas con consumo problemático de sustancias y patologías de la salud mental, entre otras.

Dentro del control del embarazo, clásicamente se consideraba que la clasificación de riesgo en embarazos de bajo y alto riesgo era una forma efectiva de dividir la población de embarazadas para así dirigir las diferentes intervenciones que el equipo de salud debía proponer en función de ese riesgo, utilizándose habitualmente la derivación de las usuarias a centros especializados para el manejo del “alto riesgo obstétrico”.

Sin embargo, en los últimos años existe una tendencia a comprender que la descentralización en la asistencia beneficia a la mujer en cuanto puede mantener sus controles en su centro de referencia, en su barrio o localidad, recomendándose que las derivaciones se realicen de manera puntual, con contrarreferencia a su centro de salud, intentando mantener siempre que sea posible a la mujer en su entorno. Ejemplo de esto podría ser una paciente con una patología crónica que puede realizar sus controles prenatales en el centro de salud de su barrio, planteándose interconsultas en aquellos servicios que sean necesarios en otro nivel de atención (por ejemplo, cardiólogo, endocrinólogo, etc.).

De esta manera puede continuar su asistencia en la policlínica de primer nivel de atención donde además puede participar de talleres de preparación para el nacimiento, y continuará luego los controles pediátricos del recién nacido e implicando menores dificultades derivadas de los traslados a grandes distancias con lo que ello puede implicar a nivel personal y familiar, y en un ambiente conocido y más amigable para la mujer.

Las últimas recomendaciones realizadas por la OMS son que, salvo pocas excepciones, todo embarazo debe ser considerado como de bajo riesgo, hasta una clara evidencia de lo contrario, sabiendo que aproximadamente el 75% de los embarazos son catalogados como normales y pueden ser controlados en centros de primer nivel de atención. Solo el 25% de los embarazos presentan complicaciones y necesitarán de cuidados clínicos, paraclínicos y/o terapéuticos de mayor complejidad, de difícil resolución en el primer nivel de atención exclusivamente. (17)

Incluso una vez diagnosticada una complicación que puede elevar el riesgo de la gestación, en conjunto con la mujer se debería analizar la mejor manera de realizar el seguimiento del embarazo, incluyendo el lugar más adecuado para que se lleve a cabo esta acción.

En aquellas circunstancias en las que sea necesario derivar a la usuaria a un centro especializado para realizar alguna prueba diagnóstica y/o terapéutica, debería considerarse posteriormente continuar el seguimiento del embarazo en el lugar de origen. (18)

Por otro lado, en los últimos años, diversos estudios han demostrado que muchas de las complicaciones del embarazo pueden predecirse en una visita integral entre las semanas 11 y 13

combinando datos de la historia clínica materna con parámetros biofísicos mediante ecografía y doppler y diferentes parámetros bioquímicos.

Es así que desde la Fetal Medicine Foundation en Reino Unido se ha impulsado un cambio en el paradigma del control del embarazo en relación con la detección y predicción temprana de complicaciones graves, planteando la "inversión de la pirámide del control prenatal", "con énfasis en el control del primer trimestre, entre las semanas 11 y 13 + 6 días". (19)

La implementación de este *screening* permite una evaluación de riesgo ajustada en forma temprana, facilitando intervenciones adaptadas para cada paciente y patología en forma individualizada, en lugar de controles de rutina estandarizados.

En este período, la posibilidad de detectar aneuploidias, anomalías estructurales mayores, la evaluación del riesgo de aborto y óbito, el riesgo de preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, de parto pretérmino, diabetes gestacional y macrosomía fetal. Permite no solo adecuar e individualizar los controles subsiguientes tanto en frecuencia como en necesidad de estudios o especialistas, sino que además en algunos casos permite intervenciones específicas que han demostrado disminuir la incidencia de estas patologías, como es el uso del ácido acetilsalicílico en relación a la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino. (20, 23)

Es decir que en aquellas embarazadas donde el riesgo de presentar alguna de estas complicaciones es bajo, se recomienda una disminución en el número de controles posteriores y en aquellas donde se haya estimado un riesgo aumentado, se podrá ajustar el seguimiento especializado como se propone en la pirámide invertida de Nicolaides (Figura 1).

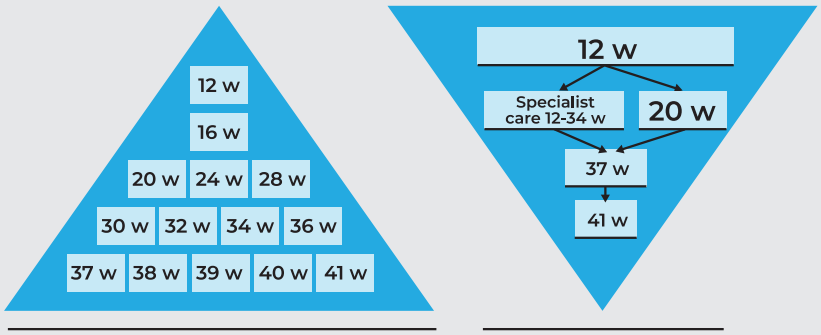


Fig. 1. Pyramid of traditional prenatal care established in 1929.

Fig. 2. Proposed new pyramid of prenatal care. w = Weeks.

Extraído de "Turning de pyramid of antenatal care".

Figura 1. Pirámide invertida de control prenatal. Extraído de "Turning the pyramid of antenatal care".

Así propone que, en las pacientes de bajo riesgo, la cantidad de controles posteriores podría reducirse a tres consultas: una a las 20-22 semanas para reevaluar la anatomía y crecimiento fetal y revaloración de riesgo de preeclampsia y parto pretérmino (con medición de la longitud del cérvix por vía transvaginal, de forma sistemática, con el consentimiento de la gestante); otra a las 35-36 semanas para evaluar bienestar fetal y materno y evaluar la mejor vía para el nacimiento; y una nueva valoración a las 41 semanas en aquellas mujeres en las que aún no se ha producido el nacimiento.

Al realizar el *screening* entre las 11 y 13+6 semanas de edad gestacional la mayoría de las mujeres serán evaluadas como de bajo riesgo, dejando una pequeña proporción de mujeres consideradas como de alto riesgo de complicaciones que requerirán una evaluación específica, coincidiendo así con las determinaciones de la OMS.

En la actualidad, la ecografía de las 11-13+6 semanas es un derecho fundamental de todas las embarazadas, no solo relativo a los riesgos individuales para trastornos cromosómicos, sino para la estimación correcta de la edad gestacional de todos los embarazos tanto sea espontáneos como por reproducción asistida, evaluación anatómica y establecimiento de riesgos de patología obstétrica tan importantes como la preeclampsia.

El surgimiento del estudio de ADN fetal en sangre materna resulta un avance importante en la pesquisa de trastornos cromosómicos (fundamentalmente las trisomías más frecuentes como T21, T18 y T13). No obstante, es un estudio por el momento muy costoso en nuestro medio y debe valorarse que su práctica no sustituye la ecografía del primer trimestre.

Debe tenerse claro que no sustituye al *screening* convencional ya que el estudio de ADN libre fetal en sangre materna no nos aporta datos sobre riesgo de parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, preeclampsia y mal resultado obstétrico, como óbito o aborto. Entonces una vez realizado el *screening* convencional y que resulte un riesgo intermedio, es cuando tiene su aplicación el estudio de ADN fetal para tratar de evitar un estudio diagnóstico invasivo.

El análisis solo ha demostrado eficacia adecuada en gestantes de alto riesgo, por lo que no sabemos qué eficacia podría tener en población de bajo riesgo en el primer trimestre. Por tanto, hoy por hoy, no puede sustituir al cribado de cromosomopatías basado en la ecografía para medición de TN y bioquímica. Además, una vez que se realicen estudios y podamos comparar la eficacia de esta nueva técnica con el cribado convencional, habrá también que realizar las correspondientes comparaciones en cuanto a eficiencia económica.

De todos modos, el cambio de paradigma en cuanto a los controles prenatales antes referido no debe descuidar, sin embargo, otros aspectos del control de la embarazada como son la prevención en la esfera de la salud mental y la importancia de la educación y el acompañamiento durante el embarazo para lograr una vivencia positiva para la mujer y su familia. Es por esto que más allá de la necesidad de controles más espaciados, la frecuencia de estos deberá establecerse en conjunto con cada mujer y sus necesidades.

Es necesario, ante la solicitud de paraclínica como la ecografía para medición de translucencia nucal y *screening* bioquímico de primer trimestre, que la usuaria conozca los beneficios y limitaciones de este *screening* y no llegar a la realización del estudio sin saber qué esperar del mismo. (24)

El beneficio del diagnóstico prenatal en la detección de los problemas fetales es actualmente indudable. Un manejo adecuado a cada caso de acuerdo con el conocimiento más actua-

lizado permite mejorar notablemente los resultados para una amplia gama de enfermedades fetales. Hay que tener presente la importancia del uso racional de las tecnologías a la hora de indicar diferentes estudios o procedimientos, en base a las mejores evidencias disponibles en cuanto a su pertinencia y efectividad. (25) La sistematización de las intervenciones a lo largo del embarazo sirve de guía para la acción profesional (Figura 2).

En casos para los que no existe tratamiento, es esencial realizar un diagnóstico preciso de las causas del problema, lo que será esencial para la planificación de futuros embarazos. También se debe brindar una atención individualizada, integral y que garantice los derechos de las mujeres, informando sobre las posibilidades con las que cuenta. Es fundamental derivar de forma oportuna y que se cuente con el apoyo desde el punto de vista psicológico para transitar dicho momento.

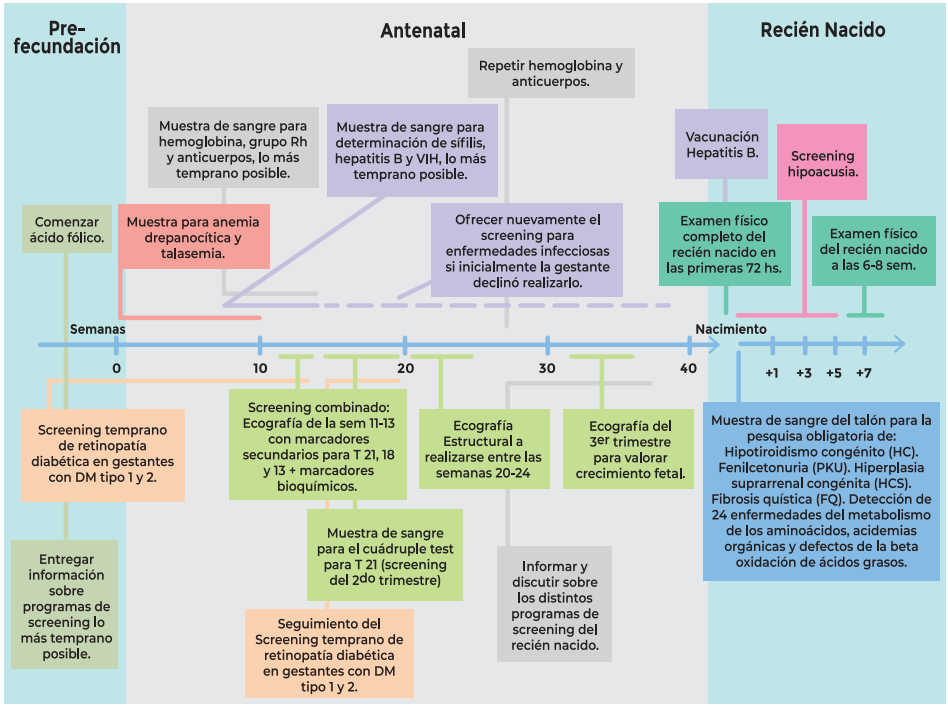


Figura 2. Línea del tiempo para el *screening* prenatal y del recién nacido. Adaptado de England NHS *Screening* programmes.

Preparación para el nacimiento

La Preparación para el Nacimiento se encuentra incluida como Meta Asistencial del Ministerio de Salud Pública para los prestadores del SNIS, por ser considerado como uno de los componentes fundamentales para alcanzar un nacimiento humanizado. El objetivo de dicho indicador es "brindar información y herramientas a la mujer embarazada para fortalecer el proceso de nacimiento y cuidados del RN, y empoderarla para la toma de decisiones en relación al cuidado de su salud y la de su hijo". (25) La educación durante el embarazo significa una preparación física y psicoemocional que permita a la mujer y su pareja/familia transitar el embarazo, nacimiento y puerperio con un mayor equilibrio. Además le permite a la embarazada intercambiar experiencias con otras mujeres en situaciones similares y apoyarse mutuamente. (25)

Contar con información vinculada al embarazo y nacimiento permite reducir la incertidumbre y el miedo, promoviendo una experiencia satisfactoria para la mujer y su pareja o familia. (25) Es fundamental poder acceder a información de calidad brindada por el equipo de salud, en las consultas pero también en los talleres de preparación para el nacimiento. Estos espacios serán conducidos por un equipo interdisciplinario (psicólogo/a, ginecólogo/a, pediatras y/o neonatólogo/a, nutricionista, enfermero/a, odontólogo/a y trabajadores/as sociales), liderado por una obstetra partera, teniendo en cuenta las necesidades de cada mujer, pareja y familia, la edad de la mujer, etapa del embarazo en la que se encuentre, número de gestaciones, entre otros aspectos. Sin embargo, es fundamental incluir información vinculada con derechos y responsabilidades, cambios fisiológicos y emocionales propios de cada etapa del embarazo y posparto diferenciándolos de aquella sintomatología que podría corresponder con condiciones patológicas como forma de generar conocimiento, reducir ansiedad y angustia, reducir la posibilidad de consultas innecesarias y optimizar las consultas oportunas.

La educación acerca de los procesos que van a experimentar en esta etapa de su vida es un pilar fundamental para el empoderamiento de las mujeres sobre su propio embarazo, nacimiento y cuidados del recién nacido. "El embarazo como evento fisiológico del proceso continuo de salud-enfermedad de las mujeres, evidencia una oportunidad única para los equipos de salud de promover el autocuidado de la mujer y su familia." (25)

Otros beneficios que surgen de la Preparación para el Nacimiento son: una mayor sensación de bienestar del proceso de embarazo y nacimiento, participación más activa de la pareja durante el nacimiento, buena respuesta a las contracciones mediante la incorporación de técnicas de relajación y respiración, trabajos de parto más cortos, menor número de cesáreas, menor uso de fármacos, lactancia materna más exitosa. (25)

Los contenidos que deben desarrollarse durante estos encuentros son, además de los mencionados, hábitos saludables, sexualidad, recomendaciones y prácticas para el nacimiento respetado, manejo del dolor (métodos farmacológicos y no farmacológicos), cuidados del recién nacido, lactancia materna, métodos anticonceptivos y cambios emocionales durante el posparto, entre otros.

Estas instancias de preparación configuran una buena oportunidad, además, para poder elaborar un plan de parto y nacimiento, que será el eje en la relación entre la mujer embarazada y el equipo que la asiste, y deberá servir para orientar la atención sanitaria que se le preste a lo largo de todo el proceso incluyendo embarazo, nacimiento, lactancia y cuidados del recién nacido.

En las “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucionales”, del Ministerio de Salud del año 2018, queda establecida la importancia de promover el uso del plan de nacimiento y propone un modelo básico de plan de parto con los diferentes ítems que podrían ser analizados y que cada mujer/familia debería adaptar y confeccionar junto con el equipo asistencial en base a sus gustos, preferencias, necesidades, cultura, etc. (ver Anexo).

El mismo tiene como principal objetivo el empoderamiento de la mujer y su pareja/familia, llevando a la reflexión de las prácticas habituales y generando conciencia de acciones específicas para el cuidado de su salud y de su proceso; es por esto que es importante que el equipo apoye a la mujer y su pareja, durante el embarazo, para la construcción de un plan de parto realista y que sea flexible. En el mismo se manifestará sus preferencias durante el trabajo de parto y nacimiento. (26)

Las mujeres que no reciben educación acerca de los cambios fisiológicos y conductas saludables durante el embarazo tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el em-

barazo y parto, intervenciones innecesarias y mayores índices de tocurgia.

Abordar la experiencia de parto positiva

Desde la comunicación, el rol del profesional de la salud que está a cargo del control de la embarazada es lograr que la misma sea efectiva y eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales que ocurren en el embarazo, siempre brindando apoyo de una manera respetuosa. Esta es la clave para mejorar la calidad de asistencia, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y, en última instancia, mejorar la calidad de vida de las personas.

Las "experiencias positivas" de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable así como en la mejora en la asistencia de sus hijos y familias.

Cabe destacar que, cuando se está frente a situaciones de alto riesgo obstétrico, los beneficios de la medicalización del parto, así como la indicación de nacimiento por cesárea son innegables desde el punto de vista de la seguridad del proceso. Sin embargo esto no debería ir en detrimento de una experiencia de parto positiva ni de un nacimiento humanizado, partiendo de la base de que una comunicación adecuada, con información brindada en forma objetiva, precisa y empática, llevará a la toma de decisiones compartida y a un mejor entendimiento de las complicaciones y posibles riesgos a los que podría incurrir la madre y su hijo de no realizar determinada intervención.

Se debe tener en cuenta que los/las profesionales de la salud están expuestos/as, diariamente a una alta exigencia laboral y agotamiento, lo que puede desencadenar el llamado "síndrome de *burnout*". Llegados a este punto, suele existir un bajo rendimiento, agotamiento emocional, falta de compromiso que es deshumanizador, lo que repercute en un carácter negativo y una distancia emotiva con la/s persona/s que está atendiendo. No es objetivo de este capítulo ahondar en dicha problemática, si bien resulta de vital importancia comprenderla para poder trabajar con los equipos expuestos a estas demandas físicas y emocionales excesivas, (27) considerando el rol fundamental que cumple la relación del equipo de salud con la embarazada y su familia para lograr esta experiencia positiva.

Ejercicio durante el embarazo

El ejercicio físico es fundamental en el embarazo. Mejora la actividad cardiovascular, la estructura y composición corporal, la fuerza muscular, la flexibilidad y los reflejos.

Está bastante demostrado que el embarazo disminuye la actividad física, siendo más marcada la disminución a medida que el embarazo progresa. (28)

El ejercicio aeróbico regular durante el embarazo mejora o mantiene la aptitud física. (29, 30) Aunque la evidencia es limitada, algunos resultados han sido demostrados y no hay pruebas de daño cuando no está contraindicado.

Estudios observacionales de mujeres que realizaron ejercicio durante el embarazo evidencian beneficios tales como disminución de la diabetes mellitus gestacional (31 a 34) disminución de la tasa de cesárea (35) y el tiempo de recuperación posparto (36), aunque la evidencia de los ensayos controlados aleatorios son limitados. También se ha visto que la actividad física puede ser un factor protector en las patologías de la salud mental en el puerperio. (37, 38)

Ciertos estudios han demostrado que durante el embarazo el ejercicio puede reducir los niveles de glucosa en mujeres con Diabetes Mellitus gestacional (39, 40) y ayudar a prevenir la preeclampsia. (41)

El ejercicio ha mostrado sólo una modesta disminución en la aumento de peso (1-2 kg) en mujeres con peso normal, sobrepeso y mujeres obesas. (42, 43) En los casos donde las mujeres experimentan dolor de espalda baja, el ejercicio en el agua es una excelente alternativa. (44)

Desde el año 2017, la Clínica Ginecotocológica A recomienda el ejercicio físico regular a partir de la monografía “Ejercicio y embarazo” de la doctora María Laura Gemano. (Figura 3.)

Figura 3. Recomendaciones generales en la realización de ejercicio físico en el embarazo.

Recomendaciones de ejercicio en embarazadas

Clínica Ginecotocológica a

ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA	SEDENTARIA	ACTIVIDAD FÍSICA LEVE- MODERADA	ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA
1er Trimestre	Puede iniciar actividad física en forma progresiva. Considerar retrasar inicio si náuseas, vómitos o fatiga.	Puede continuar actividad física regular.	Debe adaptarse rutina a una de intensidad leve o moderada.
2do Trimestre	Puede iniciar actividad física en forma progresiva o continuar la misma.	Puede continuar actividad física regular.	Debe adaptarse rutina a una de intensidad leve o moderada.
3er Trimestre	Puede iniciar actividad física en forma progresiva o continuar la misma.	Puede continuar actividad física regular.	Debe adaptarse rutina a una de intensidad leve o moderada.

SÍ

- Caminar.
- Nadar.
- Ciclismo estacionario.
- Aeróbicos de bajo impacto.
- Yoga y pilates (evitar decúbito prolongado.
- Deportes de raqueta.
- Correr o trotar (si la realizaba antes).

NO

- Deportes de contacto (fútbol, básquetbol, boxeo).
- Actividades con riesgo de caída (deportes de nieve, surfing, ski, gimnásticos, ciclismo fuera de camino, cabalgar).
- Buceo.

(ACOG 2015)

Señales de advertencia para discontinuar el ejercicio en embarazadas.

- Sangrado vaginal
- Contracciones dolorosas regulares
- Pérdida de líquido amniótico
- Disnea antes del esfuerzo
- Mareos
- Cefalea
- Dolor de pecho
- Debilidad muscular que afecte el equilibrio
- Dolor o tumefacción de pantorrillas

Regla de 5A: - Ask: Preguntar **- Advise:** Aconsejar **- Asses:** Evaluar **Assist:** Asistir **- Arrange:** Organizar

Contraindicaciones absolutas (ACOG 2015)

- Enfermedad cardíaca grave.
- Patología pulmonar restrictiva.
- Incompetencia cervico-ístmica o cerclaje.
- Embarazo múltiple con riesgo de prematurez.
- Sangrado persistente del 2do o 3er trimestre.
- Placenta previa luego de las 26 semana.
- Amenaza de parto prematuro.
- Ruptura prematura de membranas.
- Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo.
- Anemia severa.

Contraindicaciones relativas

- Anemia.
- Arritmia cardíaca materna no evaluada.
- Bronquitis crónica.
- DM tipo 1 mal controlada.
- Obesidad mórbida.
- Delgadez extrema (IMC menor a 12).
- Historia de estilo de vida extremadamente sedentario.
- RCIU en embarazo actual.
- Hipertensión mal controlada.
- Fumadora intensa.

VI. ATENCIÓN HUMANIZADA DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL NACIMIENTO

Para la correcta atención del trabajo de parto y parto hace falta un conocimiento profundo de la fisiología del parto y las diferentes etapas que es dable esperar en la evolución del trabajo de parto y parto normales. El abordaje científico, en base al conocimiento fisiológico y epidemiológico actual, separa la visión académica de la visión mística en el abordaje del nacimiento.

Características de los periodos del trabajo de parto y parto

Durante el trabajo de parto existen diferentes períodos diferenciados en base a características biológicas dadas por el trabajo uterino y cambios clínicos como ser las características de las contracciones y las modificaciones cervicales.

En estos diferentes períodos, los cuidados e intervenciones necesarias para facilitar el parto son diferentes y deben adecuarse.

El siguiente cuadro conceptual (Cuadro 1) busca sistematizar, actualizando de acuerdo a las ultimas evidencias científicas disponibles, las características de los diferentes periodos del trabajo de parto y parto en relación a la contractibilidad uterina, las modificaciones cervicales, anexándosele también cuál es la duración esperable de cada período y cuáles son las prácticas adecuadas en cada uno de ellos. (1)

Se define las etapas de preparto, trabajo de parto y parto.

El preparto es un período de tiempo inespecífico caracterizado por la presencia de CUD de frecuencia e intensidad variable asociadas a modificaciones cervicales

El Trabajo de parto y parto incluye un conjunto de fenómenos activos y pasivos que tiene como finalidad la expulsión de un feto por los genitales externos de la mujer.

Diagnóstico: comienza “arbitrariamente” con la presencia de 3 a 5 CUD en 10 min regulares con una dilatación de 3 o más cm, progresiva, a partir de la cual un porcentaje creciente de pacientes comienza la fase activa de la contractibilidad uterina.

Cuadro 1. Correlación entre las diferentes fases del trabajo de parto y los aspectos más relevantes en cuanto a fenómenos activos y pasivos y conducta obstétrica.

Períodos del trabajo de parto	Preparto	Trabajo de parto y parto				
		Período dilatante			Período expulsivo	Período alumbramiento
Fase de trabajo uterino	Fase Latente	Fase activa				
Tipo de contracción uterina	Patrón de contracciones Braxton Hicks. Comienzan las contracciones tipo parto irregulares	Regularización progresiva de las contracciones tipo parto con Triple Gradiente descendente (TGD). La regularización de las CUD c/TGD determina la denominada Fase Activa del Trabajo de Parto				
Modificaciones cervicales	Modificaciones cervicales paulatinas hasta llegar a 3 cm de dilatación	3 a 5 cm Tradicionalmente denominado Fase Lenta del período dilatante		6 a 10 cm tradicionalmente denominada Fase Rápida del período dilatante	Dilatación completa	
Relación entre la dilatación cervical y la proporción de mujeres que se encuentran en Fase activa del trabajo de parto	A los 3 cm 0% de las pacientes están en fase activa Corresponde a un índice de Bishop ≤ 6	A los 4 cm 50% de las mujeres están en fase activa, corresponde a un índice de Bishop > 6	A los 5 cm 74% de las mujeres están en fase activa	A los 6 cm 89% de las mujeres están en fase activa		
Duración de cada período	Horas o días	Pasar de 4 a 5 cm puede llevar hasta 6hs	De 5 a 6 cm hasta 3hs	De 6 a 10 cm Hasta 4hs nulípara Hasta 3hs multípara	Con FCF dentro de la normalidad: Nulíparas - Con analgesia 3hs 40 min - Sin analgesia 2hs 50 min Multíparas 2hs	Dependiendo de sangrado uterino y estado hemodinámico materno
Intervenciones para promover por alguna causa el trabajo de parto y parto	Inducción de la maduración cervical	Inducción del trabajo de parto			Parto tocúrgico o instrumental	
Método adecuado para facilitar el parto	Membranas íntegras: - Sonda Foley Membranas rotas: - dinoprostona - misoprostol Utilización en general no más de 12 hs En casos fundamentados: - Recolocación - instilación con suero fisiológico	Inducción con oxitocina SE desaconseja uso de partograma		Reducción dosis de oxitocina a la mitad o retiro de la misma	Protección activa del periné y episiotomía restrictiva. Deflexión controlada de la presentación. Pujos espontáneos	Manejo activo del alumbramiento Uterotónicos Tracción controlada del cordón Vigilancia del tono uterino por palpación abdominal
Control de salud fetal en bajo riesgo		Control intermitente de la FCF cada 30 min		Control intermitente de la FCF cada 15 min	Control intermitente de la FCF cada 5 min	Clampeo precoz del cordón NO está recomendado

En este contexto de conocimiento de la fisiología obstétrica es que toma sentido el concepto de la atención del Parto Humanizado.

Se definen una serie de acciones como “buenas prácticas asistenciales” que no son más que la aplicación de “aquellas prácticas que asocian la experiencia del profesional que presta la asistencia junto con la biología única de esa paciente y con la mejor evidencia científica disponible que asegure que esta práctica produce más beneficios que daños o que es mejor que alguna otra práctica conocida”.

En términos generales, se puede mencionar que las mismas apuntan a respetar la privacidad de cada mujer, respetar la elección del acompañante, informar y explicar todo lo que la mujer desee, monitorizar el bienestar físico y emocional y recibir el apoyo empático del equipo de salud. Cada intervención que decidamos realizar debe basarse en una indicación bien fundada, utilizando la mejor evidencia disponible.

El trabajo de parto normal es aquel en el que a priori no se prevén complicaciones para la madre ni para el feto. (45)

Si bien los procesos que regulan el inicio del trabajo de parto no se han definido, su inicio representa la culminación de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino determinados por señales endócrinas y parácrinas que proceden de la madre y el feto. (46)

De modo práctico se define el comienzo del trabajo de parto por la presencia de 3 a 5 contracciones uterinas dolorosas en 10 minutos, regulares, con una dilatación progresiva de 3 o más centímetros.

Como ya mencionáramos, importa el comienzo de la fase activa del trabajo de parto, mediante la regularización progresiva de las contracciones tipo parto con triple gradiente descendente.

La atención del trabajo de parto debe contribuir a lograr:

- Desarrollo de una experiencia feliz y empoderante.
- Tomar precauciones para disminuir los riesgos maternos.
- Prevenir la hipoxia fetal.
- Prevenir el trauma obstétrico.

El fundamento de los cuidados en el trabajo de parto normal es el que surge del concepto del parto humanizado institucional: acompañar el proceso normal del parto con el mínimo intervencionismo. (6)

Una de las claves fundamentales en la asistencia del trabajo de parto normal es determinar, al momento de la consulta de la paciente, si se encuentra efectivamente en trabajo de parto. Sin embargo, en muchas ocasiones es un diagnóstico difícil de establecer, no lográndose determinar en una primera instancia si la mujer se encuentra en fase activa del trabajo de parto. Para ello es indispensable una etapa de observación, así como la comprensión de la paciente y su entorno de este hecho evolutivo.

Esto permitirá el ingreso de la embarazada cuando ya se encuentre en la fase activa del trabajo de parto, disminuyendo de esta manera las intervenciones precoces e innecesarias.

Resumiendo la evidencia disponible, y en base a los "Protocolos Clínicos en la Maternidad" del Centro Hospitalario Pereira Rossell, analizaremos algunos aspectos específicos. (1)

- **Presentación del equipo** que atenderá a la mujer de manera cálida y respetuosa.
- **Confort y confianza de la paciente** en el proceso que está comenzando. El equipo debe valorar las características del control de ese embarazo, si la mujer realizó o no un Plan de parto e, independientemente de esto, evaluar cómo ella desea vivir este proceso.
- **Contractilidad uterina:** evaluar la frecuencia e intensidad de las contracciones y el tono uterino: las contracciones suelen acompañarse de dolor, tienen una duración aproximada de 60 segundos y una frecuencia de 3 a 5 en diez minutos. Se debe controlar que exista tono uterino normal entre las contracciones.
- **El control de la salud fetal**: incluye el control de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) de manera intermitente mediante estetoscopio de Pinard o ultrasonido (Doptone®), cada 20-30 minutos hasta los 5-6 cm de dilatación, cada 15 min hasta la dilatación completa y cada 5 min en el período expulsivo, antes, durante y un mínimo de un minuto inmediatamente después de la contracción, controlando el pulso materno simultáneamente. La FCF normal durante el período dilatante es de 110 a 160 lpm.

No se recomienda el monitoreo electrónico continuo de la FCF (MEFCFC) en forma rutinaria para evitar medicalizar la atención de un proceso normal. Sin embargo, ante cualquier elemento anormal se sugiere la MEFCFC por un período de tiempo que permita descartar complicaciones y establecer un pronóstico.

- **Progresión de la dilatación cervical:** ya mencionamos que se encuentra desaconsejado el uso de partograma para la valoración de la progresión del trabajo de parto. El partograma no logra identificar mujeres con riesgo de resultados adversos al nacer y, por lo tanto, no es recomendado para este propósito ni para identificar la progresión normal del trabajo de parto. (47) En presencia de FCF normal, se recomienda prudencia en la interpretación de la evolución de la dilatación de forma de evitar el sobrediagnóstico de distocias, la indicación de fármacos y reducir la tasa de cesáreas innecesarias.
- **Frecuencia de tactos vaginales:** se recomienda realizar el menor número posible así como la utilización de guantes estériles. Se recomienda este procedimiento al ingreso para establecer situación inicial, frente a la aparición de hidrorrea y frente al deseo de pujo.
- **Indemnidad de las membranas ovulares:** se recomienda la preservación de las membranas ovulares. La amniorrexis de rutina no ha demostrado reducir la duración del trabajo de parto además de incrementar los riesgos de accidentes como la procidencia de cordón y de infección ovular. Se recomienda en los casos que se considere necesario realizarla, informar a la paciente de los potenciales riesgos y beneficios, obteniendo así un consentimiento informado en forma oral.
- **Posición de la embarazada:** se recomienda que las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda durante las diferentes fases del trabajo de parto y parto, alentándose a la movilidad de la embarazada. Deben facilitarse todas las posiciones y el personal de salud debe estar habituado a la atención en cualquiera de ellas. En particular, en el periodo expulsivo, las posiciones verticales o laterales comparadas con supina o litotomía, se asocian a mejores resultados (menor duración del expulsivo), menos fórceps, menos episiotomías, menor dolor y menos patrones anormales de la FCF. Por otro lado, se asocian a un mayor número de desgarros de segun-

do grado y mayor número de hemorragias posparto mayor a 500 ml.

Las mujeres que adoptan la cuadrupedia presentan menor dolor lumbar y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal. En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (incluido de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada a más de 60 grados de la horizontal) frente a posición supina. La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento.

- **Manejo clínico de los pujos:** se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, no debe dirigirse hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto, excepto en mujeres con analgesia que sí se recomienda dirigir los pujos.
- **Protección perineal**: se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal solicitando a la mujer que no puje durante la misma.
- **Política de episiotomía restrictiva:** no debe practicarse episiotomía de rutina. Solo deberá realizarse por necesidad: en parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal. Antes deberá realizarse una analgesia eficaz. La técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral derecha, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho en ángulo entre 45 y 60 grados respecto del eje vertical. La episiotomía no debe ser realizada de forma rutinaria durante un parto vaginal en mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores.
- Está recomendada la vigilancia del tono uterino por palpación abdominal para el diagnóstico precoz de atonía uterina.
- **Pinzamiento tardío del cordón umbilical**: a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.
- **Contacto piel con piel** inmediatamente después del nacimiento. Evitar la separación de la madre y el RN dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera lactada.

- **El inicio de la lactancia materna** debe ser alentada preferentemente dentro de la primera hora de vida.

Estas buenas prácticas para la asistencia del nacimiento no son una opción para el equipo que asiste a la mujer durante el nacimiento, son una obligación a cumplir por parte de este y, como se mencionó anteriormente, deberían basarse en el plan de nacimiento que la mujer presenta siempre que sea posible, herramienta fundamental que permite, si le damos su lugar y tiempo, definir los pasos a seguir en el control del trabajo de parto y de los cambios que pudieran surgir a lo largo del mismo.

Manejo del dolor

El dolor es un elemento fundamental a tener en cuenta a la hora de la asistencia del trabajo de parto. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como "una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido". (48)

En ocasiones confundimos dolor con sufrimiento; sin embargo estos términos no son sinónimos. Durante el trabajo de parto, el sufrimiento hace referencia a la percepción de peligro, tanto físico como psíquico, a la pérdida de control sobre el proceso, a la falta de herramientas para superar alguna dificultad y a la sensación de peligro, por ejemplo, de muerte. Pero no en todos los casos el dolor y el sufrimiento están presentes a la vez, y esto nos muestra la complejidad del proceso y la multiplicidad de herramientas que podemos utilizar para el manejo del dolor, que tiene por tanto una dimensión física innegable, pero que también incluye aspectos psicológicos y sociales que pueden tener un rol mucho más importante que el dolor en sí mismo. (49)

Se debe comprender, por lo tanto, que el abordaje del dolor en el trabajo de parto y nacimiento va mucho más allá del alivio del dolor mediante herramientas farmacológicas que logren hacer desaparecer el mismo, ya que en muchos casos el alivio del dolor no se acompaña de la disminución de otros factores como la ansiedad y el miedo. (50, 51)

Por el otro lado, herramientas no farmacológicas pueden disminuir pero no eliminar el dolor; sin embargo han demostrado disminuir el estrés y la ansiedad durante el trabajo de parto, ayudan a las mujeres a mantener una sensación de control sobre el proceso y se han asociado a mejores tasas de satisfacción sobre

el nacimiento, permitiendo el empoderamiento de la mujer sobre su propio trabajo de parto.

La falta de información que presentan algunas mujeres se asocia a mayores niveles de ansiedad y generan discordancias entre las expectativas acerca del parto y el manejo del dolor que prevén tener, con la realidad que viven, así como el tipo de herramientas para el manejo del dolor que se ofrece en cada caso.

El apoyo individualizado constante genera sensación de seguridad, disminuye la sensación de soledad y miedo, lo que mejora la capacidad de las mujeres de sobrellevar el dolor, siendo el mayor problema la disponibilidad de este apoyo continuo en muchas oportunidades. (52)

Al momento de evaluar la eficacia de los diferentes métodos para el alivio del dolor, existen diferentes escalas para medir la intensidad del mismo. Sin embargo, al hacer referencia a terapias no farmacológicas es más importante evaluar el grado de satisfacción o la proyección de volver a utilizar ese método en un futuro embarazo que únicamente valorar cuantitativamente el alivio del dolor.

Por ejemplo, el alivio del dolor no se vincula siempre directamente con la experiencia del parto. Una mujer puede evaluar su dolor como muy intenso pero, de todas maneras, manejar el dolor y participar activamente en el proceso. (53) En otros casos, mujeres con alivio del dolor con métodos farmacológicos aún pueden sentir ansiedad y miedo y por lo tanto no poder evitar el sufrimiento durante este momento. (54)

La mayoría de las mujeres que optaron por métodos no farmacológicos para el alivio del dolor expresaron su satisfacción con el método (o la combinación de ellos) y volverían a usarlo en futuros embarazos, así como las mujeres que optaron por métodos farmacológicos la evaluación es valorada como muy buena o excelente. (55 a 57) Algunos estudios plantean que el hecho de utilizar métodos farmacológicos para el alivio del dolor podría relacionarse con disminución de la atención continua y existiría mayor percepción de abandono. Por lo tanto debemos estar muy atentos a prestar una atención y acompañamiento adecuados, ya que el alivio del dolor no debería empobrecer la relación de la mujer en el trabajo de parto con el equipo de salud. (58)

Al evaluar la evidencia disponible acerca de los métodos de manejo del dolor, es importante tener en cuenta que muchos

de los estudios de mejor calidad comparan entre analgesia neuroaxial versus opioides o ninguna intervención, y existen pocos trabajos de buena calidad que comparen con otros métodos no farmacológicos o que evalúen con una mirada psicosocial del tema. (58 a 60)

Las mujeres tienen derecho a elegir de manera informada, sobre su nacimiento. Es de especial importancia la educación antes del nacimiento, momento ideal para informar y enseñar acerca de las diferentes técnicas, incluyendo la información a la pareja/acompañante y su participación en el proceso.

Parte de un correcto manejo del dolor es contar con un lugar adecuado para el nacimiento que brinde tranquilidad, privacidad, espacio para la movilidad, lugar para descanso y que, en lo posible, permita la utilización del agua como herramienta para el alivio del dolor.

Algunos estudios han demostrado que las salas de nacer que se parecen al hogar se relacionan con menor necesidad de analgesia y un pequeño aumento en el número de partos vaginales comparado con salas comunes de parto.

El acompañamiento continuo por alguna persona que la mujer elija, y que sea de su confianza, se vinculó con menores tasas de necesidad de analgesia y de ansiedad.

Los diferentes métodos no farmacológicos para el alivio del dolor están dirigidos no solo a disminuir el dolor físico sino que se dirigen a tomar en cuenta elementos pscioemocionales y espirituales. El objetivo no es eliminar el dolor sino dejarlo dentro de los límites manejables; el énfasis está en afrontar exitosamente el dolor. (60)

Para esto se cuenta con un amplio espectro de herramientas que van desde técnicas sencillas de respiración, el acompañamiento continuo y el trato empático hasta técnicas algo más complejas que requieren la participación de otros agentes capacitados como son la acupuntura o el yoga.

La libertad de movimiento ha demostrado mejorar el confort de la mujer en el trabajo de parto y disminuir el dolor mediante el cambio de posiciones sin aumentar los riesgos del trabajo de parto. El uso de esferodinamia se ha visto asociado a mejoría del dolor vinculado a la mayor relajación en la columna y la pelvis y a la posibilidad del autocontrol en el manejo de la movilidad.

Los masajes en el período dilatante han demostrado disminuir el dolor así como la acupresión ha demostrado disminuir el tiempo de duración del trabajo de parto y aumentar las chances de parto vaginal.

Otras herramientas son la aplicación de frío o calor en la zona lumbar baja, la utilización del agua en duchas o baños que reducen el dolor, ayudan a la relajación y a afrontar mejor el trabajo de parto con mayor satisfacción. (57)

El efecto de la música y audioanalgesia ha sido evaluado mediante estudios de mala calidad pero que demuestren su efectividad con un bajo nivel de evidencia, asociándose a la mejora en los niveles de ansiedad y son técnicas que no presentan contraindicaciones ni efectos negativos. (60)

Las técnicas como acupuntura, yoga, inyección con agua estéril, hipnosis, son herramientas que como ya mencionamos requieren un mayor entrenamiento y no se encuentran disponibles en forma generalizada. La evidencia en estas técnicas también es de mala calidad, sin embargo no han demostrado efectos adversos que contraindiquen su uso.

En suma, los métodos no farmacológicos tienen como beneficio poder combinar varios de ellos a la vez o en forma sucesiva, requieren poco o nulo entrenamiento en su mayoría, son de bajo costo, generalmente no presentan efectos adversos y casi todos son accesibles a toda la población, lo que permite un muy buen acceso a los mismos y deberían ofrecerse siempre como herramientas de primera línea para el manejo del dolor.

Sin embargo el dolor del trabajo de parto, cuando es descontrolado puede tener efectos deletéreos en la madre y/o recién nacido: hipertonía, hiperventilación (que origina alcalosis respiratoria con desviación a la izquierda de la curva de hemoglobina, provocando menor transferencia fetal de oxígeno), taquicardia y aumento de la presión arterial, aumento de hormonas de estrés (cortisol y ACTH).

Además, el dolor obstétrico no tratado puede aumentar la incidencia de depresión postparto. Más de la mitad de las mujeres lo define como un dolor severo o intolerable y en las primigestas el porcentaje es mayor.

Entendiendo que no existe otra circunstancia en la que se considere aceptable que una persona experimente dolor seve-

ro no tratado, es que se debe iniciar tratamiento farmacológico mediante intervenciones seguras bajo cuidado médico. (56)

Los métodos farmacológicos como la analgesia epidural, la utilización de opioides y la medicación inhalada son técnicas que requieren entrenamiento profesional, controles específicos durante su administración, son de mayor costo, pueden tener efectos secundarios y complicaciones por lo que debe discutirse con la mujer sus riesgos y beneficios. (55) Debemos tomar en cuenta que no siempre están disponibles para todas las mujeres dado que no se encuentra dentro de las prestaciones incluidas dentro del SNIS.

La analgesia epidural y la combinada, espinal-epidural han demostrado ser las técnicas más seguras en referencia a morbilidad materno-fetal y efectivas en cuanto al alivio del dolor y satisfacción materna. (59)

La sola solicitud materna es suficiente para la aplicación de analgesia neuroaxial para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

Existen contraindicaciones como la incapacidad absoluta de cooperación por parte de la paciente, coagulopatías, trombocitopenia, hipovolemia, infecciones en el sitio de punción, aumento de la presión intracraneana y no contar con personal con experticia y equipamiento para el tratamiento de las posibles complicaciones.

Además un catéter peridural funcionando correctamente constituye un elemento de seguridad en la atención del trabajo de parto ya que, en caso de requerir una operación cesárea, puede extenderse el bloqueo transformando rápidamente la analgesia en anestesia, minimizando los riesgos ocasionados por una anestesia general de urgencia. Esto determina el concepto de “analgesia segura = anestesia segura”. Ningún otro método analgésico cumple con esta premisa.

La misma se podrá aplicar en función del dolor y solicitud de la mujer, no existiendo evidencia que determine un aumento de la tasa de cesáreas vinculado a la aplicación temprana. Por lo tanto puede utilizarse en cualquier momento del trabajo de parto. No se encontraron diferencias en la duración de la primera etapa del trabajo de parto en pacientes con o sin analgesia, pero sí existe un pequeño aumento en la segunda etapa así como mayor tasa de parto vaginal instrumentado. (59)

Es importante remarcar que la analgesia epidural con protocolos actuales generalmente no produce bloqueo motor, lo que permite la deambulación materna y por tanto mayor confort y movilidad durante el trabajo de parto.

Las mujeres en trabajo de parto que requieren alivio del dolor no solo deben tener acceso a métodos invasivos como la epidural, que puede tener efectos secundarios, sino también a otros métodos farmacológicos. (59)

Incluso en los centros con cobertura de anestesia obstétrica, a veces no se cuenta con disponibilidad para administrar una analgesia epidural.

La analgesia inhalada durante el trabajo de parto implica la inhalación autoadministrada de concentraciones subanestésicas del óxido nitroso mientras la paciente permanece despierta y sus reflejos laríngeos intactos. La mayoría de los agentes son fáciles de administrar, y comienzan a actuar en menos de un minuto con rápida recuperación después de suspender el suministro.

Una revisión sistemática de 26 ECAS y 2.959 mujeres (61) encontró que la analgesia inhalada puede ayudar a aliviar el dolor del trabajo de parto, sin aumentar las tasas de parto quirúrgico (fórceps, *vacum* ni cesárea) ni afectar el bienestar neonatal.

El óxido nitroso se administra como una mezcla de gas inhalable que contiene 50 % de oxígeno y 50 % de óxido nitroso.

El mecanismo por el cual se produce analgesia no está totalmente aclarado, pero se piensa que incluye la liberación de endorfinas endógenas, corticotropina y dopamina desde el cerebro y médula espinal. Las pacientes siguen sintiendo dolor, pero el gas les otorga cierto control sobre él, que habitualmente hace que no necesiten otros medios anestésicos. La técnica de inhalación es intermitente: debe iniciarse inmediatamente al momento de ser percibida una contracción uterina. La mascarilla de inhalación o boquilla de aspiración debe ser retirada entre contracciones y respirar normalmente. El óxido nitroso no afecta al feto o la lactancia, es fácil de administrar, tiene una latencia y término de efecto cortos y no deprime la contractilidad uterina. No tiene contraindicaciones médicas formales, excepto en situaciones clínicas especiales. Se utiliza de manera habitual en países como Canadá, Inglaterra, Finlandia, Suecia y Australia, en aproximadamente el 50 % de los nacimientos.

Con respecto a los opioides parenterales no hay evidencia que demuestre que los opiáceos parenterales como fentanilo, diamorfina y petidina (Demerol®) sean más efectivos que el placebo u otras intervenciones para el tratamiento del dolor en el trabajo de parto. (61)

Además cuando se lo compara con la analgesia epidural, los opioides asocian una mayor incidencia de depresión respiratoria, mayor necesidad de reanimación neonatal por depresión respiratoria, más prurito y más mareos, náuseas y vómitos. (55)

Sin embargo, la OMS en sus recomendaciones (47) los cita como una opción terapéutica ya que en caso de que la mujer se encuentre muy dolorida y no contar con analgesia farmacológica eficaz del parto, podría eventualmente beneficiarse con el uso de opioides. Se debe contar con naloxona en la institución para el uso seguro de los opiáceos, disponible para el tratamiento de una eventual depresión respiratoria.

Las intervenciones farmacológicas no son excluyentes de un parto humanizado, siempre que la mujer la solicite y no se convierta en una nueva rutina impuesta durante el trabajo de parto.

Humanización de la asistencia en la cesárea

Muchas mujeres que atraviesan un nacimiento mediante cesárea tienden a tener una experiencia menos satisfactoria que las mujeres que experimentan un parto vaginal.

En estos nacimientos suele verse interrumpido el acompañamiento, hay menor contacto entre la madre y el recién nacido, muchas veces con separaciones excesivas, retraso en la instalación de la lactancia materna y a mediano plazo mayor tasa de depresión posparto. (62)

El manejo de la cesárea centrado en la mujer se basa en lograr realizar los procedimientos aconsejados para la asistencia humanizada del parto durante la cesárea siempre que la situación de la madre y feto/recién nacido lo permitan.

Esto incluye el acompañamiento de la mujer en todo momento que sea posible, con lo que disminuye la angustia y el estrés vivido por la mujer, la posibilidad de ver el nacimiento de su hijo, el contacto piel a piel durante la cesárea, la ligadura oportuna de cordón umbilical y la instauración precoz de la lactancia. (63)

Para llevar a cabo estas recomendaciones se requiere de un cambio de actitud en todo el equipo de salud que incluye más profesionales que en la asistencia del parto vaginal, como es el anestesista, el instrumentista y el equipo de enfermería de block quirúrgico. También requiere la adecuación del espacio físico para la permanencia del acompañante y lograr la estadía conjunta de madre, recién nacido y acompañante durante la recuperación anestésica.

A modo práctico, algunas de las intervenciones que pueden realizarse en vistas a humanizar la asistencia de la cesárea son:

- Permitir el acompañamiento de la mujer todo el tiempo que sea posible
- Colocar la vía venosa periférica en la mano no hábil de la embarazada
- Colocar la sonda vesical luego de realizada la anestesia regional, disminuyendo las molestias vinculadas a su colocación
- Realizar la monitorización cardíaca materna en el dorso de la mujer evitando ocupar el torso donde se colocará al recién nacido
- Colocar el saturómetro de pulso en el pie en lugar de la mano
- Permitir libertad de movimiento en los miembros superiores para que luego del nacimiento la mujer pueda sostener al recién nacido. (Evitar sujetar los antebrazos a tablas laterales.)
- No utilizar arco para el sostén de los campos quirúrgicos superiores, sino apoyarlos sobre el torso de la mujer de manera que pueda visualizar el nacimiento. Para ello, podrá levantarse la cabecera de la mesa de operaciones o una persona (enfermero, anestesista, etc.) podrá ayudar a levantar la cabeza de la madre
- Una vez nacido y corroborada la vitalidad del recién nacido el pediatra/neonatólogo podrá recepcionarlo desde la cabeza de la madre para poder colocarlo piel a piel en posición prona, cubierto por un campo seco y caliente para evitar el enfriamiento del recién nacido
- Podrá realizase el clampeo oportuno del cordón, permitiendo una mejor transición respiratoria
- El recién nacido podrá permanecer en el pecho materno favoreciendo el inicio de la lactancia materna siempre que la situación lo permita

- El recién nacido podrá pasar con el acompañante durante el tiempo que la madre no se encuentre en condiciones de tenerlo y luego podrán permanecer juntos en la sala de recuperación anestésica.

Parto en domicilio

En el mundo desarrollado el parto domiciliario planificado no es muy frecuente, presentando una prevalencia entre el 0,1% y el 3,3% en países como Suecia o Nueva Zelanda, siendo el país históricamente con mayor prevalencia los Países Bajos con 13% actualmente, presentando un descenso año a año en las últimas décadas (75% en el año 1953).

En Uruguay el parto domiciliario se encuentra por debajo del 0,5% (0,36% en el año 2018), no pudiendo discriminarse si estos partos en domicilio fueron planificados para que así lo fueran o si ocurrieron por otras causas como dificultad de acceso al sistema de salud, rapidez del trabajo de parto y nacimiento, etc.

Ya que muchas veces la planificación de un parto en casa se vincula al miedo a complicaciones derivadas de intervenciones médicas o por miedo en base a experiencias negativas previas de partos hospitalarios, siempre se debe evaluar cuáles son las causas que llevan a una mujer a decidir parir en casa, ya que muchas de estas causas podrían corregirse en base a una asistencia humanizada de los nacimientos a nivel institucional.

Por ser un tema central en la consideración social y hasta política, se entiende necesario un minucioso análisis de las evidencias disponibles a propósito de los riesgos perinatales del parto domiciliario, sobre todo lo que se refiere a la morbimortalidad neonatal en los partos domiclilarios. En un metaanálisis de 2010, de 12 estudios de países occidentales que evalúan los resultados maternos y neonatales asociados con más de 342.000 nacimientos en domicilio y más de 207.000 nacimientos hospitalarios, el parto en domicilio se asoció con menores tasas de intervenciones, reducción de la morbilidad materna y niveles comparables de muertes perinatales, pero con una mayor tasa de mortalidad neonatal. (64)

Otro metaanálisis más reciente, publicado en 2019 (65), con 14 estudios incluidos y 500.000 nacimientos planificados en domicilio muestra que las mujeres nulíparas que tuvieron la intención de tener un parto en domicilio en entornos donde las parteras

que asisten el nacimiento estaban bien integradas a los servicios de salud, el OR de mortalidad perinatal o neonatal en comparación con las que planificaron un parto hospitalario fue de 1,07 (IC 95 %: 0,70-1,65); y en entornos donde las parteras estaban menos integradas a los hospitales de referencia, el OR para muerte neonatal fue 3,17 (IC del 95 %: 0,73-13,76).

Entre las multíparas que planificaron un parto en domicilio en entornos donde las parteras estaban bien integradas a los hospitales de referencia, en comparación con las que planificaban tener un parto hospitalario, el OR estimado fue de 1,08 (IC del 95 %: 0,84 a 1,38); y en entornos menos integrados, el OR fue de 1,58 (IC del 95 %: 0,50-5,03).

Si bien los autores concluyen que "El riesgo de mortalidad perinatal o neonatal no fue diferente cuando el parto fue domiciliario", en realidad, lo que muestran los resultados es que en entornos donde las parteras no están bien integradas o los traslados no son sencillos de coordinar con el centro de referencia, la mortalidad neonatal podría llegar a ser 3 veces mayor en domicilio que en el hospital para las nulíparas y 58 % mayor para las multíparas. La no significancia estadística no implica que no haya diferencias entre los dos grupos en cuanto a mortalidad neonatal, sino que simplemente las diferencias no se han podido demostrar y que para poder hacerlo se requiere mayor tamaño muestral.

Otro estudio publicado en 2020, (66) basado en los registros de nacimientos y defunciones infantiles ocurridos en Estados Unidos durante el período 2010 a 2017, evaluó la mortalidad neonatal (muerte de 0 a 27 días después del nacimiento) para recién nacidos de término (37 semanas), con peso normal (> 2499 g) comparando partos planificados en el hogar vs partos hospitalarios, según 4 categorías de asistencia: 1) partos hospitalarios asistidos por parteras certificadas; 2) partos domiciliarios asistidos por parteras certificadas para asistencia en el hogar; 3) partos domiciliarios asistidos por otras parteras (sin la certificación); 4) partos domiciliarios asistidos por otros asistentes no identificados. Se registraron 195.026 nacimientos en domicilio y 2.280.044 partos hospitalarios asistidos por parteras en Estados Unidos en ese período. En total, 177.156 (87 %) de los nacimientos domiciliarios fueron partos planificados. Los 17.870 (9,2 %) que fueron no intencionales o no planificados se excluyeron del estudio.

Los nacimientos planificados en el hogar atendidos por parteras certificadas o no certificadas, tuvieron un riesgo de mortalidad neonatal absoluta y relativa significativamente mayor en comparación con los nacimientos hospitalarios, OR 4,19 IC 95%: 3,62-4,84) (P < .0001) (Tabla 1). Estas diferencias aumentaron aún más cuando los pacientes se estratificaron por factores de riesgo conocidos. Los autores concluyen que el domicilio es un lugar menos seguro para parir que el hospital, independientemente de la experiencia de quien lo asista. La experiencia de la partera no redujo el incremento absoluto ni relativo de la mortalidad neonatal observada en los partos domiciliarios comparados con el parto institucional, motivo por el cual, como se dijo antes, el nacimiento seguro es humanizado e institucional.

Tabla 1. Riesgos absolutos y relativos de Mortalidad Neonatal según la planificación del lugar y del tipo de asistente para el nacimiento.

Lugar y asistente	Mortalidad neonatal por 10.000 nacidos vivos (n/todos)	OR (95% IC)	Valor P
Hospital con partera	3,27 (745/2.280,044)	1	<0,0001
Parto planificado en domicilio con partera certificada	9,84 (48/50,658)	2,90 (2,17-3,89)	<0,0001
Parto planificado en domicilio con otra partera	12,44 (111/89,247)	3,81 (3,12-4,65)	<0,0001
Parto planificado en domicilio con otra persona	22,28 (83/37,251)	6,83 (5,44-8,57)	<0,0001
Todos los partos planificados en domicilio	13,66 (242/177,156)	4,19 (3,62-4,84)	<0,0001

Comparación entre asistente en partos planificados en domicilio:
Parto planificado en domicilio con partera certificada OR, 1
Parto planificado en domicilio con otra partera OR, 1,31 (IC 95%, 0,93-1,84) *P* = 0,11
Parto planificado en domicilio con otra persona OR, 2,35 (1,65-3,36) *P* < 0,0001
IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

Extraído y traducido de Grünebaum *et al. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus home) rather than the type of birth attendant. Am J Obstet Gynecol 2020.*

Epigenética y microbiota al nacimiento

El cuerpo humano es el hábitat de microorganismos (bacterias, virus, protozoarios y hongos), en diferentes órganos como el sistema gastrointestinal, la piel, el sistema respiratorio y la vagina, y se utiliza el término microbiota para referirse a este ecosistema. Es tal el número de estos gérmenes y el impacto que provocan en la salud del ser humano, que recientemente, se denomina "holobionte" a la conjunción del componente mamífero del ser humano más el componente de la microbiota. Cuando este se ve afectado se conoce como disbiosis, y estos cambios llevan a un desequilibrio entre los microorganismos con aumento de los patógenos oportunistas y especies pro inflamatorias; estas situaciones se han asociado con desencadenar un ambiente fetal desfavorable. Esta disbiosis puede ser consecuencia de diferentes situaciones socioambientales como alimentos ultraprocesados y el uso indiscriminado de antibióticos. (67 a 70)

La colonización de la piel fetal y el tracto gastrointestinal comienza en el útero, influenciada por la microbiota materna. La microbiota fetal se verá también influida por la vía de nacimiento. Diversos estudios han demostrado cómo la colonización neonatal difiere entre aquellos nacidos por parto vaginal y los nacidos no por parto vaginal. Estas diferencias halladas en las microbiotas neonatales se han asociado a ciertas condiciones vinculadas más frecuentemente al nacimiento por cesárea como alergias, y enfermedades metabólicas. (71)

Destacando la importancia del contacto neonatal con la flora vaginal materna como un factor para mejorar resultados a corto, mediano y largo plazo, ha surgido la hipótesis de posibles beneficios de transferir flora vaginal a aquellos niños nacidos por cesárea, conociéndose este procedimiento como "siembra vaginal" de su traducción del inglés (*vaginal seeding*). Esta técnica es aún debatida. La controversia sobre la recomendación de la siembra vaginal surge en dos puntos principales: el primero, los factores confundentes en la evidencia de los beneficios de la flora vaginal en los resultados neonatales; y, por otro lado, los posibles riesgos de esta técnica. En relación al primer punto, si bien con el aumento dramático de los nacimientos por cesárea a nivel mundial la asociación con patologías sobre todo inmunes es notoria, no puede atribuirse este efecto solo a la ausencia del contacto con la microbiota vaginal. Podríamos describir en esta asociación múltiples factores confundentes, el peso que tienen

en la evolución posterior de los recién nacidos las situaciones médicas que fueron indicación de la cesárea, así como el casi uso universal de antibióticos en la cesárea. Otro factor confundente podría ser el hecho de que en la cesárea no se manifiesta el perfil hormonal materno-fetal del estrés del parto, lo que implicaría directamente en el desarrollo del sistema inmune neonatal. Sumado a que existen otras situaciones favorecedoras de un buen desarrollo inmune como el contacto piel a piel inmediato o la alimentación mediante lactancia materna. En cuanto a los posibles riesgos de la técnica, para no hacer iatrogenia, deberíamos estar seguros de que la flora vaginal materna es la habitual y no estamos frente a una disbiosis, si bien es cierto que de nacer por parto ese niño se vería expuesto a dicha situación pero no resultaría ético que el contagio fuera producto de una intervención médica, incluso en este aspecto se han reportado casos de contaminación con herpes genital debido a este proceso. (72)

Como profesionales más allá del debate sobre esta técnica específica, debemos tener presente el rol indiscutido de la microbiota materna en el futuro del neonato y de tratar de preservar su equilibrio, y educar para disminuir aquellos factores que originan una disbiosis. Algunos autores también recomiendan incorporar el concepto de la microbiota en los resultados neonatales en los consentimientos informados, por ejemplo de la cesárea, como un posible riesgo de dicha intervención debido a la ausencia del contacto con la flora vaginal y sus posibles beneficios. El profesional también debe mantenerse informado sobre la evidencia en este tema, no olvidando la importancia de empoderar a la mujer; incluso, frente a la solicitud de una paciente de la técnica de siembra vaginal, debe ser capaz de asesorar sobre los posibles beneficios y los eventuales riesgos. Podría incluso, en caso de aceptar la misma, asegurarse de descartar una disbiosis vaginal de forma previa.

VII. ATENCIÓN EN EL PUERPERIO

El continuo en la asistencia del proceso de nacimiento incluye la etapa pos nacimiento o puerperal. En esta etapa es necesario darle continuidad al acompañamiento de esta mujer, centrándonos en la prevención de complicaciones puerperales y en el apoyo a la lactancia materna. Durante el posparto las mujeres pueden vivenciar cambios emocionales. Es bien sabido que esta es una etapa de vulnerabilidad en la que los riesgos de padecer

algún trastorno del humor aumenta, siendo la depresión posparto la más común, con una incidencia de entre el 10 y el 15 % (73). Sin embargo, la gran mayoría de la mujeres, entre el 50 y el 80 %, transitan por lo que se conoce como *baby blues*. (74)

Existen múltiples beneficios de lograr una lactancia materna exitosa tanto para la madre como para el recién nacido-niño. Sin embargo, determinados factores pueden repercutir en el fracaso de la misma como puede ser estrés psicológico, antecedentes de depresión, una experiencia de parto traumático, entre otros. Es por ello que resulta de vital importancia el apoyo de profesionales de la salud sobre todo en el inicio de la lactancia. Los talleres de preparación para el nacimiento tienden a ser un factor protector para el mantenimiento de la misma. (75)

Los beneficios tanto para la madre como para el niño son más que sabidos. Los más inmediatos son los relacionados a la madre, con una más efectiva contractilidad uterina y más rápida disminución del sangrado puerperal. También se asocia con una posible protección del estado de ánimo materno, mejorando el apego con el recién nacido y disminuyendo la incidencia de la depresión posparto.

Los beneficios del niño son más a mediano y largo plazo, previniendo cuadros de la esfera respiratoria, gastrointestinal, mejora en el desarrollo motor del recién nacido, menor probabilidad de obesidad y diabetes y muerte súbita del lactante.

Una lactancia exitosa también se vincula a mayores índices de amenorrea y mayor espaciamiento entre embarazos así como a largo plazo se vincula con menores índices de cáncer de mama, ovario y diabetes mellitus tipo 2.

Esta es una buena instancia para la educación en salud de la familia, planificar en caso que corresponda el reintegro laboral, planificar un adecuado método anticonceptivo que le permita planificar a futuro cuándo volver a embarazarse, si así lo desea.

VIII. SITUACIONES ESPECIALES QUE REQUIEREN ABORDAJES DIFERENCIALES

MALFORMACIONES Y PATOLOGÍAS FETALES

El diagnóstico de malformaciones fetales es siempre una noticia inesperada que debe ser manejada con capacidad técnica y empatía humana.

Es imprescindible el conocimiento profesional para evaluar las diferentes malformaciones fetales, su diagnóstico, etiología, tratamiento y pronóstico.

Concomitantemente la gestante tiene el derecho de conocer de antemano los posibles tratamientos a los que pueda ser sometido su bebé, así como conocer el pronóstico de cada una de las patologías. (76)

Un punto clave es la definición de si la malformación es compatible o no con la vida extrauterina. Múltiples son las clasificaciones, se adopta la definición de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (77)

- **Anomalía fetal incompatible con la vida.** Se entiende por tal "aquellas anomalías que previsiblemente/habitualmente se asocian con la muerte del feto o del recién nacido durante el periodo neonatal, aunque en condiciones excepcionales la supervivencia pueda ser mayor".
- **Enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico.** Se entiende por tal "aquellas situaciones con una alta probabilidad de mortalidad durante el período fetal o tras el nacimiento y/o que previsiblemente se asocien con un tiempo de supervivencia corto y/o con un desarrollo neurológico profundamente deficiente y/o con una probabilidad de dependencia extrema y persistente para el desarrollo de su vida posnatal".

En estos casos, la interrupción del embarazo, cuando tiene indicación médica, debe involucrar siempre la opinión de la mujer por intermedio del consentimiento informado más la solicitud de la paciente.

Hasta la semana 24 de gestación la mujer podrá solicitar la interrupción por malformación fetal con el informe escrito favorable de dos médicos especialistas que no intervengan directa-

mente en la interrupción. Concomitantemente se comunicará al MSP.

De semana 25 de gestación en adelante sólo el Equipo Multidisciplinario de Expertos podrá autorizar la interrupción mediante la confección de un informe escrito. Concomitantemente se comunicará al MSP.

Los Servicios de Salud deberán garantizar este derecho tanto en hospitales como en centros privados de asistencia de todo el país para lograr, de acuerdo a los principios del SNIS, la equidad en el acceso a la asistencia correcta de las mujeres en esta situación, independientemente de su condición socioeconómica-cultural, edad y lugar de residencia.

En todos los casos se debe garantizar el acceso universal a la información, a los servicios y programas de salud.

CESÁREA SIN INDICACIÓN MÉDICA

Una de las problemáticas que se presentan hoy en día a nivel mundial y en nuestro país en particular es el creciente aumento en el número de cesáreas.

Para ello es fundamental que el clínico ahonde en las causas por las cuales la embarazada solicita la cesárea como vía de finalización de su embarazo, y dejar constancia de la misma en el consentimiento informado. (78, 79)

Experiencias de vida críticas como traumas previos, violencia, malos resultados obstétricos en embarazos previos, ansiedad en torno a la experiencia del trabajo de parto y parto, sensación de riesgo de lesiones perineales y sus consecuencias a largo plazo, conveniencia de un nacimiento planificado y necesidad de mantener el control de la situación pueden estar detrás de la solicitud de cesárea.

El miedo al dolor asociado al trabajo de parto también se asocia a esta solicitud. En estos casos debe discutirse con la embarazada las herramientas para el alivio del dolor y la posibilidad de recibir analgesia para el parto, además de trabajar en la educación prenatal y el apoyo emocional para superar estos obstáculos hacia la vivencia de un embarazo y nacimiento normales. Estos aspectos deben abordarse en el transcurso del embarazo y no en la inminencia del nacimiento, ya que el miedo, o las experiencias previas negativas deben tener un abordaje integral

para poder llegar a lograr cambios en la conducta y lograr que la mujer pueda enfrentarse al nuevo escenario de la posibilidad de un parto vaginal. Para abordar esta temática es recomendable la implementación de policlínicas multidisciplinarias de lo que se denomina “tokofobia”.

Los juicios basados en el principio de beneficencia/no maleficencia determinan en los profesionales la responsabilidad de minimizar daños y optimizar beneficios, lo que favorece el parto vaginal sobre la cesárea electiva, dado que no existe evidencia que justifique que exista un beneficio de la cesárea por sobre el parto vaginal en ausencia de otras indicaciones.

Por otra parte, ofrecer o realizar una cesárea electiva no es consistente con las consideraciones basadas en la justicia, ya que en este aspecto evaluamos la optimización de recursos que también se encuentra a favor del parto vaginal.

Tampoco se considera que exista evidencia que obligue en base a la autonomía ofrecer la cesárea electiva en forma espontánea, pero los médicos deberían responder a los requerimientos de la paciente que plantea la realización de este procedimiento, con una completa información y solicitar su reconsideración luego de presentada la misma, asegurándose de que su autonomía está siendo ejercitada libremente, sin ningún tipo de coacción. (78) La ignorancia y los prejuicios son una de las vías más comunes para tomar decisiones incorrectas y no conscientes.

Cuando una mujer desea una cesárea como modo de nacimiento, el equipo de salud debe determinar los riesgos específicos como edad, IMC, confiabilidad en la edad gestacional, planes reproductivos, valores personales y contexto cultural. (80)

INDUCCIÓN DEL PARTO

La inducción del parto se define como la serie de procedimientos que buscan de manera artificial iniciar, hacer progresar y finalmente producir, el trabajo de parto y parto.

Ésta se debe dar en el contexto de la decisión de la conducta obstétrica, la oportunidad y la vía para el nacimiento. Así, está indicada formalmente cuando se toma la conducta de interrupción del embarazo y se define la vía vaginal como vía de elección.

Tomando en cuenta los riesgos inherentes de la propia inducción, es clave concluir que los beneficios de finalizar la gesta-

ción para la madre y/o para el feto superan los riesgos potenciales de continuar el embarazo y justifican la morbilidad inherente a la inducción misma.

Resumen de recomendaciones sobre la inducción del trabajo de parto (figura 4).

- La inducción con oxitocina se deberá realizar en mujeres con cuello maduro (puntaje de Bishop de 6 o más).
- Preparar la infusión con:
  - Suero fisiológico o lactato Ringer (no usar suero glucosado al 5%).
  - 5 UI de oxitocina en 500 ml de suero.
- Iniciar perfusión con dosis de 1 a 2 mu/min (2 a 4 gotas/min o 6-12 ml/h).
- Incrementar 1 a 2 mu/min cada 30 minutos hasta obtener respuesta.
- No sobrepasar la dosis de 16 mu/min (32 gotas/min o 96 ml/h).
- Reducir la infusión de oxitocina a la mitad una vez alcanzada una dilatación cervical de 5 cm o más.
- Cuando la paciente llega a la fase activa se recomienda la suspensión de la inducción.
- Monitorización electrónica fetal continúa durante la inducción del trabajo de parto.

Figura 4. Esquema del Algoritmo del manejo de la inducción del parto.

Se plantea el fracaso de la inducción cuando no se consigue la evolución a la fase activa del trabajo de parto luego de 24 horas de inducción con oxitocina con membranas rotas y con dinámica adecuada.

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO INTRAPARTO

Uno de los objetivos centrales de la atención del trabajo de parto y parto es la prevención, el diagnostico precoz y el tratamiento oportuno del SFA.

La imposibilidad de predecirlo, con anterioridad al inicio del proceso del parto, a pesar de su bajísima frecuencia, es el elemento prínceps que sustenta el planteo científico de la necesidad de valorar la salud fetal en el trabajo de parto.

El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es una entidad caracterizada por un disturbio metabólico complejo con instalación pro-

gresiva, generalmente en minutos, de hipoxemia (disminución crítica de la oxigenación sanguínea que lleva a una disminución de la saturación de HbO_2), hipoxia (manifestada por una caída en la tensión de O_2 de los tejidos periféricos) y asfixia (afección hipóxica de los parénquimas nobles –cerebro, corazón y glándulas suprarrenales–, desarrollando una acidosis mixta, primero respiratoria (por aumento de PCO_2) y luego metabólica (por aumento de exceso de base). Esta grave afección dejada evolucionar provoca graves lesiones e incluso la muerte. (81)

El SFA constituye una de las principales causas de morbimortalidad neonatal a nivel internacional y nacional. Dado las connotaciones del término para la madre y la familia en el momento del parto, razones médico legales y el muy bajo valor predictivo positivo del diagnóstico basado en el monitoreo electrónico de la FCF, se recomienda la utilización del término "sospecha de hipoxia fetal intraparto" cuando se hace diagnóstico de probabilidad de SFA.

La disminución en el intercambio de oxígeno materno-fetal puede ser de origen materno, placentario o fetal. Se pueden clasificar en 3 modelos, las diferentes causas que llevan a SFA, tomando en cuenta la instalación de la hipoxia intraparto y la vulnerabilidad de feto a la hipoxia. (Figura 5.)

1. Modelo de Accidentes materno-fetales: en este modelo, la hipoxia se produce de manera muy aguda y muy grave, ya que ocurre un súbito descenso de la oxigenación al feto, que puede llegar a ser total. Ejemplos de esto Materna: hipotensión severa, *shock* hipovolémico en anemia aguda (por ejemplo por placenta previa sangrante o rotura uterina), *shock* de otro tipo; Útero placentarias: básicamente el DPPNI y la rotura uterina; por ultimo Cordón umbilical: procidencia de cordón.

   Los patrones del monitoreo electrónico de la FCF son en general muy claros para el diagnóstico, en el contexto de cuadros clínicos más o menos evidentes.
2. Modelo de Injuria fetal anteparto: este modelo se encuentra cuando el feto llega al trabajo de parto con una pobre reserva respiratoria por patologías y o condiciones diversas como son la restricción de crecimiento intrauterino, las infecciones connatales, las malformaciones, el embarazo de postérmino.

Es importante recalcar que los patrones de MEFCF en estos casos pueden ser proteiformes ya que los fetos ya tienen afectada la respuesta cardiovascular a un nivel de hipoxia crónica por lo cual, en estos casos, se debe ser particularmente sagaz para la realización del diagnóstico.

3. Modelo de Descompensación Intraparto: este modelo responde a la disminución, en general paulatina, de la diástole uterina por aumento patológico de la tensión en el útero, bien por aumento de la intensidad de las contracciones, pudiendo llegar a la hipertonía o bien por aumento de la frecuencia de las mismas, caso de la polisistolía. En cualquier caso, el resultado es la disminución del intercambio materno fetal.

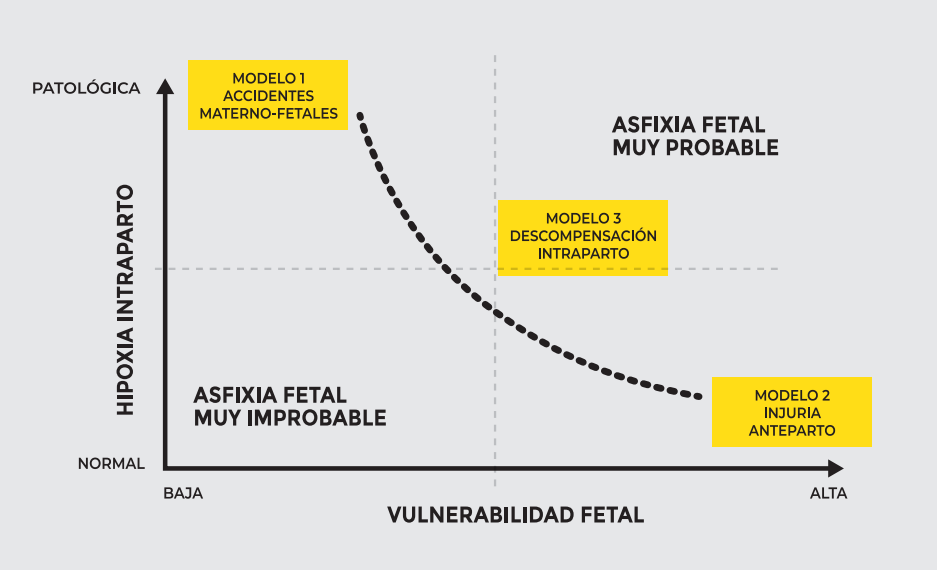


Figura 5. Diferentes modelos de hipoxia fetal intraparto.

El diagnóstico de SFA es de presunción clínica por la alteración de la frecuencia cardíaca fetal, de probabilidad paraclínica por la presencia de alteraciones ostensibles de la monitorización electrónica de la FCF y de certeza neonatal mediante la obtención de un recién nacido con asfixia neonatal. Por lo tanto, ante el diagnóstico de probabilidad deben ponerse en marcha rápidamente medidas terapéuticas.

Los patrones del monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal indican, con un bajo, lamentablemente muy bajo, valor predictivo positivo, el riesgo de SFA. El patrón patológico o anormal y el patrón de estasis del espacio intervelloso en particular, presentan asociación con hipoxia fetal.

Hecho el diagnóstico, de acuerdo a los diferentes modelos presentados se actuará de manera distinta:

- Accidentes útero-placento-fetales. Indicación: interrupción de emergencia, en general por cesárea de emergencia.
- Descompensación fetal durante el trabajo de parto. Indicación: "Reanimación fetal intrauterina" e interrupción de urgencia. (82)

La reanimación fetal intrauterina (RIU), consiste en una serie de medidas que buscan mejorar el intercambio materno fetal transplacentario, para lo cual se debe mejorar la situación de la tensión arterial en las arterias uterinas y disminuir la tensión uterina para mejorar la diástole del órgano. Las medidas recomendadas son:

- Lateralización materna: El decúbito lateral maximiza el gasto cardíaco materno y la oxigenación fetal, pudiendo mejorar las alteraciones de la FCF. La lateralización materna debe ser mayor a 15° para lograr reducir la compresión aortocava, (efecto Poseiro) que aumenta durante la contracción uterina.
- Uteroinhibición mediante Tocólisis. Debemos tener en cuenta que la actividad uterina excesiva es la causa más frecuente de hipoxia fetal y acidosis y se manifiesta clínicamente o en el registro del MEFCF como una polisistolía. La polisistolía inducida farmacológicamente es una de las causas más frecuentes de hipoxia fetal intraparto, la que puede estar agravada en el período expulsivo por el pujo materno. En estos casos, debe inmediatamente suspenderse la administración de oxitócicos y/o retirarse las prostaglandinas de ser posible.

Es fundamental para establecer un manejo adecuado una comunicación personalizada, humana y científicamente validada sobre la probabilidad de que ocurran los hechos que se están analizando. Todas las acciones que se desarrollen deben ser comunicadas a la paciente en un ambiente de tranquilidad y respeto. Los resultados perinatales deben ser dados, en todos los casos, por integrantes del equipo obstétrico en conjunto con el equipo neonatal.

DESVÍNCULO RECIÉN NACIDO MADRE DE ORIGEN

Durante la vida reproductiva de las personas pueden darse distintos escenarios, lo que complejiza la situación. Se puede lograr un embarazo en el momento que una persona toma la decisión, pero también puede que, independientemente de la decisión, este embarazo demore en llegar, que nunca se logre, pero también que un embarazo se produzca sin haber tomado la decisión de quererlo en ese momento. Frente a esta última situación la mujer puede continuar con el embarazo y decidir criar a ese recién nacido, interrumpirlo o desvincularse del recién nacido luego del nacimiento.

Se entiende por desvínculo al *"proceso de delegación de la crianza del niño/a en otra persona, familia o institución, en aquellas situaciones en las que la mujer que cursa un embarazo no buscado –no aceptado no lo puede integrar a su vida actual por diferentes motivos"*– (83) Esta mujer llegará al nacimiento de ese/a niño/a habiendo transitado un embarazo que no aceptó y, en muchos casos, vivido desde la soledad, por lo que se encontrará en una situación de mucha vulnerabilidad. No se puede perder de vista que el contexto cultural en el que sucede todo esto es el de la maternidad idealizada, por lo que además, deberá soportar el rechazo por parte de la sociedad.

Si bien existen protocolos y pautas de atención a mujeres que transitan esta situación, existe aún hoy falta de información y desconocimiento con respecto a la temática y al manejo de la misma. Esto lleva a que los derechos de estas mujeres puedan ser vulnerados y que la misma no cuente con el apoyo profesional necesario durante su embarazo y que se acerque al sistema de salud, únicamente para el nacimiento. Es fundamental, también, hacer una reflexión sobre cómo son atendidas estas mujeres durante el trabajo de parto y nacimiento ya que existen alguna prácticas instaladas que van contra la autonomía de las mujer, como forzar el apego para evitar el desvínculo. (83) Se debe trabajar con los equipos de salud en la sensibilización de estas situaciones para que las mujeres transitando las mismas se sientan contenidas.

MANEJO EN EL LÍMITE DE LA VIABILIDAD Y CUIDADOS PALIATIVOS NEONATALES

Clásicamente se define el nacimiento en la periviabilidad como aquel que se produce entre las semanas 20 y 25 + 6 días de edad gestacional, siendo un período de pobres resultados neonatales, si bien en las últimas décadas esta realidad ha ido cambiando para algunas franjas de edad gestacional dentro de esta etapa. (84)

En nuestro medio la zona de periviavilidad se encuentra corrida. Si consideramos la edad gestacional en la cual la mortalidad supera la sobrevida en nuestro centro, se fija en las semanas 25 y 26. En los últimos tres años la sobrevida en estas edades gestacionales se sitúa en el 50 %. A las 23-24 semanas la sobrevida está en el 20 % en los años 2017 y 2018 y en el 30 % en 2019. Debido a las dificultades en algunos embarazos para determinar fehacientemente a edad gestacional, utilizamos el peso al nacer como parámetro y éste ronda, en la maternidad de referencia nacional del Hospital de la Mujer, los 750 g de peso fetal estimado Estos datos son similares a los reportados por la red Neocosur. (85)

El factor común para estos nacimientos es la altísima tasa de mortalidad, y dentro de los sobrevivientes, el alto porcentaje de niños con morbilidad y discapacidad moderada y severa a mediano y largo plazo.

Esto último obliga a plantearnos si realmente los esfuerzos terapéuticos para salvaguardar la vida de estos recién nacidos tiene lugar, a cambio de múltiples intervenciones sin lograr un resultado favorable o determinando importantes secuelas que pueden afectar su calidad de vida.

Para ello es indispensable conocer los resultados de mortalidad y discapacidad en este subgrupo de recién nacidos, siendo la evidencia actual acotada dada la falta de estudios clínicos aleatorizados, la diversidad de intervenciones realizadas en diferentes centros a estas madres y recién nacidos y la dificultad en el seguimiento a largo plazo para determinar las secuelas y calidad de vida de estos niños. (84, 86)

En términos generales podemos decir que dentro de este período de la periviablidad actualmente la evidencia demuestra que en las semanas 20 y 21 la sobrevida es nula, en las semanas 22 y 23 los resultados de sobrevida al alta de la unidad neonatal

son 6 % y 26 % respectivamente y en las semanas 24 y 25 la sobrevida ha mejorado notoriamente con cifras de 55 % y 72 %. (84, 87)

Pero no es menor que entre los sobrevivientes existe un alto porcentaje de morbilidad y discapacidad, que dependiendo en la edad gestacional al nacimiento podrá ser desde el 98-100 % a las 22-23 semanas, disminuyendo en cada semana de edad gestacional ganada al momento del nacimiento. Por ejemplo, el riesgo de alteración moderada a severa en el neurodesarrollo disminuye 6 % por cada semana ganada en edad gestacional. (84, 88, 89)

Para ello es fundamental que cada centro conozca sus propios datos relacionados a los nacimientos en la periviabilidad. Cuando esto no es posible, se sugiere que se manejen datos nacionales o regionales que reflejen la realidad local en cuanto a los resultados vinculados a estos nacimientos. (90)

La mayoría de las guías sugieren discutir con la embarazada (y su familia) hasta donde se quiere avanzar en intervenciones para la resucitación o bien optar por cuidados paliativos. (84, 86, 91 a 94)

Estos cuidados paliativos neonatales incluyen administración de calor, medidas de confort para disminuir el sufrimiento y dolor y la posibilidad de permanecer junto al recién nacido el tiempo que consideren necesario. El esfuerzo se centra por tanto en evitar tratamientos desproporcionados e inútiles, que producen dolor, disconfort y separan al niño de su familia. La adopción de cuidados paliativos supone la aceptación de la muerte como un fenómeno inevitable y, desde una perspectiva más cuidadora, se centra en el confort adecuado del paciente y en la atención a la familia. (95)

La implicación de los padres en la toma decisiones representa siempre una situación muy difícil y estresante para ellos. La decisión en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico se debe tomar de común acuerdo entre los padres y los profesionales, de manera que los padres no deben sentir que son los únicos responsables de la decisión.

Toda esta evaluación y asesoramiento debe realizarse en un ámbito de respeto y privacidad, siendo importante la escucha activa de las interrogantes que surjan desde la mujer y sus acompañantes, dando tiempo siempre que sea posible para la toma de decisiones.

IX. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La actual generación de profesionales tiene el imperativo histórico de sintetizar en su práctica clínica y praxis integral, los derechos con los avances del conocimiento científico y en base al postulado del parto humanizado e institucional, seguir avanzando en la construcción de un robusto sistema asistencial que promueva y garantice las decisiones conscientes de las mujeres en el relevante proceso reproductivo.

Se deben desarrollar cambios en:

- Incorporación de la currícula formativa de la humanización del nacimiento, integrando grupos docentes con las protagonistas asistenciales, las obstetras parteras junto a los/as ginecotocólogas.
- Desarrollar una propuesta para efectivizar una política pública que contenga aspectos relacionados sobre todo con el marco asistencial. De entre estos destacamos:
    - *Propuestas asistenciales:* implementación de nuevas prácticas:
        - Normatizar la promoción del plan de parto en el SNIS.
        - Normatizar el consentimiento informado en los casos de manejo activo del trabajo de parto (rotura artificial de membranas, inducción farmacológica del trabajo de parto, conducción del trabajo de parto con oxitocina, episiotomía, entre otras).
    - *Propuestas institucionales:*

        Campañas públicas que demuestren el riesgo de la operación cesárea en el presente y en futuros embarazos. Concomitantemente parece clave difundir los derechos de las pacientes y protección de profesionales.
        - Adaptación de herramientas específicas para la seguridad de los pacientes para personalizar la atención, y protocolos que permitan chequear la información entre los diferentes integrantes de los equipos de salud.
        - Desarrollar modelos que puedan promover la continuidad institucional, por ejemplo mediante la determinación de la responsabilidad individual con respecto a cada paciente, establecer herramientas para

Comunicación y cambio de equipos (ejemplo pase de guardia).

- Elaborar una propuesta nueva de retribución pensando en promover el equipo profesional mediante, por ejemplo, la retribución equivalente de parto y cesárea como una unidad “nacimiento”.
- Monitoreo y evaluación 360 grados e institucionalizar la “escucha” de usuarias y familia en el proceso del parto generando herramientas de evaluación de la calidad.

A la luz de la evidencia científica disponible en la actualidad y tomando en cuenta el desarrollo del sistema asistencial uruguayo, el parto seguro y de calidad implica la humanización institucionalizada del proceso del nacimiento. Se parte de la base que el derecho a decidir de la mujer embarazada y que la función del equipo profesional es, en primer lugar ayudar a decidir de la mejor manera, es decir de manera informada, libre y responsable; en segundo lugar acompañar calificada y humanamente el proceso del parto, teniendo la formación adecuada para adaptar sus prácticas a los requerimientos de la paciente; Por último, en tercer lugar, actuar competentemente cuando se necesario.

A modo de síntesis:

- El trabajo de parto y parto son procesos fisiológicos y no se deben realizar intervenciones a no ser que dichos procesos se desvíen de la normalidad.
- El trato debe ser humanizado entendiendo que la protagonista es la mujer y su familia.
- Apostar por el parto institucional y humanizado no confundiendo parto humanizado, con parto sin asistencia (parto natural) y mucho menos con el parto domiciliario, que implica mayores riesgos para el recién nacido.
- La preparación para el nacimiento es una oportunidad importante para brindar información teórica y herramientas prácticas para que la mujer y su pareja/acompañante transiten el trabajo de parto y nacimiento de forma más empoderada. Es importante que se diseñe el plan de parto para que la mujer pueda plantear sus preferencias y que sea abordado el manejo del dolor.

- Se debe poder contar con un espacio adecuado en el que se mantenga la privacidad de la mujer y su familia en todo el proceso de trabajo de parto y parto.
- Los equipos de salud tienen un rol fundamental como referentes en la atención de las mujeres y sus familias para lograr una experiencia positiva del nacimiento.
- Para lograr un cambio profundo es necesario el compromiso de cada actor en estas prácticas, pero para que estos cambios sean sostenibles es de gran importancia que los mismos se lleven a cabo, además, a nivel de las instituciones y del Sistema de Salud.

En la siguiente figura 6 se resume el modelo de atención del nacimiento planteado por la OMS para brindar una atención integral y de calidad a todas las mujeres.

Figura 6. Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Briozzo L, Tomasso G. editores. Protocolos clínicos en la Maternidad. Tomo 1: Atención integral, humanizada e institucional de la mujer en Trabajo de parto y Parto y del Recién nacido. Montevideo; 2018
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva de embarazo. Ginebra. OMS. 2016.
3. Taheri M, Amirhossien T, Taghizadeh Z, Jafari NySN. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and metaanalysis of prenatal and intrapartum interventions. Reprod Health. 2018; 15(1) 73.
4. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V. Respectful care during childbirth in health facilities globally: A qualitative evidence synthesis. BJOG. 2018; 125(8): p. 932–42.
5. O'Driscoll K, Stronge JM, Minogue M. Active Management of Labour. Br Med J. 1973 Jul 21; 3(5872): 135–137.
6. Caldeyro Barcia R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Conferencia Dictada en "Recientes adelantos en medicina perinatal"; Oct 1979; Tokio.
7. Organización Munidal de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra. OMS. 2018.
8. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás MD, Bas E, Morales R, Álvarez L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. Revista de Antropología Iberoamericana. 2012; 7(2): p. 225-247.
9. ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy Counseling. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1).
10. Wilkes J. AAFP Releases Position Paper on Preconception care. *Am Fam Physician*. 2016;94(6):508-510.
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Atención en el embarazo y puerperio. Andalucía. 2014.
12. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):CD007950. Published 2015 Dec 14.
13. Viswanathan M, Treiman KA, Kish-Doto J, Middleton JC, Coker-Schwimmer EJ, Nicholson WK. Folic Acid Supplementation for the Prevention of Neural Tube Defects: An Updated Evidence

Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(2):190-203.

14. Salazar M. Los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional. Mujeres, Derechos y Sociedad. 2013;18.
15. Ley 19.167 Reproducción Humana Asistida (RHA). Montevideo. 2013.
16. Tratamientos de la infertilidad humana mediante Técnicas de Reproducción Asistida de Alta Complejidad. Fondo Nacional de Recursos 2018 [Available from: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/tecnicas/n_reproduccion_alta.pdf.
17. Organización Mundial de la Salud. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Ginebra. OMS. 2003.
18. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer embarazada. Montevideo. MSP. 2007
19. Nicolaides K. Turning the pyramid of prenatal care. Fetal Diag Ther. 2011; 29(3): p. 183-96.
20. O'Gorman N, Nicolaides KH, Poon LC. The use of ultrasound and other markers for early detection of preeclampsia. *Womens Health (Lond)*. 2016;12(2):199-207.
21. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, *et al*. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017;377(7):613-622.
22. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2).
23. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, *et al*. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2010;116(2 Pt 1):402-414.
24. ACOG. Counseling About Genetic Testing and Communication of Genetic Test Results. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(4).
25. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones sobre prácticas y Actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Montevideo. MSP. 2018.
26. De Molina IyME. El plan de parto a debate: ¿qué sabemos de él? Matronas prof. 2010; 11(2): 53-7.
27. Mendez J. Estrés Laboral o "síndrome de burn out". Acta Pediatr Mex. 2004; 25(5):299-302.
28. Poudevigne MS, O'Connor P J. A review of physical activity patterns in pregnant women and their relationship to psychological health. *Sports Med*. 2006;36(1):19-38.

29. de Oliveria Melo AS, Silva JL, Tavares JS, Barros VO, Leite DF, Amorim MM. Effect of a physical exercise program during pregnancy on uteroplacental and fetal blood flow and fetal growth: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;120(2 Pt 1):302-310.
30. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;2006(3).
31. Dye TD, Knox KL Artal R, Aubry RH, Wojtowycz MA. Physical Activity, Obesity, and Diabetes in Pregnancy. Am J Epidemiol. 1997; 146: p. 961–5.
32. Cordero Y, Mottola MF, Vargas J, Blanco M, Barakat R. Exercise Is Associated with a Reduction in Gestational Diabetes Mellitus. *Med Sci Sports Exerc*. 2015;47(7):1328-1333.
33. Dempsey JC, Sorensen TK, Williams MA, *et al*. Prospective study of gestational diabetes mellitus risk in relation to maternal recreational physical activity before and during pregnancy. *Am J Epidemiol*. 2004;159(7):663-670.
34. Liu J, Laditka JN, Mayer-Davis EJ, Pate RR. Does physical activity during pregnancy reduce the risk of gestational diabetes among previously inactive women?. *Birth*. 2008;35(3):188-195.
35. Barakat R, Pelaez M, López C, Montejo R, Coteron J. Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012; 25 (11): 2372–6.
36. Price BB, Amini SB, Kappeler K. Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes-a randomized trial.. Med Sci Sports Exerc. 2012; 44(12): 2263–9.
37. Kolomańska-Boguck D, Mazur-Bialy AI. Physical Activity and the Occurrence of Postnatal Depression-A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 2019; 55.
38. Nakamura A, van der Waerden J, Melchior M, Bolze C, El-Khoury F, Pryor L. Physical activity during pregnancy and postpartum depression: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019; 246:29–41.
39. Jovanovic-Peterson L, Durak EP, Peterson CM. Randomized trial of diet versus diet plus cardiovascular conditioning on glucose levels in gestational diabetes. Am J Obstet Gynecol. 1989; 161(2): 415–9.
40. Garcia-Patterson A, Martin E, Ubeda J, María MA, de Leiva A, Corcoy R. Evaluation of light exercise in the treatment of gestational diabetes. Diabetes Care. 2001; 24:2006–7.
41. Meher S, Duley L. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane Database Syst Rev. 2006(2).

42. Choi J, Fukuoka Y, Lee JH. The effects of physical activity and physical activity plus diet interventions on body weight in overweight or obese women who are pregnant or in postpartum: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Prev Med. 2013; 56(6):351–64.
43. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6).
44. Kihlstrand M, Stenman B, Nilsson S, Axelsson O. Water-gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78(3):180–5.
45. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva. WHO. 2018.
46. Kenyon S, Ullman R, Whittle M. Care of healthy women and their babies during childbirth: summary of NICE guidance. BMJ. 2014; 349.
47. Cunningham FG editor. Williams Obstetricia. 24th ed. Ciudad de México:McGraw-Hill Internacional; 2015.
48. International Association for the Study of Pain. IASP Task Force on Taxonomy. Seattle; 2017.
49. Lowe NK. The Nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186(5):S16-24.
50. Pereira RR, Franco SC, BaldinN. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Rev Bras Anestesiol. 2011; 61(3):376-88.
51. Castillo FR. Resultados Maternos y perinatales de la Analgesia del Parto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014.
52. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thompson R. More in hope than expectation: a systematic review of womens' expectations and experiencie of pan relief in labour. BMC Med. 2008; 6:7.
53. Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves CA. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. Av Enferm. 2019; 37(1):47-55.
54. ACOG. Committee Opinion No 766. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. Obstet Gynecol; 2019; 133(2)e164-73.
55. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 5(5).
56. ACOG. Practice Bulletin No 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. Obstet Gynecol. 2019; 133(3):e208-25.
57. Czech I, Fuchs P, Fuchs A *et al*. Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief—Establishment of Effec-

tiveness and Comparison. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2018; 15(12):2792.

58. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. Reproductive Health. 2019; 16(1):71.
59. Jones L, Othman M, Dowswell T, *et al*. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 2012(3).
60. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 3(3).
61. Klomp T, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen AL. Inhaled analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2012; (9).
62. Tessier E, Camaño I, García A, Hernandez JM, Vellido R, de la Hera C, de los Reyes M. Cesárea Humanizada. Prog Obstet Ginecol. 2013;56(2):73-78.
63. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman- centred technique. BJOG. 2008;115:1037-1042.
64. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(3).
65. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J *et al*. Perinatal or neonatal mortality among wmen who intend at the onset of labour togive birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital. A systematic review and meta-analyses. Lancet. 2019; 14:59.
66. Grünebaum A, McCullough LB, Orosz B, Chervenak FA. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus home) rather than the type of birth attendant [published online ahead of print, 2020 Feb 7]. Am J Obstet Gynecol. 2020;S0002-9378(20)30067-3. doi:10.1016/j.ajog.2020.01.045.
67. Cox L, *et al*. Altering the intestinal microbiota during a critical developmental window has lasting metabolic consequences. Cell 2014; 158: 705-721.
68. Aghaali M, Hashemi-Nazari.Association between early antibiotic exposure and risk of childhood weight gain and obesity: a systematic review and meta-analysis.J Pediatr Endocrinol Metab. 2019;32(5):439-445
69. Vangay P, *et al*. Antibiotics, pediatric dysbiosis, and disease. Cell Host & Microbe 2015; 17: 553-564. 6-23.

70. Candon S, *et al*. antibiotics in early life alter the gut microbiome and increase disease incidence in a spontaneous mouse model of autoimmune insulin-dependent diabetes. PLOS ONE. 2015; 10: e0125448.
71. Wampach *et al*.Birth mode is associated with earliest strain-conferred gut microbiome functions and immunostimulatory potential. Nature communications. 2018 ;9:5091.
72. Lokugamage A. and Pathberiya S. The microbiome seeding debate-let´s frame it around women-centre care. Reproductive health. 2019;16:91.
73. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 2004; 26(4):289-95.
74. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum 2013; 27(3):185.
75. De Antonio Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnicas y problemas. Pediatría Integral XIX. 2015; 4:243-50.
76. Putti P. Defectos congénitos y patologías incompatibles con la vida extrauterina. Rev Med Urug. 2016; 32(3).
77. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Madrid: SEGO; 2010.
78. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion n° 559: Cesarean Delivery on Maternal Request. Obstet Gynecol. 2013; 121(4);904-7.
79. Caesarean section: Evidence Update March 2013. London: National Institute for Helath and Clinical excellence (UK); 2013.
80. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. Dtsch Arztebl Int. 2015; 112(29-30): 489-95.
81. Caldeyro Barcia R, Posseiro JJ, Méndez Bauer C. Monitoreo fetal en el parto: frecuencia cardíaca y equilibrio ácido base fetal. Montevideo, Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano. (C.L.A.P.). editor. 1973. Publicación Científica N° 519. Montevideo, Uruguay
82. Briozzo L, Martínez A, Nozar M, Fiol V, Pons J, Alonso J.Tocolysis and delayed delivery versus emergency delivery in cases of non-re-assuring fetal status during labor. J Obstet Gynaecol Res. 2007; 33(3):266–273.

83. Leus I, Avondet S, Potrie JyAB. Desvínculo Adopción. Una Mirada integradora. Una puesta a punto orientada a fortalecer las prácticas profesionales. Uruguay. UNFPA; 2012.
84. Raju T, Mercer B, Burchfield D, Joseph G. Periviable birth: executive summary of a Joint workshop by teh Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Academy of Pediatrics, and American College of Obstetricians and Gynecologists. Journal of Perinatology. 2014; 34:333-342.
85. D'Apremont I, Marshall G, Musalem C *et al*. Trends in perinatal practices and neonatal Outcomes of VLBW during a 16 year Period at NEOCOSUR Centers. J Pediatr. 2020.
86. Domellöf MJ. The Swedish Approach to Management of extreme Prematurity at the Borderline of viability: a Historical and Ethical Perspective. Pediatrics. 2018; 142(s1):533-9.
87. Chervenak FM. Ethical issues in periviable birth. Seminars in Perinatology. 2013; 37:422-5.
88. Younge N, Goldstein R, Bann *et al*. Survival and Neurodevelopmental Outcomes Amog Periviable Infants. N Engl J Med. 2017; 376:617-2.
89. Hankins G, Pacheco L, Wen T. Fetal assessment near limits of viability. Seminars in Perinatoogy. 2013; 37:401-3.
90. ACOG and Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus: Periviable Birth. Obstet Gynecol. 2017; 130(4):187-98.
91. Ladhani NNN, Chari RS, Dunn MS, Jones G, Shah P, Barrett JFR. N° 347 Obstetric Management at Borderline Viability. J Obstet Gynaecol Can. 2017; 39(9): 781-91.
92. Ceriani J. The limits of viability in preterm infants, a growing ethical dilemma. Arch Argent Pediatr. 2018; 116(3):170-1.
93. Wilkinson AR, Ahluwalia J, Cole A *et al*. Management of babies born extremely preterm at less than 26 weeks of gestation: a framework for clinical practice at the time of birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009; 94(1).
94. Srinvas S. Periviable birth: Communication and counseling before delivery. Semin Perinatol. 2013; 37:426-30.
95. British Asociation of Perinatal Medicine. Palliative care (supportive and end-of-life care). A framework for Clinical Practice in Perinatal Medicine. Londres; 2010.

XI. ANEXO

PROTOTIPO DE PLAN DE NACIMIENTO

(De Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. MSP. 2018)

Este plan de nacimiento deberá ser elaborado y personalizado en conjunto entre la usuaria y el equipo asistencial.

FECHA: _____
SERVICIO ASISTENCIAL DE ORIGEN:
SERVICIO ASISTENCIAL A QUIEN ESTÁ DIRIGIDO:
Quien suscribe _____,n° de documento _____ haciendo uso de mi autonomía y luego de asesorarme en instancia de _____, manifiesto a continuación mis preferencias con relación a la asistencia sanitaria a recibir durante la internación en el proceso de nacimiento y puerperio.
Sin perjuicio de lo antes expresado, ante situaciones que se alejen de lo aquí planteado, se me informará al respecto para consensuar las acciones a tomar.
Durante el proceso del nacimiento estaré acompañada por:

1- Durante el trabajo de parto:

Preferencias asistenciales durante el trabajo de parto:

- Sobre uso rutinario de vías venosas periféricas _____
- Sobre suspensión de vía oral _____
- Conducción y/o inducción del trabajo de parto_____
- Rotura artificial de membranas ovulares_____
- Uso de métodos para el tratamiento del dolor _____
- Movilidad física _____
- Intimidad _____
    - Otros_____

2- Durante la asistencia del parto:

Preferencias asistenciales durante parto:

- Conducción y/o inducción del trabajo de parto_____
- Rotura artificial de membranas ovulares_____
- Movilidad física _____
- Intimidad _____
- Otros _____

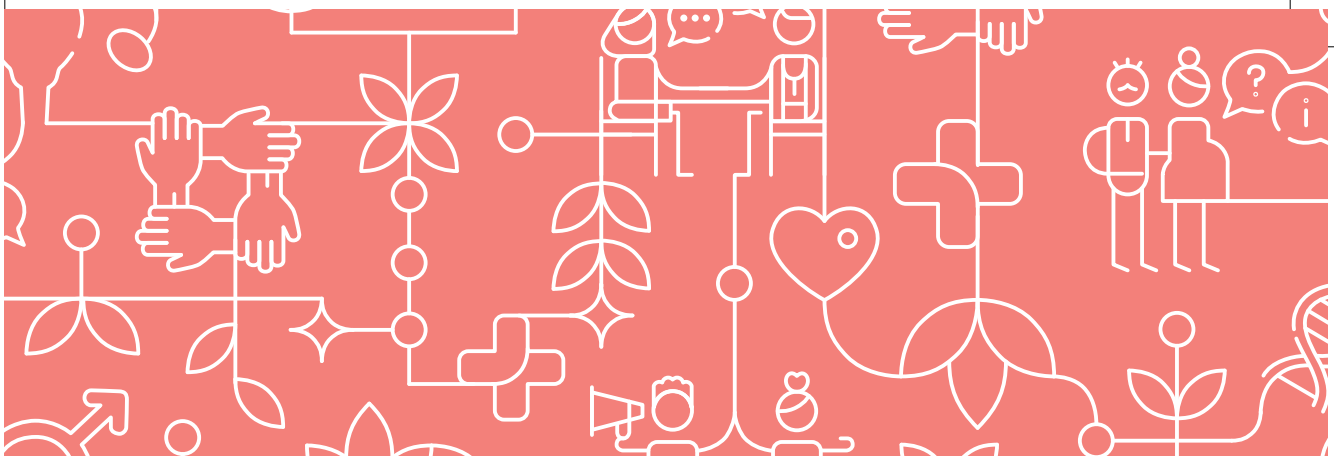
3- Ante realización de cesárea:

- Preferencia de tipo de anestesia _____
- Acompañamiento durante todo el proceso asistencial (anestesia, cirugía, asistencia del recién nacido)
- Con referencia al recién nacido _____

4- Con relación a la asistencia del recién nacido: _____

5- Con relación al puerperio y lactancia _____

FIRMA:_____



HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS GINECOLÓGICOS

INTEGRANDO DERECHOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA
Clínica GINEa | Fmed UdelaR

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS GINECOLÓGICOS

MÓDULO 2. HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS CON ENFOQUE DE CICLO DE VIDA EN LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Procurando mejorar la calidad de vida de las personas, la promoción de la salud y prevención de enfermedades y promoviendo el autocuidado

SUMARIO

I. GENERALIDADES

II. ABORDAJE CLÍNICO
   a. Abordaje clínico con enfoque de ciclo de vida
   b. Abordando la anticoncepción
   c. Abordando las infecciones de transmisión sexual
   d. Abordando el cáncer ginecológico
   e. Abordando el dolor pélvico crónico
   f. Envejecimiento saludable

III. POLÍTICAS PÚBLICAS

IV. PERSPECTIVAS

I. GENERALIDADES

Partiendo de la base de que la salud y el bienestar son bienes sociales y derechos inalienables consagrados en el Sistema Nacional Integrado de Salud, se define el modelo de atención en salud como la síntesis de las prácticas sanitarias compuestas por la organización estructural del sistema y las prestaciones, el funcionamiento articulado y la integración de conocimientos.

Dicha síntesis expresa las acciones de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en pos de la mejora de la salud individual, familiar y comunitaria.

La humanización de la atención en salud constituye a la vez que una estrategia para mejorar la calidad y seguridad de la atención de la salud, una reivindicación de la sociedad y es por esto que debe permear las prácticas de cuidados de manera longitudinal a lo largo de las distintas etapas del ciclo de vida de la mujer. Para ello es fundamental que el especialista sea capaz de trabajar integrándose a la red de atención que incluye varias especialidades e integrantes del equipo asistencial. Cobra sentido la importancia de la referencia y contrarreferencia para el trabajo en marcos complejos como el del Sistema Nacional Integrado de Salud. En este contexto, el rol de la medicina familiar y comunitaria es clave ya que está llamada a jugar el rol articulador de diferentes enfoques y especialidades.

Tradicionalmente el abordaje de la salud de la mujer se ha limitado al proceso de la maternidad, ligado a la salud materno-infantil y a una circunscripción del aparato genital exclusivamente. Es imperioso un enfoque holístico e integral, biopsicosocial de la salud de la mujer tal como lo plantea el perfil del/la ginecóloga de la clínica Ginecotocológica A desde el año 2011 (1) y la reciente ponencia del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) en el 2019 lo reafirma. (2)

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un elemento central ya que aborda funciones esenciales de todos los seres humanos pero que impactan más fuertemente en la salud de la mujer, los procesos de reproducción y la sexualidad a lo largo de la vida. Los programas de salud sexual y reproductiva deben adaptarse en función de las distintas necesidades y los desafíos de las personas en distintos momentos de sus vidas, lo que se conoce como "enfoque de ciclo de vida". (3)

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades en cada momento, sin perder de vista que cada individuo es único aun en un ciclo de vida específico, y es él o ella la protagonista de la asistencia sanitaria. Este encare reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida y que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes. Las clásicas etapas de la vida: infancia o etapa prepuberal, la adolescencia, la edad reproductiva, el climaterio y la senectud, que arbitrariamente se circunscriben acotadas en determinados rangos etarios, van sufriendo modificaciones. (3)

La integralidad es un atributo principal de la atención primaria de salud, para lo cual se requiere formación específica. Para el abordaje de la SSR este enfoque de integralidad es absolutamente clave.

II. ABORDAJE CLÍNICO

El abordaje en la consulta médica en general, y en la ginecológica en particular con un enfoque humanizado parte de la base de tener una visión integral de la persona con un abordaje bio-psico-social, basado en educación y promoción de los derechos en general y , en ginecoobstetricia, de los derechos sexuales y reproductivos en particular.

En la consulta, idealmente un equipo multidisciplinario, pero, las más de las veces el/la ginecotocólogo/a deben evaluar de manera individual y personalizada los principales motivos de consulta correlativos al ciclo de vida de la mujer, los aspectos específicos de sus características en cuanto a sus fortalezas y vulnerabilidades, abordar las actividades que realiza y su vinculo con la salud, además de tener una idea de cuál es su autopercepción de su propia vida y felicidad o falta de ella.

Esto se complementa con la búsqueda de decisiones conscientes de las mujeres y el empoderamiento en la reivindicación de la salud como un bien social, probablemente el bien social más importante para la población.

a. ABORDAJE CLÍNICO CON ENFOQUE DE CICLO DE VIDA

Claro está que la consulta ginecológica basada en DDSSRR va a ser distinta según la etapa del ciclo en que se encuentre la mujer y las prioridades, necesidades y urgencias van a ser propias de cada etapa, así como de cada contexto social y cultural.

En la siguiente tabla (Tabla 1) se esquematiza cuáles son los conocimientos que debe tener el profesional de la salud en la esfera biológica, psicológica y social, para realizar una asistencia integral y basada en DDSSRR, así como algunos ejemplos de cuáles deben ser las destrezas y actitudes del profesional para llevarlos adelante en cada una de las etapas del ciclo de vida de la mujer.

Tabla 1. Requerimientos específicos desde los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales en las diferentes etapas del ciclo de vida.

Etapa de la vida	Conocimientos			Destrezas	Actitudes
	Biológica	Psicológica	Sociofamiliar		
Pre Pubertad	*Menarca * Cambios corporales * Identificar conductas y/o signos de abuso *Identidad de género	*Derechos *Prevención de abuso y violencia	*Acompañamiento *Escolarización *Educación sexual *Prevención de bullying * Manejo de redes sociales	*Detectar alteraciones conductuales y de relacionamiento *Educación sexual apropiada para la edad y sensible al género	*Formación específica *Empatía
Adolescente	*Menarca *Inicio RRSS *Anticoncepción *Prevención de ITS *Identidad de género *Orientación sexual	*Prevención de violencia y abuso *Alteraciones de conducta *Conducta alimenticia *Hábitos tóxicos	*Acompañar *Escolarización *Educación sexual *Prevención de bullying *Manejo de redes sociales	*Respetar intimidad *Detectar alteraciones conductuales y de relacionamiento *Educación sexual apropiada para la edad y sensible al género *Inicio RRSS elección informada y experiencia segura	*Formación específica *Empatía *No asumir relaciones heterosexuales (diversidad de género) *Confidencialidad *Redes de apoyo violencia *Promover empoderamiento

Etapa de la vida	Conocimientos			Destrezas	Actitudes
	Biológica	Psicológica	Sociofamiliar		
Edad reproductiva	*Anticoncepción *Prevención de ITS *Orientación sexual *Identidad de género *Sexualidad * Prevención cáncer genito mamario *Prevención enfermedad cardiovascular	*Deseo de embarazo *Preservación de la fertilidad *Prevención de violencia *Hábitos tóxicos *Promoción de salud mental *Realización personal	*Rol del varón *Conformación del núcleo familiar *Cuidado de los hijos *Trabajo *Actividades recreativas *Apoyo económico *Hábitos de vida saludable	*¿Piensa embarazarse en el futuro? *¿Las RRSS son placenteras? *¿Cómo se lleva con su pareja? Detectar signos de violencia no explícitos (múltiples consultas banales) *¿Tienes pareja? ¿Hombre o mujer?	*No asumir relaciones heterosexuales (diversidad de género) *Confidencialidad *Redes de apoyo violencia *Promover empoderamiento
Embarazada	*Control obstétrico adecuado a cada etapa *Orientación en hábitos saludables *Información sobre cambios físicos y emocionales del embarazo *Información sobre lactancia y puericultura *Prevención transmisión vertical de ITS *Prevención cáncer genito mamario	*Prevención de violencia (etapa de vulnerabilidad) *Situaciones de estrés que puedan existir *Hábitos tóxicos *Prevención patología metal (embarazo/puerperio etapa vulnerabilidad)	*Rol del varón *Acompañamiento *Cuidado de los hijo *Trabajo (derechos de la embarazada) *Apoyo económico *Acceso a cursos de preparación para el parto *Redes de apoyo en el puerperio	*Incluir al acompañante en el control *Sentimiento del varón con el embarazo	*Vocabulario adecuado *Confidencialidad *Redes de apoyo violencia *Estimular el acompañamiento

Etapa de la vida	Conocimientos			Destrezas	Actitudes
	Biológica	Psicológica	Sociofamiliar		
Climaterio	*Anticoncepción *Alteraciones del ciclo menstrual *Prevención de ITS *Sexualidad * Prevención cáncer genito mamario *Síndrome Climatérico *Prevención enfermedad cardiovascular *Prevención cáncer de colon	*Prevención de violencia *Hábitos tóxicos *Promoción de salud mental *Sd nido vacío *Realización personal	*Conformación del núcleo familiar *Relación afectiva *Trabajo *Apoyo económico *Hábitos de vida saludable *Ejercicio físico	*Las RRSS son placenteras? *¿Como se lleva con su pareja? *¿Cómo está viviendo esta etapa de la vida? *¿Cómo se lleva con sus hijos? *Realiza actividades recreativas?	*Empatía *Visualizando los problemas propios de esta etapa y sus soluciones
Senectud	*Prevención cáncer genito mamario *Prevención de ITS ++ (no usa MAC) *Sexualidad *Alteración de los tránsitos urinario, digestivo *Sd climatérico *Prevención enfermedad cardiovascular *Prevención cáncer de colon	*Prevención de violencia *Envejecimiento *Promoción de salud mental *Depresión Angustia	*Sd nido vacío *Relación de pareja *Interacción social *Realización de actividades recreativas *Ejercicio físico	*¿Las RRSS son placenteras? *¿Como se lleva con su pareja? *¿Como estas viviendo esta etapa de la vida? *¿Cómo se lleva con sus hijos? * Se relaciona con otras personas? *Realiza actividades recreativas?	*Empatía *Visualizando los problemas propios de esta etapa y sus soluciones
Patología ginecológica y/o crónicas	*Anticoncepción *Preservación de fertilidad *Sexualidad	*Prevención de violencia *Depresión angustia *Miedos	*Apoyo familiar *Apoyo emocional *Apoyo económico *Trabajo	*¿Tienes alguien que te acompañe en todo este proceso? *¿Mantienes RRSS? ¿Son placenteras?	*Manejo adecuado de información *Empatía *Fomentar acompañamiento profesional

Aspectos específicos del abordaje clínico en la edad reproductiva

Se abordará específicamente lo relacionado con la atención en:

- Edad Reproductiva.
- Cimaterio.
- Senectud.
- Discapacidad.

El manejo de la mujer en la edad reproductiva probablemente es la etapa del ciclo de vida con la que el ginecólogo se encuentra más familiarizado. Generalmente se trata de mujeres sin patologías, donde la asistencia ginecológica va a estar guiada fundamentalmente en la promoción de salud, prevención de patologías y fomentar su empoderamiento en lo que tiene que ver con su sexualidad, su autocuidado y su autonomía.

Esta etapa del ciclo de vida, como su nombre lo dice, está enmarcada por el potencial reproductivo de la mujer. Sin embargo, el potencial se transformará en realidad, idealmente, solo a través de la decisión consciente de la mujer. En este sentido es importante abordar en la consulta el deseo o no de reproducción, para que la búsqueda de un embarazo o no sea una decisión explícita y no un accidente que ocurre, o bien al asumir un embarazo no planificado, o bien no pudiendo reproducirse porque la ventana biológica de la ovulación finalizó.

Por otro lado, en aquellas mujeres que deseen diferir su maternidad, informar sobre los riesgos de esta decisión, así como estrategias posibles para preservación de la fertilidad de ser requeridas. El no abordar este tema en la consulta (porque puede no ser una prioridad para la paciente en ese momento) puede desaprovechar la posibilidad de realizar intervenciones oportunas. Esto es parte del concepto de empoderamiento que se debe promulgar en la práctica clínica.

El médico debe adaptarse a la mujer que tiene en frente y no asumir determinados abordajes, basado en sus creencias personales, religiosas o culturales, con respecto a la reproducción y la sexualidad.

Pesquisar sobre violencia es un rol fundamental del ginecólogo en la consulta. La violencia contra la mujer –especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual– constituye

un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. En el Uruguay el número de denuncias por esta causa, así como de muertes por feminicido, son alarmantes. (4) Esto se analiza en profundad en el módulo especifico.

Aspectos específicos del abordaje clínico en el climaterio

El climaterio es una etapa natural en la vida de la mujer, es una etapa de transición que se prolonga durante años, antes y después de la menopausia, acompañado de una serie de manifestaciones físicas y emocionales relacionadas con cambios biológicos y sociales. (5). Es un periodo normal y fisiológico, plagado de oportunidades de mejorar la vida, la salud, la sexualidad así como la libertad y el empoderamiento. (6) Como ejemplo, en esta etapa es donde la mujer muchas veces no debe seguir realizando la agobiante carga de cuidados a sus hijos, pareja, progenitores, etc. Lo cual convierte este momento en una gran oportunidad de vida y es por tanto imprescindible una visión integral al abordarla acompañando las decisiones de la paciente.

Las alteraciones del ciclo menstrual son frecuentes en los años previos a la menopausia. La irregularidad en los ciclos menstruales con tendencia a los ciclos hipermenorreicos muchas veces puede ser invalidantes y alterar la calidad de vida. Estas alteraciones del ciclo pueden ser secundarias a los cambios hormonales propios de esta etapa o a la asociación de patologías ginecológica más prevalentes en esta franja etaria como la miomatosis, hiperplasia endometrial, pólipos endometriales, entre otros. Descartar estas patologías es importante, así como también lo es el tratamiento adecuado de los trastornos del ciclo menstrual con el objetivo de mejorar la calidad de vida y las repercusiones que pueda ocasionar para la salud de la mujer.

El síndrome climatérico se conoce como un conjunto de síntomas clínicos secundarios a la disminución progresiva de los niveles de estrógenos característica de esta etapa. Los síntomas vasomotores aparecen más precozmente y afectan del 60 al 80 % de mujeres, aunque solamente algunas tendrán sintomatología de moderada a severa que amerite la consulta o tratamiento. Se caracterizan por accesos repentinos de calor (sudoración, palpitaciones, aprehensión y ansiedad) que generan malestar y angustia a la mujer, en particular cuando estos episodios ocurren

de manera frecuente, alterando la calidad de vida, no solo por la incomodidad que generan, sino también porque pueden contribuir significativamente a desórdenes del sueño. (7) El ginecólogo en la consulta debe mostrarse empático y explicar que estos síntomas pueden aparecer en esta etapa del ciclo de vida y que son secundarios a cambios fisiológicos propios de la misma. Si bien no constituyen una patología ni una enfermedad, tampoco es esperada ni deseable que se vea afectada la calidad de vida, por lo que existen opciones terapéuticas para el manejo de estos síntomas. Habilitar el espacio de escucha para que surgen estas dudas y dificultades, y que la mujer los pueda abordar sin pudor, pudiendo brindar una solución adecuada a cada problema. Las alteraciones del humor pueden estar vinculados a los cambios hormonales propios de esta etapa, así como por las alteraciones del descanso que los síntomas vasomotores puedan determinar, y cambios psicosociales que enfrenta la mujer en esta etapa. Fatiga, dificultad en la concentración, irritabilidad, humor depresivo, ansiedad e insomnio, son síntomas que pueden estar presentes en esta etapa del ciclo. (6)

Los desórdenes del sueño son una situación frecuente, aproximadamente 30 % de la población adulta sufre alguna vez trastornos del sueño, con mayor incidencia en la mujer luego de los 45 años. Pueden presentarse como insomnio, dificultades para conciliar el sueño, despertares nocturnos, apnea obstructiva (ronquidos), despertar temprano con imposibilidad de continuar durmiendo. Muchos de estos trastornos coexisten con situaciones de salud comórbidas como depresión, ansiedad, estrés. Por otra parte numerosos estudios han encontrado una mayor incidencia de desarrollo de estas comorbilidades en pacientes con trastornos del sueño. (6). Dada la repercusión de los trastornos del sueño como causa o consecuencia de alteraciones de la salud, se impone realizar una correcta historia clínica, acerca de horas de sueño diarias, dificultades en su conciliación y mantenimiento, frecuencia de despertares nocturnos, hora de levantarse en la mañana. Momento en que aparecen estos trastornos y su relación con diferentes circunstancias de la vida, necesidad de fármacos para lograr el sueño, tiempo de uso y dosis de los mismos. (6)

Si bien la fertilidad de la mujer progresivamente va disminuyendo en esta etapa, la anticoncepción es un derecho fundamental que no puede ser desatendido. El asesoramiento en

anticoncepción en esta etapa tiene algunas particularidades, debiendo tener en cuenta la existencia de comorbilidades, las alteraciones del ciclo antes mencionadas y los riesgos/beneficios de cada método. A propósito de estas circunstancias, los cambios en la vida de la mujer en este momento, puede haber cambios en la pareja y/o que tenga nuevas experiencias, y con ello, se debe alertar de las posibilidades de ITS y por lo tanto el cuidado respectivo.

La prevención y promoción de salud deben tener una visión global, y no se debe olvidar el rol fundamental que tiene el ginecólogo, siendo muchas veces el único profesional de la salud al que acude la mujer, ejerciendo el rol de "médico de cabecera", sin olvidar que el especialista formado integralmente para esta labor es el médico de familia.

A pesar de ello, el ginecotocológo/a debe tener formación sobre las patologías frecuentes a esta edad. Un ejemplo de esto es la prevención de patología cardiovascular, mediante la promoción de hábitos de vida saludables y detección precoz de factores de riego para la misma. Uruguay presenta un perfil demográfico con bajas tasas de natalidad y mortalidad y como consecuencia una población envejecida. En este contexto, las enfermedades crónicas no transmisibles, o socialmente transmisibles y dentro de ellas la enfermedad cardiovascular (ECV) adquieren una dimensión preponderante siendo la principal causa de muerte y discapacidad en la vida adulta tanto de hombre como de mujeres. (8, 9) La ECV tiene características género-específicas. Durante la transición menopáusica se observa un aumento en la prevalencia del síndrome metabólico coincidiendo con un incremento en la obesidad central, cambios hacia un perfil lipídico más aterogénico y aumento de niveles de glucosa e insulina. (10) Al respecto, adoptar hábitos saludables y abandonar aquellas conductas perjudiciales para la salud mostraron disminuir hasta en un 70% el riesgo de padecer ECV, principalmente accidentes cerebrovasculares y cardiopatía isquémica, las asociadas a mayor mortalidad y morbilidad. (11)

Otro importante ejemplo de la importancia del manejo integral de la salud de la mujer lo constituye la patología oncológica. Como ya fue mencionado, la mortalidad por cáncer es la segunda causa en Uruguay, y en las mujeres el cáncer colorrectal constituye el segundo cáncer en incidencia y en mortalidad, por lo que las estrategias de prevención centradas en el cáncer genito-

mamario resultan insuficientes. (8) En Uruguay se diagnostican aproximadamente 2.000 casos de cáncer colo-rectal al año y el 50 % de los pacientes fallece. Afecta de igual forma a hombres y mujeres y Uruguay exhibe tasas de incidencia y mortalidad comparable a los países desarrollados. Sin embargo, se trata de un cáncer potencialmente evitable o potencialmente curable al detectarse en una etapa temprana. (12)

El riesgo de éste cáncer aumenta con la edad, detectándose más del 90 % de los casos en mayores de 50 años. Otros factores de riesgo asociados al estilo de vida y por tanto modificables son la dieta inadecuada, la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y el tabaquismo. Existen, además, otros factores asociados con riesgo elevado de cáncer colo-rectal como ser portador de una predisposición hereditaria y la historia personal de colitis ulcerosa crónica o de enfermedad de Crohn. (12)

La prevención primaria de esta patología se basa en la detección de los factores de riesgo y fomentar hábitos de vida saludable.

El sangrado digestivo es el síntoma más importante para el diagnóstico del cáncer colorrectal ya que se sabe que el 100 % de los tumores avanzados y el 80 % de los precoces o los grandes pólipos presentan pérdidas sanguíneas no siempre visibles.

Por tal motivo, para la población de riesgo promedio, según guía de Ministerio de Salud Pública, se recomienda el tamizaje entre los 50 años y los 74 años con el test inmunoquímico de sangre oculta en heces cada 2 años; si el test resulta positivo debe estudiarse con colonoscopía. (12) La solicitud de este estudio, cuando corresponda, al igual que otros estudios de *screening* que se solicitan periódicamente, debería estar incluido en nuestra práctica clínica habitual, recordando que puede ser la única oportunidad de contacto con un profesional de la salud, y que de esta forma podemos realizar prevención o diagnóstico precoz de una patología de alta incidencia y mortalidad.

La pérdida ósea que se produce en el climaterio por déficit estrogénico, sumado a otros factores de riesgo, hace imprescindible tomar medidas con criterio preventivo a los efectos de evitar una pérdida mayor y llegar a la osteoporosis en esta etapa. La osteoporosis es una enfermedad metabólica caracterizada por una alteración de la estructura del hueso y una disminución de la masa ósea, todo lo cual aumenta el riesgo de fracturas. (7) Son

factores de riesgo para la disminución de masa ósea: la edad, el sexo femenino, antecedentes familiares o personales de fractura, terapia con corticoides, menopausia precoz o temprana, hipertiroidismo, bajo índice de masa corporal, inmovilización mayor a tres meses, inadecuada ingesta de calcio a lo largo de toda la vida, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, exceso de ingesta de cafeína, exceso de consumo de sal de sodio. (6)

La prevención de la osteoporosis debe realizarse desde las primeras a las últimas etapas de la vida, y deben estar orientadas en primer lugar a evitar pérdida de masa ósea y en etapas más tardías a prevenir las fracturas.

Las intervenciones más importantes en este sentido y que debemos destacar en la asistencia de estas mujeres tienen que ver con hábitos de alimentación y estilo de vida saludable, como evitar el sedentarismo, consumo adecuado de calcio, adecuada exposición solar y evitar hábitos tóxicos.

Aspectos específicos del abordaje clínico en la senectud

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte. (13)

La realidad sociocultural que a cada persona le toque vivir es un factor clave para comprender y adaptarse al proceso de envejecimiento, así como la cantidad y calidad de los servicios que la sociedad le presta, pueden ayudarla a conseguir una mejor calidad de vida.

La OMS utiliza el término envejecimiento activo para referirse al proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Se trata de promover el máximo de autonomía posible, es decir, potenciar la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria. (14)

El enlentecimiento de procesos psíquicos a causa de la merma neuropsicológica que se manifiesta en estas edades puede ser contrarrestado por el desarrollo de habilidades que les permitan adaptarse a su entorno. Cuando las habilidades

empiezan a fallar, la eficacia personal puede mantenerse mediante práctica y entrenamiento de estrategias y promoción de ambientes estimulantes que favorezcan la práctica de tales habilidades. (14)

Es importante conocer con quién comparte su tiempo, si realiza actividades recreativas y de esparcimiento, si tiene vínculos cercanos y contacto con pares.

La revalorización del ocio cobra en la vejez una gran importancia, ya que es la época de la vida en la que la persona puede y debe dedicar más tiempo a su ocupación favorita y *hobbies*.

La práctica continua y controlada de actividades físicas y deportivas es el mejor medio para mantenerse en forma y evitar un envejecimiento patológico. Por el contrario, una vida demasiado tranquila y sedentaria en la senectud fomenta la probabilidad de sufrir enfermedades. Es importante, en la medida de las posibilidades de cada mujer, estimular la realización de actividad física. (13)

Es en esta etapa de la vida en que suceden pérdidas afectivas que facilitan la aparición de sentimientos de soledad. El empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, la afectación de los órganos de los sentidos y las funciones intelectuales, entre otros, desencadenan inestabilidad y sentimientos de soledad. (14) Pero también pueden ser oportunidades valiosas de aumentar la autoestima y el autocuidado, ya que muchas veces es en esta etapa en la que la mujer deja el agobiante trabajo dentro de su hogar vinculado al cuidado de los demás. Por lo tanto no se debe presuponer con prejuicios sino debe aproximarse respetuosamente a cada situación individual.

La incidencia de infección urinaria aumenta en relación directa con la edad de la mujer luego de la menopausia y la incontinencia de orina, por lo general, es de tipo mixta. (6) Por eso siempre debe ser interrogada esta sintomatología, poliuria, nicturia, disuria, incontinencia de orina de esfuerzo y urgencia miccional. Dentro de las recomendaciones para la prevención de la sintomatología urinaria que podemos brindar a la mujer se destacan los ejercicios de Kegel, para el fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico, medidas higiénico dietéticas: adecuada higiene de región vulvoperineal, ingesta de abundantes líquidos, corrección del estreñimiento.

La atrofia a nivel vaginal determina que las paredes vaginales se vuelven delgadas, pálidas, secas y a veces inflamadas. La vagina se acorta y se estrecha, se vuelve menos elástica, lo que clínicamente se manifiesta por sequedad vaginal y dispareunia. También se puede manifestar con prurito, ardor y/o flujo vaginal. (6) Cuando la estimulación estrogénica falta, los lactobacilos disminuyen, lo que lleva a que el pH aumente y facilite la colonización de la vagina por flora fecal y otros patógenos. (6)

La función sexual tiene una base multisistémica: incluyendo lo neurológico, lo psicoemocional, lo muscular, lo vascular, lo endocrinológico, lo inmunológico. El objetivo de la atención, como se refiere en el capítulo específico de esta publicación, es que en esta etapa de la vida se puede disfrutar de una sexualidad plena y decidida por la mujer. Para lo cual los profesionales deben saber abordar empáticamente esta situación.

Como fue mencionado en el abordaje de la mujer en etapa del climaterio, la incidencia de ECV y osteoporosis vinculada a la deficiencia de estrógenos adquiere gran relevancia, aumenta progresivamente con la edad y cuanto más nos alejemos de la menopausia, por lo que la atención enfocada en la promoción de salud y prevención de estas patologías debe ser una constante en la asistencia de estas pacientes.

Con respecto a la patología oncológica, encontramos en esta etapa el segundo pico de incidencia de cáncer de mama y un aumento progresivo de la incidencia de cáncer de colon, los dos de mayor incidencia y mortalidad en la mujer uruguaya. Es inexcusable realizar la asistencia de estas mujeres sin tener en consideración estos elementos, realizando prevención, informando sobre factores de riesgo y elementos de alarma para el diagnóstico oportuno, instruyendo sobre la realización del autoexamen de mama y solicitando la mamografía y detección de sangre en heces como métodos de *screening*. En cualquier etapa del ciclo de vida, la asistencia de mujeres que padecen enfermedades crónicas, o se encuentran bajo tratamiento oncológico o en cuidados paliativos, ocupan un lugar especial.

La prevención y promoción de salud basada en los DDSSRR no deben descuidarse en estas mujeres. No sorprende ver que la asistencia de estas mujeres se centra en el manejo de su enfermedad, olvidando los demás aspectos de la vida de la mujer, como su sexualidad y su reproducción, entre otros. Al no abor-

dar estos temas en la consulta, no habilitamos a que la mujer plantee dudas o dificultades en relación a estos aspectos. Y, así, encontramos mujeres que no viven su sexualidad por miedo y desconocimiento o, por el contrario, mujeres cursando embarazos que pueden poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad por desconocimiento y por la falta de cuidados al respecto. El enfoque integral en la consulta de estas pacientes debe abordar todos los aspectos, no solo el manejo de la patología, sino el manejo de su sexualidad, su capacidad reproductiva, soporte psicológico, emocional, entre otros.

Aspectos específicos del abordaje clínico en discapacidad

La discapacidad es el resultado de la interacción entre condiciones de salud (impedimentos físicos, mentales o sensoriales) y el contexto en el cual existen (cultura, instituciones sociales y los medios físicos). (15)

Las personas con discapacidad sufren múltiples discriminaciones y están fuertemente limitadas o excluidas de la participación social, ya sea en forma directa o indirecta. Los datos muestran que tienen bajos niveles de estudio respecto a la población sin discapacidad y están excluidas del mercado laboral. Por lo tanto tienen un mayor riesgo de caer en la pobreza. (16)

La salud sexual y reproductiva es un ámbito donde las personas con discapacidad están particularmente discriminadas, encontrándose con diferentes barreras que impiden el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones con las demás. Muchas barreras tienen que ver con las actitudes de la sociedad hacia ellas que se generan a partir de la falta de conocimiento sobre necesidades y derechos, y de la existencia de prejuicios, mitos y estereotipos sobre las personas con discapacidad. (15)

Dentro de estas barreras encontramos la concepción de la persona con discapacidad como “ser asexuado”, la creencia errónea de que, debido a su situación de discapacidad, no puede gozar de una sexualidad placentera ni de una vida sexual activa. Por otro lado, muchas veces sucede que cuando el componente sexual es considerado, su manifestación es interpretada como inadecuada y promiscua, probablemente porque esta persona es “infantilizada”.

La percepción negativa del ejercicio de la maternidad y paternidad por parte de la persona con discapacidad. Muchas ve-

ces se piensa que la persona con discapacidad en situación de vulnerabilidad y dependencia no logrará la autonomía y capacidad necesarias para el cuidado de los hijos/as.

Por otro lado, también vemos barreras físicas que impiden o limitan el acceso a los centros de salud, como son: el acceso propiamente dicho, en la estructura edilicia y en el equipamiento médico; barreras de comunicación, en particular para personas con discapacidad auditiva e intelectual, imposibilitando así una comunicación fluida y efectiva; barreras de información, por falta de accesibilidad en la información general a través de recursos adaptativos y ausencia de información sobre las necesidades específicas de las personas con discapacidad. (17)

Todas estas barreras generan una continua exclusión de los servicios de salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, poniéndolas en un riesgo mayor en el cuidado de su salud sexual y reproductiva respecto a la población sin discapacidad.

Como resultado, las personas con discapacidad tienen un más alto riesgo de contraer VIH/SIDA. Las mujeres con discapacidad no acceden a los controles rutinarios de prevención para el cáncer de útero y mama, teniendo una mayor incidencia en esta población. Se ve en esta población un aumento de morbilidad y mortalidad materna e infantil y por su situación de dependencia están sujetas a abuso sexual con mayor frecuencia respecto de las personas sin discapacidad. Un alto número de personas con discapacidad (sobre todo psiquiátrica e intelectual) están institucionalizadas, esto representa un obstáculo más al ejercicio de sus derechos de salud sexual y reproductiva. (16)

Para que el personal de salud y administrativo pueda comprender, atender y asistir mejor sus necesidades se recomienda:

- Evitar subestimar y prejuzgar a las personas con discapacidad.
- Actuar con naturalidad.
- Preguntar siempre si necesitan ayuda y de qué tipo, y no imponerla.
- No infantilizarlas, tratarlas de acuerdo a su edad.
- No mostrar formas de cariño que no se utilizarían con otra persona.

- Tener una actitud de predisposición a la escucha reconociendo que las que saben mejor sobre sus necesidades son ellas mismas.
- En caso de que acudan al servicio con un/a acompañante preguntar si quieren entrar solas/os a la consulta médica.
- Reservar más tiempo en caso de pacientes con discapacidad.
- Las ayudas técnicas de las personas con discapacidad hacen parte de su espacio corporal; no alejarlas de ellas, ni moverlas sin permiso, porque genera una sensación de inseguridad.
- En caso de personas con discapacidad intelectual, asegurarse de que: sea capaz de tomar decisiones que tengan que ver con su salud; esté actuando voluntariamente (y no bajo presión), y tenga la suficiente información para tomar la decisión. (17)

En la asistencia de las mujeres con discapacidad, cualquiera sea, debe cuidarse y promoverse el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, brindar una asistencia inclusiva, mejorando su calidad de vida y adaptada a la etapa del ciclo que se encuentre.

b. ABORDANDO LA ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción antes que nada corresponde a un derecho humano esencial. Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo no deseado. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. (18)

El acceso a la anticoncepción y la planificación familiar es una parte integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Permite a las mujeres y sus parejas elegir si quieren tener hijos y cuándo; elegir la planificación del embarazo. La posibilidad de elegir incrementa la autonomía de las mujeres y estimula sus posibilidades de realización personal, su capacidad productiva y laboral, y por lo tanto su capacidad para obtener ingresos, y por todo lo anterior su independencia y autonomía. Por consiguiente, la planificación familiar ayuda a mejorar la seguridad económica y el bienestar de las mujeres, sus familias y sus comunidades. Es un tema que debe abordarse en la consulta desde la adolescencia, antes del inicio de las relaciones sexuales, sin tabúes y siendo receptivos a las dudas y las inquietudes

que puedan surgir. Es sabido que la adolescencia es una etapa de máxima vulnerabilidad, donde muchas veces son los pares la fuente de información y conocimiento; poder romper esa barrera, y presentarse empático y accesible en la consulta, es fundamental en la práctica clínica y una obligación del profesional de la salud.

En Uruguay la anticoncepción se ve amparada por la Ley N° 18.426 antes mencionada, en la cual en el artículo 3, con objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, en el inciso f informa: garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables.

En la práctica clínica se utilizan criterios que ayudan a las mujeres a elegir de manera voluntaria e informada el método anticonceptivo más adecuado para cada una. Entre ellos se encuentran: la eficacia, el correcto modo de uso, el funcionamiento, los efectos secundarios, riesgos y beneficios para la salud, retorno a la fertilidad luego de suspender el método y protección frente a ITS.

Los factores para tener en cuenta al elegir un método anticonceptivo en particular incluyen las características de la persona (teniendo en cuenta la etapa del ciclo de vida), el riesgo inicial de enfermedad, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, el costo, la disponibilidad y las preferencias de la mujer. (18)

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las mujeres constituye un indicador relevante en salud sexual y reproductiva. Indica el acceso a la salud sexual y reproductiva el éxito de los programas, y son indicadores ampliamente utilizados como medida para la comparación internacional. Según el Estado de la Población Mundial 2019, la tasa de uso de métodos anticonceptivos a nivel mundial se ubica en 63 % de mujeres entre 15 y 49 años para el uso de cualquier método, y en 58 % para el uso de métodos modernos. A nivel regional, en América Latina la tasa es de 74 % y 60 %, respectivamente. Uruguay presenta datos alentadores, con tasas de 79 % y 76 %, manteniéndose estable en los últimos 20 años. (19)

En la siguiente figura se presentan los resultados sobre conocimiento y uso de los tres métodos anticonceptivos más frecuentemente utilizados, y su evolución en el tiempo. Datos obtenidos en 1986 mediante la Encuesta Nacional de Fecundidad, en

2005 mediante el Proyecto Género y Generaciones, y en 2011/2012 mediante el estudio necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas.

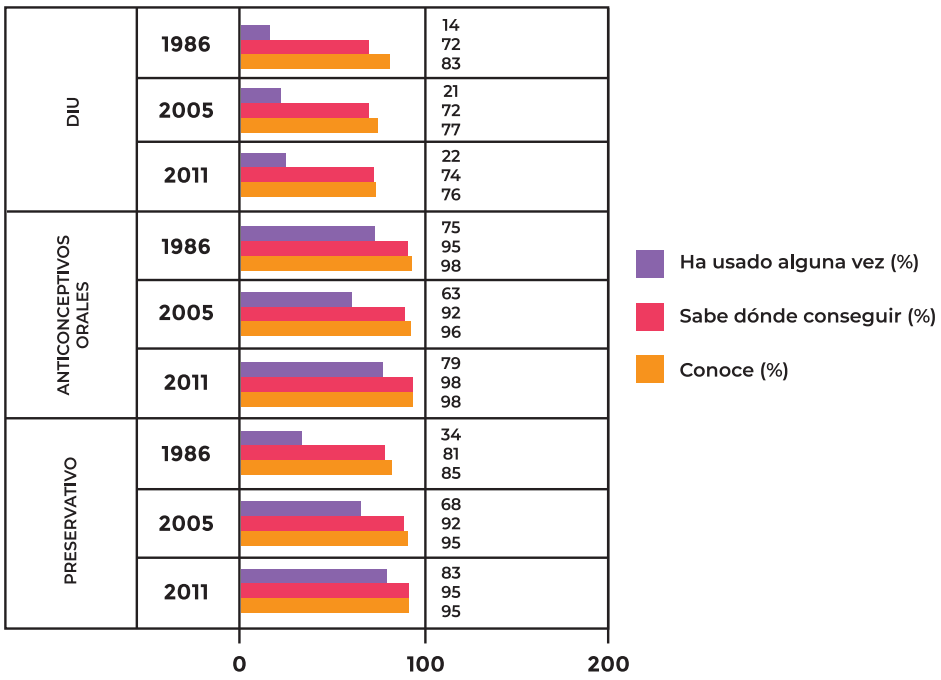


Figura 1. Nivel de conocimiento y uso de método anticonceptivo, según el tipo de método. Población urbana y suburbana de Uruguay (mujeres 15 a 59 años). (20)

En relación al uso dispositivo intrauterino (DIU), se puede objetivar un claro aumento en el mismo entre el período 1986 y 2005, manteniéndose estable para 2011 con una incidencia del 23 %. Respecto a los anticonceptivos orales hubo un descenso en su utilización para el año 2005, retornando a valores previos para el año 2011. Esta oscilación en su uso puede deberse al descenso del costo de los mismos y a la mayor accesibilidad. El preservativo es el método anticonceptivo que demuestra mayor incremento en su uso, pasando de un 34 % en 1986 a 83 % en 2011, lo cual creemos se debe a la amplia difusión del mismo, las campañas de prevención de ITS y el hecho de que se encuentre dentro del Catálogo de Prestaciones del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), tanto de instituciones públicas como privadas del país. (20)

El abordaje de la anticoncepción y educación sexual debe tener un enfoque adecuado para cada mujer. Asumir que las relaciones sexuales son de tipo heterosexual es un error frecuente en la consulta y pone una barrera en el relacionamiento, transmitiendo que no hay espacio para ella en esa instancia, y nuevamente alejando a las mujeres del sistema de salud. La identidad de género y la orientación sexual debe abordarse desde la etapa prepuberal, dando el espacio necesario para que surjan las interrogantes e inquietudes.

Informar sobre los distintos métodos anticonceptivos (MAC), su seguridad y efectos adversos es el rol del médico en la consulta, pero además, educar sobre sus derechos a mantener relaciones sexuales consentidas, seguras, disfrutando plenamente de su sexualidad, planificando el momento de un embarazo, es el verdadero enfoque que un médico con una visión integral de la salud de la mujer debe tener.

En el otro extremo podemos encontrar a una mujer que por diversos motivos ha postergado su maternidad y también esta situación debe plantearse en la consulta. Es fundamental interrogar en la consulta sobre los deseos reproductivos, tanto a corto como a largo plazo, e informar sobre los riesgos de la postergación de la maternidad, y las opciones que existen para preservación de la fertilidad, en caso de que la mujer así lo desee.

La anticoncepción en la etapa del climaterio tiene sus características propias, ya que muchas veces los métodos anticonceptivos deben adaptarse a hábitos, riesgo CV, asociación con patologías crónicas, alteraciones del ciclo menstrual, patologías ginecológicas más prevalentes en esta etapa, etc., por lo que la información y recomendaciones que realicemos deberán tener en cuenta todos estos factores para que la mujer pueda mantener una sexualidad plena y sin riesgos.

c. ABORDANDO LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se registran a nivel mundial 357 millones de nuevos casos en personas de entre 15 y 49 años, de cuatro tipos de ITS curables: *Chlamydia trachomatis*, infección por *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis e infección por *Trichomonas vaginalis*. (21, 22)

Se estima que alrededor de 417 millones de personas en el mundo están infectadas con herpes simple tipo 2 y 291 millones de mujeres tienen el virus del papiloma humano (VPH). Cada año, a nivel mundial, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 300.000 muertes fetales y neonatales, y expone a 215.000 niños/as a un mayor riesgo de muerte prematura. En la "Estrategia Mundial del Sector Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021 hacia el Fin de las ITS" la OMS ha establecido como objetivo "poner fin al grave problema de salud pública que representa la epidemia de ITS". (22)

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva de las personas afectadas y figuran entre las cinco categorías principales por las que las y los adultos buscan atención médica. Se encuentran entre las enfermedades infecciosas más comunes y perjudiciales.

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. Algunas se pueden transmitir también por otras vías, como la sangre y los hemoderivados o de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Los síntomas más habituales de las ITS son: flujo vaginal, úlceras u otras lesiones genitales, dolor abdominal y secreción o ardor uretral en los hombres. Sin embargo, en muchos casos la infección puede ser asintomática, lo que dificulta su diagnóstico y favorece su propagación. (23)

Los profesionales de la salud tienen un rol preponderante en la prevención y tratamiento de las ITS. Las fallas en la prevención, diagnóstico y tratamiento en estadios tempranos pueden ocasionar enfermedad aguda y crónica así como graves complicaciones y secuelas como infertilidad, pérdida fetal, embarazo ectópico, cáncer anogenital y muerte prematura. Como consecuencia de los tratamientos, complicaciones y secuelas resultantes, los costos de atención son elevados. (24)

Tipo de infección	Conoce (%)	No conoce (%)	Total
VIH-SIDA	94,1%	5,9%	100%
Sífilis	68,5%	31,5%	100%
Gonorrea	42,6%	57,4%	100%
Herpes Genital	15,2%	84,7%	100%
Uretritis Gonocócica	2,9%	97,1%	100%
HPV	21,5%	78,5%	100%
Hepatitis B	13,7%	86,3%	100%
Otras ITS	2,6%	97,4%	100%

Figura 2. Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual por tipo de infección en mujer población urbana y suburbana de Uruguay. (20)

En la Figura 2 se muestran los resultados de una encuesta realizada sobre el nivel de conocimiento de las distintas ITS en población de mujeres uruguayas. Muestra cómo el VIH/SIDA es identificado como una ITS por la gran mayoría de las mujeres encuestadas, muy por encima de otras infecciones. La sífilis ocupa el segundo lugar de referencia, si bien solo 7 de cada 10 mujeres la menciona. Destacamos la importancia de la realización de campañas de prevención de VIH y no así de otras ITS, lo que explicaría estos resultados.

Cuando los resultados se analizan por edad y nivel educativo se puede evidenciar que las mujeres con un menor nivel de educación, así como la población adolescente, presentan porcentajes notablemente más bajos en la identificación de estas ITS. Por ejemplo, en el caso de sífilis, mientras el 80% de mujeres universitarias la reconoce, apenas la mitad de las mujeres con educación primaria lo hace. A su vez, mientras la mitad de las adolescentes mencionan conocerla, el 70% de las mujeres mayores de 19 años lo hace. Los altos porcentajes de reconocimiento del VIH/SIDA no evidencian diferencias importantes si la información se desagrega por distintas variables, pero eso sí sucede con casi todas las restantes. Esto resalta la importancia de incluir la educación sexual en los planes de educación de niños y jóvenes. (20)

La infección por HPV es la causa más frecuente de infección del aparato reproductor. La mayoría de las mujeres y hombres sexualmente activos contraerán la infección en algún momento

de su vida, y algunas personas pueden tener infecciones recurrentes. (25) Cuando se utilizan estudios de diagnóstico molecular se ha demostrado la presencia de HPV hasta en 80 % de las mujeres sexualmente activas, las cuales cursan completamente asintomáticas. En mujeres el pico de incidencia de infección es en pacientes menores de 24 años. También se ha observado otro pico de incidencia en algunos países, después de los 45 años de edad.

El HPV se transmite por vía sexual y no es necesario que haya una relación sexual con penetración para que se produzca la transmisión. El contacto directo piel con piel de la zona genital es un modo de transmisión reconocido. Por lo general, las infecciones por HPV suelen desaparecer sin ninguna intervención unos meses después de haberse contraído, y alrededor del 90 % remite al cabo de 2 años. Un pequeño porcentaje de las infecciones por determinados tipos de HPV puede persistir y convertirse en cáncer. (26) Los HPV son un grupo heterogéneo de agentes infecciosos que colonizan tejidos epiteliales y que se han relacionado con diversas enfermedades neoplásicas. Esta familia tiene alrededor de 200 genotipos, muchos de los cuales producen verrugas benignas o papilomas, mientras que una pequeña parte de ellos son oncógenos o clasificados como de alto riesgo, puesto que producen los cánceres antes mencionados. Los tipos 16 y 18 se asocian con el CCU y, los 6 y 11 con lesiones benignas, como el condiloma acuminado. (27)

El HPV tiene la particularidad de requerir una microabrasión o un área de transición de epitelios, como la que existe en el cuello uterino, ano o amígdalas, para poder infectar las células. La infección se presenta en los queratinocitos basales del epitelio escamoso estratificado y el virus se replica en el núcleo de las células infectadas, además de interferir en la diferenciación de estas mismas células. (28)

De cualquier forma, la clave para protegerse del riesgo de que se produzcan las lesiones neoplásicas es la capacidad de *clearence* o limpieza del virus llevado adelante por la inmunidad de la paciente, y es precisamente por esto que para mantener el estado inmune es clave abordar las situaciones de estrés, desnutrición etc.

El empleo del preservativo masculino disminuye el riesgo de infección por virus del VPH y de verrugas genitales (una reduc-

ción informada en diversos estudios del 30 al 60 % de alteraciones en la citología cervical CIN II y CIN III y del cáncer cervical). Aunque el VPH se considera una infección de transmisión sexual, el preservativo es tan solo parcialmente efectivo para evitar la infección. La protección es menor cuando las áreas infectadas no son cubiertas por los preservativos. La reducción de la tasa de infección por VPH se ha observado tanto en mujeres y en hombres. Es muy importante utilizar de forma correcta el preservativo en cada acto sexual. (29)

La prevención de ITS muchas veces va de la mano con la anticoncepción mediante la utilización de MAC de barrera. Destacamos la importancia crucial en la adolescencia, etapa de mayor vulnerabilidad dado la mayor promiscuidad sexual que se suele ver en esta etapa de la vida. Pero también adquiere fundamental relevancia durante el embarazo y en la mujer luego de la menopausia, es decir, en aquellas situaciones donde no se busca la anticoncepción, por lo que puede no tenerse en cuenta la utilización de preservativo como estrategia en la prevención de ITS. En la consulta debe abordarse el tema de prevención de ITS en todas las etapas de la vida y de manera independiente de la anticoncepción, incluyendo de esta manera también las relaciones homosexuales. Esto no solo es relevante para el desarrollo y propagación de las distintas ITS, sino que también es fundamental para el riesgo de transmisión vertical de algunas ITS como sífilis y VIH, que pueden suceder durante el embarazo o en el puerperio a través de la lactancia.

d. ABORDANDO EL CÁNCER GINECOLÓGICO

El cáncer es la segunda causa de muerte en el Uruguay (Figura 3). En la mujer uruguaya el cáncer genitomamario se encuentra entre los que determinan mayor mortalidad y dentro de este grupo de enfermedades, se destacan el cáncer de mama y el de cuello uterino, no solo por ser los más prevalentes, sino también por ser aquellos en los que se pueden implementar distintas estrategias de prevención primaria y secundaria (Figura 4). Desde el equipo de la Clínica Ginecotocológica A se estima que la atención integral del cáncer ginecotocologico es, hoy por hoy, la mayor deuda de la especialidad con la salud de las mujeres uruguayas, una vez resueltos aspectos específicos como el aborto inseguro y la maternidad sin calidad y seguridad. Es así

como la mayoría de la normativa vigente en esta temática se refiere a estas patologías.

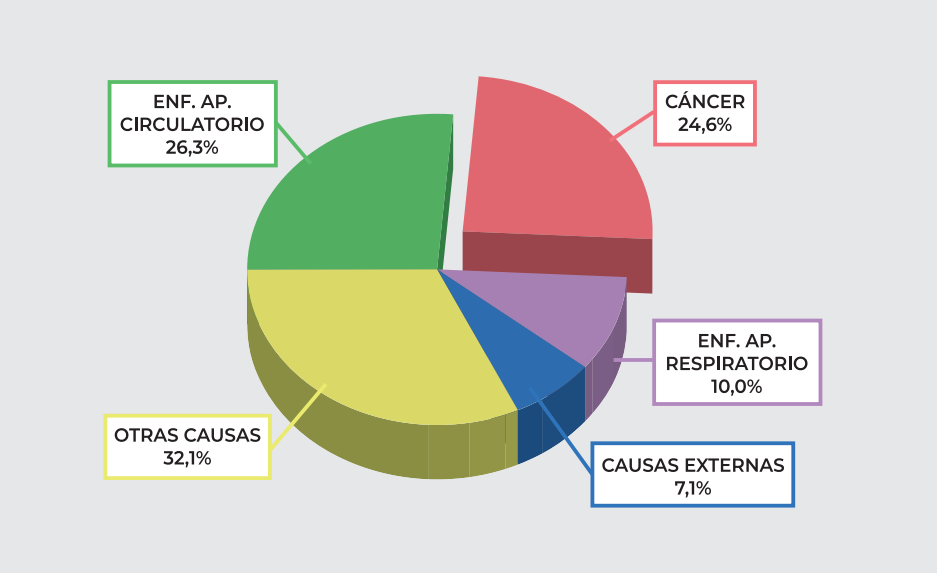


Figura 3. Mortalidad en Uruguay 2017. (8)

A continuación se destacan las principales normativas en Uruguay sobre la prevención del cáncer genitomamario:

- Ley 17.242/2000. Derecho a un día al año pago y libre de trabajo para mujeres que se realicen el PAP y/o mamografía.
- Decreto N° 202/2002. Reglamentación de licencias por exámenes genitourinarios y mamografías.
- Decreto 571/2006. Inclusión de la mamografía y el PAP a los requerimientos básicos del carné de salud de las mujeres a nivel país.
- Ordenanza MSP 402/2006. Exoneración de copago en estudios de PAP y mamografía en servicios privados de la salud. Realización de PAP gratuito (siempre que sea necesario), y mamografía gratuita cada dos años.
- Decreto 210/2013. Exoneración de pago del PAP.
- Ordenanza N° 466/012. Se autorizó a desarrollar el Programa Nacional de Prevención Integral del Cáncer de Cuello Uteri-

no, que establecerá los requerimientos que deberán cumplir los prestadores integrales de salud para la atención en los niveles de prevención, diagnóstico y tratamiento conforme a las disposiciones del Anexo adjunto que forma parte integral de la Ordenanza.

- Manual sobre vacuna HPV para técnicos, 2013.
- Ley 19.121/2013. Derecho a día de licencia por control urológico y PSA.
- Guía de Práctica clínica cáncer cuello uterino, 2014.
- Guía de Práctica clínica de detección temprana de cáncer de mama Uruguay, 2015.

Ordenanza MSP 842 /2015 exoneración tasa moderadora en mamografía de mujeres de 50 a 69 modifica la ordenanza 402/2006.

El cáncer de cuello uterino (CCU) constituye una de las principales causas de mortalidad por cáncer en las mujeres. Se trata de una enfermedad que afecta principalmente a las mujeres de países en vías de desarrollo y de mayor vulnerabilidad sanitaria y social, siendo un claro marcador de inequidad. La creciente reducción de su incidencia y mortalidad en los países desarrollados está en directa relación con su búsqueda efectiva mediante planes de tamizaje de carácter universal. La relación de este cáncer con la infección por el VPH hace que su comportamiento epidemiológico se asemeje a un ITS y plantea una serie de desafíos en su prevención primaria y secundaria. (30)

El CCU es el cáncer relacionado con más frecuencia con el HPV en las mujeres, y de los 500 mil casos de carcinoma cervicouterino invasivo diagnosticados en el mundo cada año, 50 y 20 % de los mismos estarán vinculados con los VPH 16 y 18, respectivamente. En contraste, se registra que el cáncer orofaríngeo es el más común entre los hombres. En general, se piensa que el VPH es responsable de más de 90 % de los cánceres anales y cervicouterinos, alrededor de 70 % de los cánceres vulvovaginales, más de 60 % de los cánceres del pene y puede estar ligado con cerca de 70 % de los cánceres de orofaringe, en combinación con ciertos factores, como consumo de alcohol y tabaco, principales factores ambientales vinculados. (31)

Según el Observatorio Mundial del Cáncer, el cáncer de cuello uterino se ubica como el cuarto cáncer diagnosticado con mayor frecuencia y la cuarta causa principal de muerte por cán-

cer en las mujeres a nivel mundial, con un estimado de 570 000 casos y 311 000 muertes en 2018. Aproximadamente el 90 % de las defunciones por esta enfermedad ocurrió en países de bajos y medianos ingresos. (32)

En Uruguay, el cáncer de cuello uterino (CCU) es el tercer cáncer más frecuente y la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se registran unos 330 casos nuevos y fallecen un promedio de 140 mujeres por CCU, según el Registro Nacional de Cáncer (Figura 4).

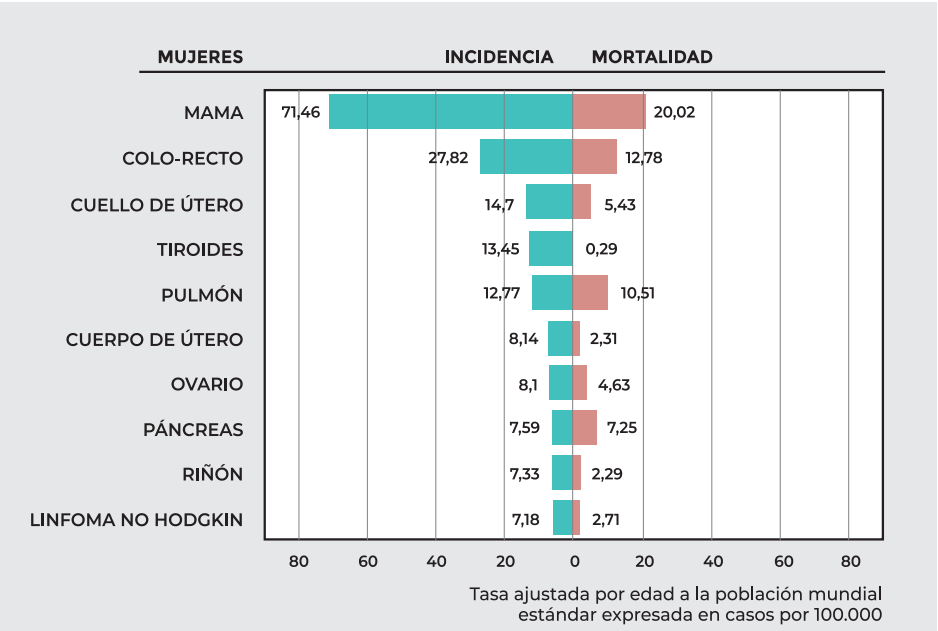


Figura 4. Incidencia y mortalidad por cáncer de los principales sitios en mujeres. Período 2011-2015. (8)

La OMS recomienda desarrollar un enfoque integral para prevenir y controlar el CCU, abordando las medidas preventivas en el ámbito comunitario con la educación y sensibilización sobre el tema, la vacunación, tamizaje y detección precoz, tratamiento adecuado y cuidados paliativos. (33)

Las estrategias implementadas a nivel mundial para la prevención y diagnóstico oportuno de este cáncer se han centrado en la citología cervical. La realización de la colpocitología onco-

lógica (CCO), ha permitido reducir la incidencia de este cáncer y hoy en día constituye una herramienta esencial en esta lucha. En los últimos años se han agregado dos nuevas estrategias: la vacunación y los test de HPV.

La identificación de lesiones intraepiteliales precursoras del cáncer se puede hacer empleando diversos métodos de tamizaje. El más antiguo y que ha demostrado en algunos países su eficacia en programas organizados u oportunistas es el PAP, que consiste en la detección de anormalidades morfológicas sugestivas de lesiones relacionadas con el HPV. Para que la prevención secundaria sea efectiva es necesario lograr una alta cobertura (80 %) de la población objetivo y el seguimiento completo de las anormalidades detectadas. El PAP tiene la limitante de poseer una baja sensibilidad para detectar lesiones, por lo que debe repetirse con frecuencia para solventar parcialmente esa deficiencia. (34)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a todos los países, como prevención primaria de la enfermedad, la incorporación de la vacunación profiláctica contra el virus del HPV de la población objetivo primaria, que son las niñas de 9 a 13 años, y la prevención secundaria mediante el tamizaje de las mujeres para diagnosticar lesiones precancerosas, logrando una alta cobertura y seguimiento, con algunos de los test disponibles: PAP, test de HPV o inspección visual con ácido acético. (35) Sino existe un sistema adecuado de detección de lesiones premalignas, la vacuna es al menos discutible, entre otras cosas por generar la idea falsa de seguridad y no tener la posibilidad de un control poblacional adecuado.

Las mujeres mayores de 30 años presentan una menor prevalencia de infección HPV, pero con un mayor porcentaje de persistencia, lo que conlleva mayor riesgo e incidencia de lesiones precursores a partir de esta edad. (36)

Las pruebas de VPH han demostrado una mejor reproducibilidad respecto a la citología (menor variabilidad interlaboratorio). (37)

Existe evidencia consistente acerca de que la detección de HPV de alto riesgo es entre un 20 % y 45 % más sensible para detectar HSIL (lesión intraepitelial de alto grado), que los métodos basados en citología aunque es menos específico). (38)

Las pruebas de HPV tienen un excelente valor predictivo negativo cercano al 99 % en mujeres mayores de 30 años. Una determinación negativa se traduce en una muy baja probabilidad de tener una lesión ≥ a HSIL actual y en los próximos 5-7 años. (39)

Las mujeres cuya prueba de VPH de alto riesgo es negativa tienen 2 a 3 veces menos posibilidad de desarrollar un HSIL o CCU que con una citología negativa. (37)

Por todo lo antes mencionado es fundamental ir incorporando los test de HPV a los algoritmos de *screening* en nuestro medio, de la forma en que ya están incorporados en muchas de las guías de manejo del CCU a nivel mundial.

En Uruguay, como en el resto del mundo, el cáncer de mama es el más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. En el país se diagnostican cada año aproximadamente 1.800 nuevos casos de cáncer de mama, es decir, cinco nuevos casos por día y mueren 641 mujeres al año por esta patología. Existe un incremento de la incidencia por grupo etarios que evidencia que el 78 % de los casos se produce después de los 50 años, con un pico alrededor de los 70 años.

Desde un tiempo atrás en Uruguay se evidencian tasas de incidencia elevadas que se comparan a los promedios de los países desarrollados, pero con tasas de mortalidad más elevadas. (40)

El cáncer de mama es claramente uno de los principales problemas en el espectro oncológico mundial y nacional, justificando los esfuerzos en su prevención primaria y secundaria, siendo esta última a través de la mamografía.

En cuanto a los factores de riesgo reconocidos para el cáncer de mama, los antecedentes familiares son uno de los más importantes. Algunas mutaciones sobre todo las de los genes BRCA 1 BRCA 2 y P53 se asocian a un riesgo más elevado de cáncer; sin embargo las mismas son raras y explican solo una pequeña parte del total de los cánceres de mama. (41) Los factores asociados a la exposición prolongada de estrógenos como por ejemplo menarca precoz, menopausia tardía, edad mayor a 30 años al primer embarazo figuran entre los factores de riesgo más importantes de cáncer de mama. El uso de anticonceptivos orales y tratamiento de sustitución hormonal elevan el riesgo de padecerlo, siendo la lactancia un elemento protector. (41, 42)

Se ha calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables a la carga global de cáncer de mama y se concluye que el 21 % de todas las muertes por cáncer de mama a nivel mundial son atribuibles al consumo de alcohol, sobrepeso, obesidad y falta de actividad física. La proporción es mayor en países de ingresos altos, siendo el factor más importante el sobrepeso y la obesidad. Se plantea que la diferente incidencia de cáncer de mama en países desarrollados y en países en desarrollo se explica en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, menor número de embarazos y acortamiento de la lactancia. (41, 42)

En Uruguay la distribución por departamentos es muy asimétrica, siendo Montevideo el de mayor incidencia. En cuanto a distribución geográfica por zonas de Montevideo, existe una mayor incidencia en zonas de mayor nivel socioeconómico (Malvín, Buceo, Carrasco, Punta Carretas), siendo menor la incidencia en zona de menor nivel socioeconómico (Bañados de Carrasco, Villa García y Manga). Probablemente esta distribución asimétrica de la enfermedad se puede explicar por la presencia de ciertos factores de riesgo ya mencionados que predominan en poblaciones de mayor nivel socioeconómico, así como también el predominio en determinadas zonas de grupos étnicos asociados con mayor riesgo. (43)

Si bien las medidas de prevención no pueden evitar la mayoría de los casos, la detección temprana es posible y es el pilar del control de esta enfermedad. Con esta finalidad, la aplicación sistemática de la mamografía en mujeres asintomáticas es el único estudio de tamizaje, que ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama, asociado al autoexamen mamario y el control clínico. (44, 45)

En los últimos años se ha comprobado una disminución de la mortalidad por esta causa, tanto a nivel nacional como mundial, lo que podría estar vinculado a una mayor detección temprana, una mejora en los tratamientos y a la promoción de las Unidades de Mastología, en las que la discusión interdisciplinaria de los casos determina conductas clínicas eficientes y seguras para cada mujer. (44, 45)

Las estrategias para la prevención del cáncer genitomamario también deben estar presentes en las diferentes etapas de la vida de la mujer, destacando que tanto el cáncer cuello ute-

rino como el cáncer de mama son curables, si son detectados en etapas precoces, y existen métodos de *screening* accesibles para garantizar su diagnóstico precoz. En la consulta clínica no se debe desaprovechar nunca la oportunidad de realizar un adecuado examen genitomamario y la toma de una muestra para la realización de la CCO; este es un procedimiento sencillo, y diferirlo, en muchos casos puede significar la no realización del mismo. Además debemos de tener en cuenta que las recomendaciones sobre la frecuencia y periodicidad de la realización de este estudio deben ser adaptadas a la población y a los grupos de riesgo.

e. ABORDANDO EL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

El dolor pélvico crónico es el que se presenta en el área situada por debajo del ombligo y entre las caderas, y que dura seis meses o más. Constituye un motivo frecuente de consulta ginecológica. Aproximadamente el 10 % de las consultas son por esta causa, a nivel mundial se estima que es la indicación del 40 % de las laparoscopias ginecológicas y del 12 % de las histerectomías. (46)

El motivo por el cual se aborda esta patología, en particular desde las perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, es que las mujeres que la padecen, muchas veces se encuentran en una situación de vulneración de sus derechos. Son mujeres que consultan múltiples veces al sistema de salud, que son derivadas por distintos especialistas, se realizan múltiples estudios paraclínicos que, al no arribar a un diagnóstico etiológico, son interpretados como cuadros de origen psicoemocional, desestimando la sintomatología y el cuadro crónico que presenta, sin lograr así un tratamiento adecuado. Esta situación nuevamente pone de manifiesto las escasas herramientas que el ginecólogo tiene en el manejo integral de la mujer, y refleja la frustración que representa en algunos casos el no lograr un diagnóstico etiológico, lo que lo deja sin recursos terapéuticos.

La forma de presentación clínica del dolor puede ser muy diversa, dolor cólico, continuo, dolor sordo, tipo pesadez, vinculado con la relaciones sexuales, la micción o la defecación. Puede exacerbarse en períodos del ciclo menstrual o con determinados movimientos o posiciones, puede acompañarse de otra sintomatología de la esfera ginecológica, urinaria o digestiva, todo lo que puede orientar al diagnóstico etiológico. (47)

Si bien las etiologías más frecuentes vinculadas a esta entidad clínica son las de origen ginecológico, como endometriosis, procesos adherenciales a nivel pélvico secundario a cirugías o procesos infecciosos, adenomiosis, entre otros, no se pueden descartar causas de origen gastrointestinal, urinario, osteoarticular, vascular o psicológico. (48) Dentro de las etiologías no ginecológicas más frecuentes, destacamos el síndrome de colon irritable, constipación, cistitis intersticial, infecciones crónicas del tracto urinario, el síndrome de congestión pélvica, espasmo y mialgia de los músculos del piso pélvico, patología osteoarticular de columna, depresión, estrés psicológico, antecedentes de abuso sexual o de abuso de sustancias. En muchos casos es de origen multicausal, lo que dificulta aún más el diagnóstico etiológico, debiendo valorarse la contribución de cada patología al dolor. (48)

Cuando se mencionan las causas psicológicas del DPC es muy difícil diferenciar si la depresión, la angustia y el estrés psicoemocional son causa o consecuencia del dolor. Es prácticamente una constante que las mujeres que presenten esta entidad clínica asocien alteraciones de la esfera psicoemocional como las antes mencionadas, secundarias al padecimiento crónico del dolor y las repercusiones que este determina en la vida de relación, en la esfera social y sexual, entre otras.

Llegar a un diagnóstico etiológico no es sencillo, ya que la forma de presentación clínica muchas veces no lo permite y porque los estudios paraclínicos con los que se cuenta habitualmente pueden ser limitados en la capacidad de diagnóstico de algunas etiologías.

Esto determina que la situación sea muy frustrante para la paciente, con la consiguiente asociación de estrés, depresión y/o angustia; y también para el médico que la asiste, debido al enfoque tradicional de la atención médica como el arribo a un diagnóstico etiológico y realizar un tratamiento dirigido al mismo. La imposibilidad de llevar adelante este enfoque, en muchos casos, determina que la mujer sea derivada a distintos especialistas para no enfrentar la demanda de atención que requiere y por la imposibilidad de una resolución concreta, que esta entidad a veces determina.

Este hecho muestra la importancia de no subestimar esta entidad clínica e iniciar en primer lugar y de manera precoz el

tratamiento analgésico, para evitar que este mecanismo se desencadene, y que determine la perpetuación y magnificación del dolor y la dificultad para lograr un tratamiento adecuado del mismo, más allá del tratamiento etiológico.

Por todo lo mencionado, en el abordaje en la consulta con una mujer con DPC, el primer elemento a considerar es que es un síntoma que afecta mucho su calidad de vida. Probablemente la mujer encuentre alterados muchos aspectos de su vida de relación y tal vez sea tarde para dar un enfoque estrictamente biológico a su patología, y que necesite un abordaje interdisciplinario con especial énfasis en el manejo del dolor crónico y especialista en salud mental para el manejo de las alteraciones que pueden acompañar el cuadro clínico.

El médico debe mostrarse empático en la atención de estas pacientes y comprender que es una afección que va más allá de lo estrictamente biológico, y en que la resolución del problema de salud requiere un manejo más amplio que el de la patología que lo desencadenó. No proyectar la frustración que produce la imposibilidad de resolver el problema de salud, exponiendo así a la mujer a una situación de mayor vulnerabilidad, tanto por la patología que presenta como por descuidar otros aspectos de su salud sexual y reproductiva.

f. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

El envejecimiento es un proceso fisiológico multifactorial que se produce en la última etapa del ciclo vital. Es universal, progresivo e irreversible. Universal porque afecta todos los seres vivos; progresivo porque se produce a medida que pasan los años; e irreversible porque no podemos detenerlo. Está caracterizado por la disminución progresiva de la capacidad funcional de los tejidos y órganos de nuestro cuerpo y por un aumento de la vulnerabilidad. La mayor vulnerabilidad determina una mayor predisposición a adquirir enfermedades degenerativas, autoinmunes e infecciosas. Esto se resume en una mayor fragilidad. Este proceso está genéticamente modulado y se da por alteraciones a nivel molecular y celular, por lo cual se alteran en última instancia los tejidos, órganos y sistemas, y el organismo parcial o totalmente. El envejecimiento se ha convertido en un fenómeno social sobre todo en los países desarrollados. En 1900 la expectativa de vida era de 45 años, y para 2050 se estima que será de

100 años. Vivir más tiempo es solo una cuestión cualitativa, lo importante o esencial es valorar en qué condiciones de salud se llega a edades más avanzadas.

La medicina enfocada en el envejecimiento saludable es una manera diferente de entenderla, donde el conocimiento se centra en disminuir los efectos del envejecimiento a nivel celular y por ende de los tejidos y órganos. El propósito está dado porque los órganos y sistemas cumplan sus funciones lo mejor posible y durante el mayor tiempo posible; en resumen, el propósito no es prolongar la vida, sino prolongar la vida activa. La teoría del envejecimiento más aceptada es la teoría de los radicales libres. Como consecuencia de nuestros procesos metabólicos se generan diariamente una enorme cantidad de radicales libres que nos oxidan, desencadenando un estado inflamatorio crónico que explica en parte el envejecimiento, causa y consecuencia de una importante lista de enfermedades. (49)

Con el declinar de las funciones disminuye gradualmente la capacidad de sintetizar proteínas a nivel celular, lo que conlleva a un deterioro del sistema inmune, aumento de la masa grasa, disminución de la fuerza y masa muscular y también disminución de la densidad mineral ósea. En la base se encuentra un envejecimiento extrínseco, generado por los factores ambientales que está directamente relacionado al tipo de alimentación de la vida moderna, (50) contaminantes ambientales, hábitos tóxicos, estrés (51) y un envejecimiento intrínseco que está programado genéticamente.

Este envejecimiento es el que va a determinar las enfermedades crónicas como afecciones cardiovasculares, (52) degeneración cerebral, artrosis y la mayor incidencia de infecciones, cáncer y enfermedades autoinmunes.

En base a los conocimientos que hoy tenemos sobre el proceso de envejecimiento y las medidas terapéuticas es posible actuar sobre este proceso y tratar de evitar la llegada de estas enfermedades, o por lo menos prolongar el período libre de enfermedad y proporcionar condiciones para que las personas tengan una mejor calidad de vida.

En la base de este enfoque de la medicina se encuentra dos pilares el soporte del déficit endocrinológico propio del envejecimiento, y el aporte de nutrientes para el correcto funcionamiento celular. (53, 55)

El proceso de envejecimiento, al afectar el funcionamiento del sistema endócrino, genera afecciones como diabetes, hipotiroidismo y procesos fisiológicos como menopausia, andropausia, adrenopausia y somatopausia.

El balance hormonal es tan importante en el funcionamiento del organismo que muchos plantean que no se trata de que el envejecimiento determina una declinación hormonal, sino que la declinación hormonal genera el envejecimiento. A partir de los 30 años se inicia el declinar de hormonas, comenzando por el déficit de progesterona, con síntomas de dominancia estrogénica que en mujeres determina un mayor riesgo de miomatosis, alteraciones del ciclo, quistes de ovario, síndrome premenstrual, etc. Posteriormente en la menopausia caen los niveles de estrógenos, con todos sus efectos ya mencionados.

La disminución de testosterona conlleva a la pérdida de masa muscular, de masa ósea, aumento de grasa visceral y abdominal, insulinorresistencia, síndrome metabólico y pérdida de deseo sexual. (56, 57)

La adrenopausia es la disminución de la función de la glándula suprarrenal y fundamentalmente es la disminución de DHEA que más afecta a la mujer, la DHEA es un precursor de estrógenos y andrógenos y a nivel metabólico favorece el control lipídico por disminución de colesterol y triglicéridos, tiene una actividad neuroprotectora, regula la inmunidad celular, previene la enfermedad cardíaca reduciendo el riesgo aterogénico. Aumenta la densidad ósea y mejora la glucogenogénesis y la beta oxidación de ácidos grasos en el músculo. El dosaje de DHEA es un marcador biológico de envejecimiento.

La somatopausia está dado por el declinar de las concentraciones de la Hormona de Crecimiento, lo que determina en la edad adulta que la grasa se desvíe y se acumule en el abdomen debido a una mayor actividad de la LPL de la grasa abdominal. La significativa disminución de niveles sanguíneos de la Hormona de Crecimiento conlleva la pérdida de masa muscular o sarcopenia. La combinación de sarcopenia y somatopausia se traduce en una alteración de la composición corporal con aumento de la masa grasa, disminución de la masa muscular, pérdida de masa ósea e insulinorresistencia. La sarcopenia es uno de los procesos degenerativos característicos del envejecimiento, determina la disminución en la síntesis de proteínas musculares; algunas de

estas proteínas son las encargadas del ingreso de la glucosa al interior del músculo. Esta es una de las causas que llevan a la mayor incidencia de diabetes en el anciano, de ahí la importancia de implementar medidas que aumenten la masa muscular.

Otra hormona que disminuye con la edad es la melatonina, además de estar implicada en el ciclo sueño-vigilia, y por ende ser necesaria para un descanso reparador, se sabe que es un potente antioxidante y protector neuronal.

Finalmente, en la prevención de los efectos del envejecimiento, se ha de destacar la importancia de una adecuada nutrición, pero dado el tipo de alimentación actual con dietas generalmente inflamatorias, y la constante exposición a tóxicos ambientales como metales pesados y disruptores endócrinos, es fundamental el aporte de vitaminas, minerales y aminoácidos, como nutrientes de la matriz extracelular y para el correcto funcionamiento celular. (58, 62)

III. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

En Uruguay, en los últimos años, se desarrollaron numerosos avances normativos y estratégicos en Salud Sexual y Reproductiva que incluyen múltiples leyes, decretos, ordenanzas, guías y manuales que esquemáticamente se pueden dividir en distintas aéreas: Derechos y servicios, Anticoncepción, Prevención de cáncer, prevención ITS/VIH-SIDA, Embarazo, parto y puerperio, Interrupción Voluntaria del embarazo, Reproducción Humana Asistida, Violencia de Género, Trabajo Sexual.

Se destaca por su importancia y su amplio alcance la ley N° 18.426, *Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva,* promulgada el 1° de diciembre de 2008, Decreto N° 293/010 de 30 de setiembre de 2010, siendo sus principales objetivos:

- Asegurar a toda la población la cobertura de salud sexual y reproductiva.
- Garantizar la calidad y la privacidad en la atención.
- Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, considerando a la persona en todos los aspectos.
- Capacitar a maestros y docentes para que eduquen en el ejercicio de estos derechos.
- Impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y estimu-

lar la atención institucional de los temas más importantes en salud sexual y reproductiva.

- Fomentar el intercambio de información entre instituciones y redes sociales.
- Dar a conocer y proteger los derechos de niños, adolescentes y adultos en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva.
- Prevenir la morbimortalidad materna y sus causas.
- Promover en el momento del parto condiciones de intimidad y privacidad; evitar prácticas invasivas o el suministro de medicación que no sean necesarias.
- Promover la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado", mediante el desarrollo de programas asistenciales para la disminución de los riesgos y daños.
- Promover la maternidad y paternidad responsable y planificada.
- Garantizar a toda la población el acceso a métodos anticonceptivos seguros y confiables.
- Incluir la ligadura de trompas y vasectomía con consentimiento informado de la mujer y el hombre respectivamente.
- Promoción de la salud mental desde la óptica de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias.
- Prevenir y tratar ciertas enfermedades de origen genitorreproductivo.
- Educación para un climaterio saludable.
- Prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual, y el daño por consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

Por su parte, la OMS define empoderamiento como un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, para ello, los individuos y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan su salud y bienestar. (63)

Son claros los beneficios que aporta incrementar el empoderamiento, tanto a nivel personal como de la de salud pública. A nivel personal, la formación e implicación de la mujer en los cui-

dados de la salud posibilita una mayor capacitación para afrontar enfermedades y prevenirlas. Con ese mayor conocimiento, la mujer aumenta su autonomía para tomar decisiones que afecten su salud, manejar los síntomas y controlar y gestionar la enfermedad. Esta actitud conlleva un mejor seguimiento de la enfermedad y adherencia al tratamiento. A nivel de salud pública, la implicación en su salud se traduce en ahorro y mejora en la gestión del sistema sanitario, al reducir los costos del proceso terapéutico, con mejor adherencia y haciendo un buen uso de los medicamentos. Además, esta actitud activa puede prevenir ciertas complicaciones. Y contribuye a reducir los costos: disminuyen las consultas, los servicios de urgencias, la hospitalización y las bajas laborales. (64)

Es importante incidir en la formación de los profesionales de la salud. En este sentido, creemos pueda ser una estrategia fundamental para la implementación de estas prácticas. La formación del profesional de la salud con enfoque en DDSSRR debe abarcar los tres niveles de formación: formación de pregrado, formación de posgrado y formación del especialista. La adquisición de esta visión integral por el especialista en ginecología seguramente sea el núcleo más duro, ya que muchas veces encontramos resistencia para modificar conductas asociadas a los viejos paradigmas de la medicina biologicista y paternalista. Crear cursos de educación médica continua sobre humanización de la consulta ginecológica, con enfoque basado en ciclo de vida y promoción de DDSSRR, debe ser una estrategia a implementar no solo para el especialista en ginecología, sino también para otras especialidades médicas y demás profesionales de la salud, como obstetras parteras y personal de enfermería.

IV. PERSPECTIVAS

Implementar la humanizacion de los cuidados en ginecología implica por un lado personalizar la atención a la usuaria-paciente a lo largo de su peripecia vital y por otro poner en marcha todos los mecanismos para mejorar la seguridad y la calidad en su atención en el proceso salud-enfermedad.

En la ginecología, los profesionales se encuentran en un lugar privilegiado, para abordar integralmente los problemas sanitarios, lo que no puede hacer, que desde la ginecología se arrogue la primacía de este rol, que debe ser compartido con el

equipo multidisciplinario, con un papel protagónico en nuestro SNIS del médico de familia.

Con respecto a la prevención del cáncer de cuello uterino, vemos que la mayor incidencia de esta patología se encuentra en el interior del país, específicamente en los departamentos limítrofes con Brasil. Analizando cuáles pueden ser las barreras para llevar adelante las estrategias de prevención de esta patología, encontramos que se tratan de las zonas más alejadas de Montevideo, en un país con una cultura muy centralizada en la capital. Destacamos además que son los departamentos con mayor inequidad social y económica, y algunos de ellos con los índices de ingreso *per cápita* más bajos del país. La accesibilidad de esta población a la realización de la CCO puede ser una limitante, ya sea por cuestiones geográficas o de índole socio cultural. Planteamos crear herramientas que permitan que este estudio llegue a la población objetivo, como podría ser la existencia de móviles que realicen CCO de manera ambulatoria en distintas localidades del país. Las trabajadoras formales deben tener vigente el carné básico de salud en el que está incluido la CCO. Esta estrategia no siempre alcanza al sector más vulnerable a esta enfermedad, el sector de más bajos recursos, que en muchos casos queda por fuera del sistema, por no trabajar o no tener un trabajo formal. Lograr crear una estrategia que exija la realización de la CCO para acceder a ciertos servicios o subsidios sin determinar una situación de discriminación o de falta de atención a una urgencia inmediata, es un desafío en el cual se podría avanzar.

El autotest de VPH puede ser otra estrategia planteada, la cual se está implementando a nivel mundial en muchas regiones. Consiste en la toma de muestra vaginal para la realización de prueba de detección del VPH por la propia mujer. Es de gran utilidad ya que podría aumentar la cobertura del tamizaje, no requiere de infraestructura específica y se puede realizar en el hogar de la mujer, o en ambientes de la comunidad que cuenten con suficiente privacidad. Facilita además que aquellas mujeres que trabajan fuera del hogar, que cuentan con poco tiempo libre, o que por motivos socioculturales no se vinculen adecuadamente con el sistema de salud, se puedan realizar la autotoma. Cuando se comparan las muestras auto recolectadas con las recolectadas por el especialista, se encuentra una alta concordancia de alrededor del 87 %. (65)

Con respecto a la prevención de cáncer de mama, destacamos las fuertes campañas llevadas adelantes por distintas organizaciones públicas y privadas de información y concientización sobre esta patología, las que han determinado que la enfermedad se diagnostique en etapas más precoces con mayor y mejor sobrevida.

Si bien no existen estrategias específicas de prevención primaria para el cáncer de mama, la realización de mamografía, que es requisito necesario para la obtención de carné de salud básico, es una herramienta que ha permitido el diagnóstico precoz y mejorado notablemente la sobrevida de las mujeres que padecen esta enfermedad.

La distribución a nivel nacional es muy distinta que la del cáncer de cuello, encontrando una clara predominancia en Montevideo. Al analizar por barrios de la ciudad destacamos las zonas del departamento con mayor nivel socioeconómico como las de mayor prevalencia. La educación a la población general y a la población de mayor incidencia en particular sobre cuáles son los elementos clínicos y paraclínicos que permiten un diagnostico precoz, es el camino a seguir en ausencia de otros elementos de prevención primaria a implementar.

En relación a las ITS, la existencia de distintas campañas de información y difusión, así como la implementación de distintas políticas públicas han logrado disminuir notablemente la transmisión vertical HIV; sin embargo, en los últimos años no ha disminuido el número de nuevos casos diagnosticados, permaneciendo estable.

El HIV es una ITS que es ampliamente conocida por la población general, así como sus medidas de prevención. No ocurre lo mismo con otras ITS como sífilis, herpes, infección por gonococo, entre otras tantas que son desconocidas por la población en general, y específicamente por la población joven y más vulnerable a este tipo de infecciones.

Las estrategias de prevención primaria, una vez más, deben estar centradas en la educación así como en la accesibilidad al preservativo femenino y/o masculino como principales medidas.

Si bien todos los prestadores de salud deben proveer de preservativos a sus usuarios, una estrategia importante sería minimizar las barreras para su acceso, por ejemplo pudiendo acceder a los preservativos con la presentación de la cédula de identidad

en farmacia de su prestador de salud, sin necesidad de prescripción médica.

Esta medida facilitará la accesibilidad de las mujeres al preservativo, pero también del hombre, en un sistema que no promueve el control en salud de un hombre joven sin patología, y que de otra forma no accedería a esta prestación. Esto además involucra al hombre en anticoncepción y prevención de ITS, lo que habitualmente recae sobre la mujer.

Con respecto a las estrategias en anticoncepción llevadas adelante en los últimos años, vimos que existen muchas normativas vigentes que han sido exitosas respecto a la universalización de la misma.

Las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), llevando adelante las normativas vigentes, aseguran la accesibilidad de los usuarios a los distintos métodos anticonceptivos, por lo que esto no debería ser una limitante para su uso.

El pilar fundamental estaría en la difusión de estas normativas y que los usuarios conozcan sus derechos para hacer uso de los mismos. En este sentido, serían de utilidad campañas públicas no solo promoviendo el uso de los diferentes métodos, sino también informando sobre cómo acceder a ellos.

En un grupo tan vulnerable como son las mujeres que se encuentran en cuidados paliativos, donde la asistencia se basa en la atención de la patología específica y se desatienden otros aspectos de la vida de la mujer, la conformación de un equipo multidisciplinario con profesionales formados en promoción de DDSSRR, atendiendo temas como sexualidad, anticoncepción, etc., entendemos que es fundamental.

Es importante destacar que en nuestro país distintas organizaciones públicas y organizaciones no gubernamentales vienen desarrollando estrategias que incluyen entre otras cosas la promoción y accesibilidad de la población a los DDSSRR. Muchas de estas políticas planteadas deberían ser articuladas a través de estas organizaciones para facilitar la implementación de los mismos.

A pesar del marco normativo modelo que Uruguay tiene en lo que se relaciona con la salud sexual y reproductiva, existen múltiples carencias. La mayoría de la brechas entre lo esperado y lo realizado en la atención de salud tiene al equipo profesional

como un elemento clave, y es por lo tanto clave contribuir a un cambio de actitud desde los profesionales como paso indispensable para lograr que los derechos sean promovidos en la atención de la SSR a lo largo de todo el ciclo de vida.

El equipo multidisciplinario, su conformación y capacidad de labor mancomunada son claves para lograr el más alto estándar de atención posible. En ese sentido colaborar desde un enfoque integral e integrado de conocimientos, habilidades y actitudes es la tarea del momento.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Nozar F FVCFBL. Instrumentación del programa de formación del posgrado de la clínica Ginecotocológica A. Montevideo: Oficina del Libro, FEFMUR; 2011.
2. 2019. TLADP. “Somos los responsables de la atención sanitaria de la mujer”. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). 2019; 134(1)(1-4).
3. Ciclo de Vida. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx.
4. Violencia contra la mujer. Uruguay: Organización Panamericana de la Salud; ingreso 2/6/2020.
5. JE B. Quality of life after the menopause: a population study. Maturitas. 2000; 34: p. 17-23.
6. Guía: Atención integral de la salud de mujer en climaterio. Montevideo-Uruguay: Ministerio de Salud Pública, Salud sexual y Reproductiva; 2009.
7. Bacon JL. The Menopausal Transition. Obstet Gynecol Clin N Am. 2017; 44: p. 285-296.
8. Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Uruguay: Comisión Honoraria de lucha contra el Cáncer, Registro Nacional de Cáncer.; Mayo 2019.
9. Carolina Artucio MGID. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Revista Uruguaya de Cardiología. 2017 Abril; 32(1).
10. C. R. El Síndrome Metabólico. Revista Médica Uruguay. 2006; 22: p. 108-121.
11. Ramos MV. Novedades de la Guía Europea sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares. Revista Uruguaya de Cardiología. 2020 Marzo; 35(1).
12. Guía de práctica clínica de tamizaje del Cáncer Colo-Rectal. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2018.
13. Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud; 2018 febrero.
14. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud; 2015.
15. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. Guidance Note. Geneva: Organizacion Mundial de la Salud, UNFPA; 2009.
16. MATTIOLI N. DME, SF. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo, (2011)

17. Guías en Salud Sexual y Reproductiva CAPÍTULO: Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2012.
18. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexa; 2018.
19. UN ASUNTO PENDIENTE: la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. UNFPA: Estado de población mundial. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf; 2019.
20. Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo. Montevideo: Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012; 2013.
21. Rowley J VSKELNUMARL. Global and Regional Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2016. WHO Bulletin; Junio 2019.
22. Estrategia Mundial del Sector de la salud contra las Infecciones de transmisión sexual 2016-2021.- Hacia el fin de las ITS. Organización Mundial de la Salud; 2016.
23. Infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis); junio 2019.
24. Recomendaciones de diagnóstico. Montevideo: Ministerio de Salud Pública., Dirección General de la Salud Área Programática Salud Sexual y Reproductiva Área Programática ITS-VIH/Sida; 2016.
25. Prevalence of genital human papillomavirus among females in the United States, the National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2006. Journal of Infectious Diseases. 2011; 204(4): p. 566-573.
26. Human Papillomavirus: Epidemiology and Clinical Features of Related Cancer. Hudnall SD (ed.). Springer Science + Business Media. 2014: p. 199-228.
27. Risk of cervical cancer and geographical variations of human papillomavirus 16 e6 polymorphisms. Lancet. 1998; 352: p. 1441-1442.
28. Human Papillomaviruses. En: Yarchoan R (ed.). Cancers in People with HIV and AIDS. Springer Science + Business Media. 2014;: p. 87-112.
29. Workowski KA BG. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep; 2015.

30. Guía de Práctica Clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.; 2014.
31. Kumar R RADDea. Alcohol and tobacco increases risk of high risk HPV infection in head and neck cancer patients: Study from North-East region of India. PlosOne [Internet]. 2015; 10(10).
32. GLOBOCAN. IARC World Health Organization. ; 2018. Disponible en: http://gco.iarc.fr/today.
33. Papilomavirus humano (PVH) y cáncer cervicoutérico. Organización Mundial de la Salud; Enero 2019. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer-.
34. Guillermo R. Tamizaje del cáncer de cuello uterino con test de HVP. Primeros resultados en el sistema público de Uruguay. Rev Méd Urug 2019. 2019; 35(4): p. 267-280.
35. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2ª ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.; 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/97892.
36. Insinga RP GARB. Diagnoses and outcomes in cervical cancer *screening*: a population-based study. Am J ObstetGynecol. 2004; 191(1): p. 105-113.
37. Dillner J RMBPPKSAMC. Long term predictive values of cytology and human papilloma virus testing in cervical cancer *screening*: joint European cohort study. BMJ. 2008: p. 337-754.
38. Marie-Hélène Mayrand.. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou *Screening* Tests for Cervical Cancer. N Engl j Med. 2007 octubre; 357(16).
39. M. A. Human papilloma virus testing versus repeat cytology for triage of minor cytological cervical lesions. Cochrane Data base Syst Rev. 2013;(3).
40. Barrios Enrique GM. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. Anales de la Facultad de Medicina. 2017; 4(1): p. 7-161.
41. Día Mundial del Cáncer de Mama- 19 de octubre. Organización Panamericana de la salud; 2018. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=591:dia-mundial -cancer-mama-19-octubre&Itemid=451.
42. Cáncer de mama: prevención y control. Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html.
43. Lafon LRA. Análisis de la distribución geográfica del cáncer en Montevideo. Rev Med Uruguay. 2002;(18): p. 36-47.

44. Union for international cancer control union internationale contre le cancer. Resumen de conocimientos. Switzerland: Organización Panamericana de la Salud.; 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/prevencion-factores-riesgo.pdf.
45. Guía de práctica clínica de detección temprana del cáncer de mama. Tamizaje y diagnóstico precoz. 2da edición. Uruguay.: Ministerio de Salud Pública; 2015. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-de-practica-clinica-de-detecci.
46. No. 164-Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. Journal Obstetric Gynaecol Canadá. 2018; 40 (11): p. 747-787.
47. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Green-top Guideline No. 41. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; mayo 2012.
48. C. Huchon XFMMAF. Dolor pélvico crónico de la mujer. Orientación diagnóstica y conducta práctica. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2018 setiembre; 54(3).
49. K Luc ASL, JG, TPM. Oxidative stress and inflammatory markers in prediabetes and diabetes. J Phisyol Pharmacol. 2019 Dec; 70(6).
50. 2016. GP. The cost of malnutrition. Why policy action is urgent. London, UK: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition.
51. Kivimäki Mea. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. The Lancet Publié en ligne le 19 août 2015.
52. Rebecca Hutcheson and Petra Rocic. Review Article The Metabolic Syndrome, Oxidative Stress, Environment, and Cardiovascular Disease: The Great Exploration.. Hindawi Publishing Corporation Experimental Diabetes Research Volum. 2012;(e 2012, Article ID 271028, 13 pa).
53. Akarolo-Anthony SN JMCSSDWWRK. Plasma Magnesium and Risk of Ischemic Stroke Among Women. Stroke. 2014 Aug; 12 (pii: STROKEAHA.114.005917.).
54. Ammar W. Ashor MSJLCOaJCM. Antioxidant Vitamin Supplementation Reduces Arterial Stiffness in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J. Nutr. jn.114.195826. Publié en ligne. Aout 2014.
55. De Oliveira Otto MC WJBAVDRSTMJDMD. Circulating and Dietary Omega-3 and Omega-6 Polyunsaturated Fat Acids and Incidence of CVD in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. J Am Heart Assoc. 2013 Dec. 2013 dec; 6.

56. Susan R Davis SWJ. Testosterone in women--the clinical significance. Endocrinol. 2015 Mar; 12(980-92. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00284-3. Epub 2015 Sep 7).

57. Robert A. Kloner MPCCIMADMSKMRMIM. Testosterone and Cardiovascular Disease. Journal of the American College of Cardiology. 2016; 67(5).

58. Anette E Buyken JGGJAFGCCHaJCBM. Association between carbohydrate quality and inflammatory markers: systematic review of observational and interventional studies. Am J CLin Nutr. 2014 feb .

59. Chowdhury R KS,A,WC,S,dJJ,a. Vitamin D and risk of cause specific death: systematic review and meta-analysis of observational cohort and randomised intervention studies.. BMJ. 2014 348:g1903.

60. Theodoratou E TI,L,J.. Vitamin D and multiple health outcomes: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. BMJ. 2014;(348:g2035).

61. Agneta Akesson P, Susanna C. Larsson P, Andrea Discaccia M, Alicja Wolk D. Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men A Population-Based Prospective Cohort Study. J Am Coll Cardiol. 2014 64; 13(1299-1306).

62. Crous-Bou M FTPJJBDMSQRKHFDVI. Mediterranean diet and telomere length in Nurses' Health Study: population based cohort study. BMJ. 2014 Dec; 2(349 g6674).

63. WHO. Regional Office for Europe. Health 2020 policy framework and strategy document. Geneva: World Health Organization. 2012.

64. Greene J HJ. Why does patient activation matter. An examination of the relationships between patient activation and health related outcomes. J Gen InternMed. 2012; 27: p. 520-526.

65. Ogilvie GS PDSMSJPMCKWRFJ. Diagnostic accuracy of self collected vaginal specimens for human papillomavirus compared to clinician collected human papillomavirus specimens: a meta-analysis. Sex TransmInfect. 2005; 81(3): p. 207.

VULNERACIONES EN EL PROCESO REPRODUCTIVO Y EPIGENÉTICA

MÓDULO 3. VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL PROCESO REPRODUCTIVO, PREMATUREZ Y RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL E IMPRONTA EPIGENÉTICA Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Ejercer maternidad en entornos saludables libres de violencia, pobreza y condiciones medioambientales adversas

SUMARIO

I. PRESENTACIÓN

II. POBLACIONES VULNERADAS EN SUS DERECHOS, SINDEMIA GLOBAL Y PANDEMIA COVID 19

III. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS DOS GRANDES SÍNDROMES PERINATALES
   a. Restricción de crecimiento fetal intrauterino
   b. Parto prematuro y prematurez

IV. ABORDAJE ETIOPATOGÉNICO Y FISIOPATOLÓGICO INTEGRAL DE AMBOS SÍNDROMES

V. LA IMPRONTA EPIGENÉTICA Y EL ROL DE LA MICROBIOTA EN LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS CONTEXTOS DE POBREZA

VI. CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS

VII. BIBLIOGRAFÍA

I. PRESENTACIÓN

Las poblaciones vulneradas en sus derechos tienen una prevalencia mayor de restricción de crecimiento fetal y de parto pretérmino. La prematurez y restricción de crecimiento tienen en común, además de su caracterización clínica de síndromes (ya que ninguno tiene una etiología única y conocida), el hecho de que ambos comparten mecanismos etiopatogénicos y fisiopatológicos, que muchas veces interactúan y se retroalimentan. Los entornos materno y fetoplacentario desfavorables, en ambos síndromes, tienen en común el desarrollo del fenogenotipo ahorrador, imprescindible para la sobrevida fetal. Lamentablemente, esta impronta epigenética se mantiene como un riesgo durante la peripecia vital, más allá del individuo durante la niñez, la adolescencia y juventud. De no mediar cambios en las condiciones, fundamentalmente vinculadas a los determinantes sociales, se consolidan como daño en la vida adulta con el aumento de la prevalencia de las mal denominadas enfermedades crónicas no transmisibles, ya que, en realidad, y de acuerdo a lo analizado, sí son transmisibles; transmisibles por la inequidad, la pobreza y la vulneración de derechos a los que están expuestas estas personas. Es necesario un abordaje integral de estos dos síndromes, basado en una perspectiva de derechos y equidad, para poder disminuir su prevalencia y, con esto, prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas. Esto es particularmente acuciante en los países como Uruguay, donde la fertilidad descansa sobre los hombros de las mujeres más vulneradas en sus derechos.

II. POBLACIONES VULNERADAS EN SUS DERECHOS SINDEMIA GLOBAL Y PANDEMIA COVID 19

El concepto de vulnerabilidad social es complejo y multidimensional. Aquí se describe desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), el cual se conceptualiza en la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud creada por la Organización Mundial de la Salud y los define como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Entre ellos señaló la pobreza, clase social, posición social (absoluta y relativa), modos de vida, nutrición, exposición a ambientes no saludables, condiciones de vida y trabajo, educación, y acceso a los servicios de salud. (1) Este modelo destaca la distribución desigual de la salud, el bienestar y la vulnerabilidad en las poblaciones y, dentro de estas, las mu-

jeres, los niños y adolescentes, las personas con discapacidad, la diversidad sexual, los pueblos originarios (indígenas) y afrodescendientes siguen encabezando los grupos de personas más discriminados en el mundo.

En particular, la pobreza y la desigualdad aumentan la morbimortalidad de las mujeres embarazadas y en la primera infancia, ya que en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica las mujeres están expuestas a múltiples factores de riesgo potencialmente dañinos para su salud y la de sus hijos, como el abuso de sustancias, viviendas precarias, contaminación ambiental y deficiencias nutricionales, entre otras. Así por ejemplo un meta análisis demostró la mayor incidencia de anemia en pacientes con bajos y medianos ingresos, y los resultados neonatales ya conocidos de esta afección. (2) Se han estudiado también las condiciones de vivienda maternas (como la humedad y calefacción, número de personas por habitación) en los resultados neonatales y se ha demostrado la asociación con bajo peso y prematurez. (3) El abuso de sustancias está ligado fuertemente a los resultados neonatales y, como sabemos, aquellas pacientes vulnerables son más susceptibles a sufrir estas adicciones. (4)

El proceso reproductivo, tanto a nivel materno como fetal, es más riesgoso en las mujeres vulneradas en sus derechos. Los dos principales síndromes obstétricos, el síndrome de parto de pretérmino (PP) y el síndrome de restricción de crecimiento fetal intrauterino (RCIU), son más prevalentes en estas pacientes, tanto si comparamos países subdesarrollados con los desarrollados, como si lo hacemos en lo interno de los países cuando se estratifica por quintil de ingreso. (5, 6) La evidencia es contundente en cuanto a cómo la pobreza y la desigualdad aumenta la morbimortalidad de las mujeres embarazadas y en la primera infancia. (7)

Justamente la restricción de crecimiento y la prematurez que se da a partir de situaciones maternas en contexto de vulneración de derechos puede desencadenar los diferentes cambios biológicos y activación de los mecanismos de epigenética que llevan a mayor propensión de enfermedades crónicas en la vida adulta. (8, 9) Las enfermedades crónicas se desarrollan desde la impronta epigenética denominada “genofenotipo ahorrador”, cuando esos adultos, convertidos en individuos obesos, con diabetes, aterosclerosis, o portadores de algún tipo de cáncer, no eran sino pequeños embriones y fetos adaptándose a las con-

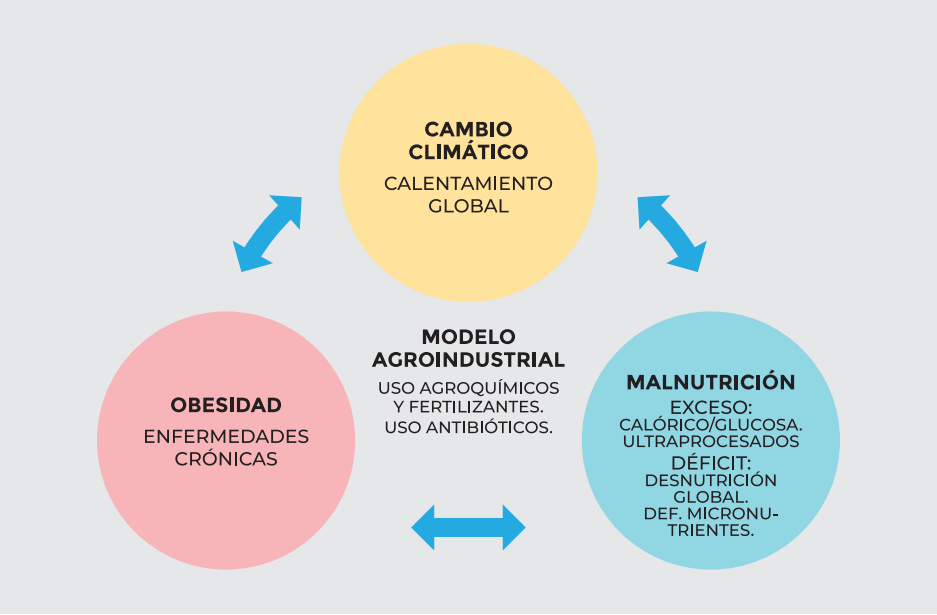
diciones de deprivación de nutrientes, estrés y otras situaciones desfavorables, dentro del útero materno. (10)

Por otro lado, es claro que las condiciones de vulnerabilidad son agravadas por algunos eventos globales, entre los que se destaca, por su masividad e impacto, el cambio climático. El calentamiento global y el aumento de los eventos climáticos extremos afectan mayormente a las personas con mayor afección de los determinantes sociales de la salud. Cambio climático, pobreza e inequidad y derechos sexuales y reproductivos tienen relaciones que, desde los equipos de salud, se deben conocer para pesquisar y tomar medidas sanitarias para mitigar su efecto deletéreo. (11)

En este contexto, recientemente se desarrolla el concepto de "sindemia global". La sindemia es la sinergia de epidemias que ocurren conjuntamente en el tiempo y el lugar, que producen secuelas complejas y comparten impulsores sociales subyacentes comunes. El informe Lancet plantea la sindemia global (Figura 1) como una suma y retroalimentación de epidemias, entre la emergencia del cambio climático, la epidemia de obesidad y la generalización de la malnutrición, en exceso o déficit, a nivel mundial. En el centro de esta epidemia se encuentran los sistemas productivos, en particular el modelo agroindustrial basado en la explotación intensiva, el uso de plaguicidas y antibióticos, que además contribuye con el efecto invernadero. El cambio climático, sobre todo el calentamiento, lleva a cabo la primera epidemia que es la crisis de inseguridad alimentaria a nivel global, generando desnutrición por falta de alimentos naturales, como sobrealimentación por exceso de oferta de ultraprocesados. Esta situación que tiene particular efecto en las emergencias por catástrofes, lleva a un riesgo incremental de la segunda epidemia, la malnutrición, que incrementa el riesgo, por diferentes mecanismos. Obesidad, la tercera y última epidemia, es un complejo problema metabólico que tiene íntima vinculación con enfermedades como la diabetes, las cardiovasculares, la aterosclerosis e hipertensión y el cáncer.

La sindemia global generada en los diferentes escenarios mundiales afectará sobre todo a las personas más vulneradas en sus derechos, con menor información y poder adquisitivo, y serán ellas, y su progenie, las que carguen con el grueso de la enfermedad y muerte que estas situaciones generan.

Figura 1. Sindemia global.



Entre la sindemia global y la producción de las enfermedades crónicas en los contextos de pobreza, se pueden analizar condiciones que, desde la perinatología, la genética y la inmunología se comienzan a conocer. Se destaca así el rol de la disbiosis, de las alteraciones de la microbiota de la mujer en el proceso reproductivo, que se dan en los ecosistemas intestinal, vaginal, bucal e incluso útero placentario. La otra condición emergente de estudio es el estrés materno, vinculado a la vulneración de los derechos de la mujer en el contexto de los sistemas patriarcales (12).

La emergencia mundial de la pandemia COVID 19 se enmarca en la situación de la sindemia global ya que, en última instancia, los circuitos causales de la pandemia COVID 19 y de la sindemia global, se relacionan a un mismo fenómeno: el modelo de producción agrícola intensivo destructor del medio ambiente que impone la economía de mercado contemporánea y que hace, entre otras muchas cosas, que reservorios animales entren en contacto con humanos, promoviendo, eventualmente con intermediarios animales de criaderos ultraintensivos, el pasaje y contagio del humano por nuevos tipos virales. Frente a esta situación, la visión que integra la salud con el medio ambiente de-

nominada “una sola salud” debe imponerse en cualquier análisis unilateral que aborde la salud solo tomando en cuenta lo que ocurre en la intimidad de la relación médico-paciente-sistema de salud.

Por los cambios en los sistemas de salud y de los cuidados (protección personal de los equipos de salud): afectar en una disminución de los controles de embarazos, de acontecer, llevará a un aumento patología materna perinatal no diagnosticada. Además del impacto en la calidad y humanización de los cuidados. Es claro que, a pesar de los esfuerzos de los equipos de salud, aumente el intervencionismo innecesario desde el punto de vista obstétrico y por tanto la iatrogenia en estas pacientes.

Los efectos de la pandemia COVID 19 se expresan, fundamentalmente, por las dificultades de acceso de atención sanitaria, mayor riesgo de vulneración de derechos, dadas las condiciones de aislamiento social que aumentan el riesgo de violencia basada en género, dificultades para alimentación dado el incremento de la pobreza, entre otras circunstancias.

La sindemia global, sumada a la pandemia mundial declarada por la OMS causada por Coronavirus (SARS-Cov-2), va a agravar las desigualdades de salud ya existentes en las poblaciones más vulnerables. Modelos y datos disponibles de epidemias previas sugieren que los impactos indirectos de la pandemia actual provocarán probablemente el aumento de la tasa de mortalidad materna neonatal e infantil, así como los embarazos no deseados, la propagación de enfermedades infecciosas, todas la formas de desnutrición, y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. Los gobiernos de América Latina y el Caribe (ALC) han declarado el estado de emergencia, emergencia humanitaria y una emergencia de salud pública, que los enfrentará a grandes desafíos: preservar y mantener la continuidad de los servicios de salud esenciales en poblaciones vulnerables y prevenir y mitigar el efecto de la COVID 19, para poder proteger del contagio a estos grupos más vulnerables. (13)

Desde una perspectiva holística, los grandes síndromes perinatales como expresión del hándicap socio sanitario de los sectores más vulnerados en sus derechos, también se relacionan con la salud global del planeta. El concepto actual de “una sola salud” expresa la importancia de analizar los aspectos específi-

cos de la salud humana en el contexto de la salud animal y vegetal en el contexto del abordaje ecológico integral.

III. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS DOS GRANDES SÍNDROMES PERINATALES

Los dos grandes síndromes perinatales, restricción de crecimiento y prematurez, tienen, desde una mirada epidemiológica que incluye la epigenética y desde la etiopatogenia integral, muchas cosas en común, la más importante de la cual es la alteración del crecimiento y desarrollo fetal y/o duración del embarazo. (14)

El crecimiento humano se define como el proceso continuo desde la fecundación hasta alcanzar la talla definitiva. Requiere durante la vida fetal de: oxígeno (difusión simple); glucosa (difusión facilitada); y aminoácidos (transporte activo). El crecimiento fetal se desarrolla sincrónicamente mediante los procesos de crecimiento de masa fetal (hiperplasia, hipertrofia y matriz celular), síntesis proteica y una increíblemente acelerada diferenciación celular. La regulación de estos procesos es mediada básicamente por la insulina y factores de crecimiento y con un rol determinante de la regulación genética/epigenética. El órgano clave es la placenta, que corresponde a un órgano transitorio que permite el desarrollo del feto. Es de tipo hemocoriónica y su característica principal es la gran invasión del trofoblasto a la decidua y al miometrio para entrar en contacto con la sangre materna.

Cuando algo afecta este delicado y maravilloso proceso sobreviene la restricción del crecimiento y, del momento en que ocurra la noxa y el tiempo que dure, devendrá el tipo de restricción que presente el feto.

Por otra parte, la duración del embarazo es aún una incógnita para la ciencia. Se reconocen varias teorías, pero ninguna da una respuesta certera a cuál es el mecanismo último que comienza el trabajo de parto, sea este en el tiempo esperado o prematuramente. La teoría física, mecánica y neuroendócrina vinculada al crecimiento feto-uterino, distensión y barorreceptores, la teoría de la oxitocina vinculada al aumento de receptores de oxitocina por incremento de estrógeno/progesterona y la prostaglandina, la teoría endocrino fetal con liberación de corticotrofina y otras que priorizan aspectos relacionados con el estrés materno.

A pesar de los elementos comunes, conviene abordar ambos síndromes de manera específica.

a. RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL INTRAUTERINO

Conceptualmente el síndrome de RCIU corresponde a un crecimiento del feto menor al que su potencial genético determina, por múltiples causas en general vinculadas a la insuficiencia de la función placentaria vinculada a algún proceso patológico. Generalmente, la RCIU se diagnostica por la presencia de un peso fetal estimado ecográfico (PFE) menor al percentil 10 (p10) para la edad gestacional (EG). Se excluyen de la definición de RCIU los fetos con PFE por debajo del p10 que crecen de acuerdo a su potencial genético y en los cuales no median procesos patológicos. Estos fetos se denominan pequeños para la edad gestacional (PEG) normales, y su diagnóstico es de exclusión. De acuerdo a los conocimientos actuales de la epigenética, la restricción de crecimiento puede considerarse como predisponente de las enfermedades crónicas denominadas como no transmisibles, aunque las evidencias indican que son socialmente transmisibles.

Su diagnóstico es complejo y en la actualidad con un bajo valor predictivo positivo de la probabilidad paraclínica, con un rol central de la ecografía, pero la certeza se tiene al nacimiento cuando el recién nacido es un distrófico con afecciones características.

La ecografía tiene un rol fundamental en el diagnóstico de RCIU, mediante el cálculo del peso fetal estimado. Ante un peso fetal estimado menor al percentil 10 para la edad gestacional, el Doppler fetoplacentario permite establecer la diferencia entre en feto sano, pequeño para la EG, y un feto con RCIU, mediante la valoración de elementos de insuficiencia placentaria.

La evidencia actual sugiere que la RCIU está determinada por la existencia de insuficiencia placentaria. La insuficiencia placentaria produce un aumento de la resistencia placentaria, lo que se traduce en la ecografía Doppler como un aumento de la resistencia en la arteria umbilical (AU). El resultado de estas alteraciones determina un menor aporte de sangre al feto que pone en marcha mecanismos de adaptación hemodinámicos que preceden a la descompensación y eventual muerte.

Los fetos con RCIU clásicamente se diferencian en precoces (antes de las 32 semanas) y tardíos (a partir de las 32 semanas).

El punto de corte aceptado se establece de manera arbitraria y existe superposición entre ambos grupos. Esta clasificación no es etiológica. Los fetos con RCIU precoces presentan mayor tolerancia a la hipoxia. Estos fetos siguen la cascada de estadios Doppler y se asocian con síndrome de preeclampsia-eclampsia (SPE) hasta en un 50 % de los casos. No está claro si los fetos con RCIU tardíos corresponden a formas leves de falla en la implantación temprana de la placenta o a un daño superpuesto en la segunda mitad del embarazo. En general no hay cambios en el índice de pulsatilidad (IP) de la arteria umbilical, o son mínimos. En estos casos el índice cerebroplacentario (ICP) es más sensible para el diagnóstico. El deterioro de estos fetos no sigue una cascada de deterioro predecible; pueden sufrir una rápida agravación y presentar lesiones graves y óbitos inesperados.

Frente al diagnóstico de RCIU, se debe establecer el estadio clínico correspondiente, y realizar seguimiento con ecografía y Doppler según guías clínicas que se encuentran claramente determinadas.

Las estrategias de manejo ante el diagnóstico de RCIU deben considerar como eje central un equilibrio entre el riesgo de mortalidad intrauterina y secuelas asociadas de corto a largo plazo versus la morbimortalidad por prematuridad potencial. En edades gestacionales extremas es especialmente necesario considerar las expectativas de los padres y adecuarlo al servicio de neonatología local. No existe consenso en cuanto a cuál es el mejor momento de interrupción del embarazo. Actualmente no hay ninguna intervención efectiva para alterar el curso de un feto con RCIU salvo la interrupción de la gestación. El objetivo es el control del bienestar fetal y decidir el momento óptimo de la interrupción. Siempre debe discutirse el momento de la interrupción en cada servicio en conjunto con neonatología y en acuerdo con la familia. La interrupción del embarazo debe realizarse con condiciones de seguridad: centro especializado con unidad de cuidados neonatales, monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal en caso de parto, disminuir el estrés y trauma obstétrico y asegurar una recepción adecuada.

Ante el conocimiento actual de los cambios epigenéticos que estos fetos presentan durante la vida intrauterina, es alentador pensar que en un futuro la decisión de indicar el nacimiento en estos casos podría basarse en marcadores precoces de cam-

bio epigenético, evitando así los potenciales daños posnatales y en la vida adulta.

b. PARTO PREMATURO Y PREMATUREZ

Se define parto prematuro o de pretérmino (PP) como el nacimiento antes de las 37 semanas cumplidas de gestación. El PP puede ser espontáneo o por indicación médica. El PP espontáneo a su vez puede asociarse o no a rotura prematura de membranas.

Las causas de parto prematuro espontáneo pueden clasificarse en seis grandes grupos etiopatogénicos: Infección intrauterina/respuesta inflamatoria exagerada; trastornos hormonales; sobredistensión de la musculatura uterina; estrés materno o fetal; insuficiencia vascular útero-placentaria; o insuficiencia cervical.

Estos diferentes factores etiopatogénicos que llevan a la prematurez tienen diferente expresión según el nivel a considerar. A nivel materno, se manifiestan por intermedio de las modificaciones en la reacción inmune; a nivel placentario, por la infección local denominada corioamnionitis; y a nivel fetal, mediante el desarrollo del síndrome de respuesta inflamatoria fetal.

Se pueden describir tres niveles de intervención en el manejo del parto de pretérmino y el riesgo de prematurez. Un nivel primario con intervenciones destinadas a todas las mujeres, familia y comunidad antes o durante el embarazo, a efectos de reforzar la prevención primaria y reducir el riesgo de parto prematuro. El objetivo es disminuir los factores de riesgo para prematurez. Entre estos se destacan, por ejemplo, los programas de cesación de tabaquismo, la disminución de peso en mujeres obesas, y el control de patologías crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial. Un nivel secundario con intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas con factores de riesgo conocidos de PP, sintomáticas o asintomáticas. Se destacan: la existencia del antecedente de PP, la detección y tratamiento de infecciones predisponentes (urinarias, genitales) y la medida del cérvix uterino por ecografía. Esta última intervención consiste en la medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal entre las 20 y 24 semanas. El hallazgo de un cuello corto, menor a 25 mm, permite un tamizaje y detectar las mujeres con mayor riesgo. En esos casos, así como cuando existen an-

tecedentes de PP espontáneo, el uso de progesterona se asocia con una disminución del riesgo de parto prematuro. También el uso profiláctico del cerclaje cervical tiene valor en estos casos. Sin embargo, ninguna de estas intervenciones será efectiva si no se enmarca dentro de una política sanitaria que jerarquice el control del embarazo, el abordaje integral de la mujer y su entorno, y los determinantes sociales de la salud. Un nivel terciario con un conjunto de intervenciones destinadas a las mujeres embarazadas con riesgo inminente de PP o cuando el parto prematuro es inevitable. Su objetivo es aumentar las posibilidades de sobrevida y mejorar los resultados de los recién nacidos y lactantes prematuros.

Los problemas inmediatos o futuros de estos niños son la inmadurez pulmonar, la propensión a las infecciones y las complicaciones neurológicas. Los cuidados posnatales inmediatos y en la evolución son esenciales para el mejor pronóstico neonatal. Existen intervenciones bien conocidas y avaladas por la mejor evidencia científica disponible que incluyen: en la etapa prenatal la administración de corticoides, el nacimiento en centros con acceso a unidad de cuidados neonatales, lo que puede incluir el traslado prenatal de la embarazada, los tocolíticos para permitir la administración de corticoides o el traslado, el uso de antibióticos en los casos de rotura prematura de membranas y la administración de sulfato de magnesio para disminuir las complicaciones neurológicas. Luego del nacimiento, la termo protección, el uso de surfactante y presión positiva continua en las vías respiratorias para los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio. (15)

IV. ABORDAJE ETIOPATOGÉNICO Y FISIOPATOLÓGICO INTEGRAL DE AMBOS SÍNDROMES

El abordaje integral de restricción de crecimiento y prematurez implica la presencia de dos niveles de afección:

- En primer lugar, un primer nivel, constituido por el conjunto de condiciones del entorno de la mujer que aumenta el riesgo de provocar condiciones para lo que se denomina entorno materno desfavorable.
- En segundo lugar, cuando el entorno materno desfavorable afecta la unidad fetoplacentaria, concretando así un entorno del complejo útero-fetal desfavorable para el desarrollo fetal

que puede provocar de acuerdo al peso relativo de cada condicionante prematurez o restricción de crecimiento.

En ambos niveles de afección, por mecanismos diversos, algunos no bien conocidos aún, se producen activación epigenética a nivel fetal que llevará a la activación del fenogenotipo ahorrador.

PRIMER NIVEL: ENTORNO MATERNO DESFAVORABLE. Se describen a nivel materno diferentes condiciones desfavorables que actúan aisladamente o conjuntamente entre sí.

1. Condiciones inflamatorias, que pueden ser infecciosas o no infecciosas y provocan una reacción inmune materna distinta de la reacción fisiológica para el desarrollo de un embarazo normal. La infección activa el sistema de receptores tipo Toll 4 (TLR4) trofoblástica que se incrementa por la disminución de la acción de la progesterona, se activa así la cascada de las citoquinas con incremento de TNF, IL6, IL8 provocando una reacción local con aumento de la fosfolipasa A2, las colagenasas, las elastasas, el aumento de la acción de las prostaglandinas, entre otros mecanismos. (16)
2. Condiciones causadas por el estrés materno, como ansiedad y violencia contra la mujer, también se describen como entorno materno desfavorable. El estrés es una reacción fisiológica normal que se da ante circunstancias físicas y fisiológicas que son interpretadas por el individuo como amenazas o de demanda incrementada; cuando estas amenazas sobrepasan la capacidad adaptativa del estrés, se genera una reacción que incrementa el riesgo de que se produzca un daño. El estrés provoca un aumento del cortisol endógeno materno que puede superar la enzima placentaria encargada de su inactivación y llegar así al feto determinando cambios en la metilación del ADN fetal. (17) De hecho está bien demostrado que la violencia de género aumenta cinco veces más el riesgo la prematurez. (18) El estrés materno programa la descendencia mediante las concentraciones de cortisol. El estrés no es determinante solo al final de la gestación, tiene gran interés incluso al principio, antes del desarrollo cerebral y neuroendócrino. Por ejemplo, inhibiendo la enzima 11bHSD2 al principio de la gestación. El estrés crónico altera los mecanismos de retroalimentación negativa del hipocampo (mediada por receptores gluco y mineralocorticoides) con la metilación de una isla CpG específica localizada en el exón

1 F de los genes de receptores glucocorticoides NR3C1 disminuyendo respuesta protección materno placentaria. (19)

3. La pérdida de la biodiversidad de la microbiota como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades. La relación entre células microbianas y humanas es entre 2:1, se conforma así un ecosistema humano-microbiano que se ha denominado holobionte. Dentro de los factores que modifican la microbiota se encuentra la alimentación, tanto por la disponibilidad de calorías como por la mala calidad de los ultraprocesados. El acceso a determinados tipos de alimentos ultraprocesados con conservantes, la sobreexposición a regímenes calóricos o, por el contrario, la desnutrición, llevan a trastornos como la obesidad o el adelgazamiento extremo, que se relacionan con la generación de alteraciones graves de la microbiota que tendrán efecto deletéreo en la salud de la mujer embarazada y en el proceso reproductivo. Debemos recordar que vivimos en una era de uso indiscriminado de antibióticos que también modifica nuestra microbiota. (20, 25)
4. La presencia de disruptores endocrinos –vinculados a BETX (benceno, etil benceno, tolueno, xileno) y los fenoles–. Su uso a nivel del medioambiente ha demostrado efecto sobre la metilación del ADN; por ejemplo, aquellas embarazadas que vivían a menos de 5 km de emisores de algunas de estas sustancias, presentaron cinco veces más riesgo de parto pretérmino. También se demostró el impacto ambiental mediante la asociación de prematurez con el consumo de ftalatos (sustancias añadidas a plásticos). (26, 27)
5. Las condiciones de las causas vasculares útero placentarias. Estas se vinculan de manera directa con la disfunción placentaria. El ejemplo más claro es la presencia del síndrome preeclampsia-eclampsia. La adecuada placentación es la base para la tolerancia de la mujer al aloinjerto que es el embarazo, y se ve facilitada por los procesos inflamatorios que aseguran una adecuada remodelación vascular e invasión placentaria. (28) Luego de la fecundación y durante el primer trimestre, a nivel de la interfase materno-fetal, existe un predominio de expresión de citoquinas de perfil Th2 versus Th1, favorecido, entre otras circunstancias, por la acción de las hormonas sexuales, fundamentalmente la progesterona. (29) Esto asegura una disminución de la respuesta inmune local, lo que permite la adecuada remodelación de las arterias es-

> piraladas uterinas por parte del trofoblasto. La placentación defectuosa es consecuencia de una respuesta inmune inadecuada en la cual los mecanismos inmunológicos locales se encuentran desbalanceados, lo que determina una pérdida de esa inmunotolerancia que no permite la correcta invasión trofoblástica. Se genera un ambiente de malperfusión que determina un estrés oxidativo a nivel del lecho placentario, lo que conduce a una supresión selectiva de la síntesis de proteínas y una reducción de la proliferación celular. Esto puede verse agravado en caso de infartos placentarios y depósito de fibrina. En consecuencia, hay una reducción en el volumen de las vellosidades y el área de superficie para el intercambio materno-fetal. Se produce una desregulación extensa de la expresión génica, que afecta el transporte placentario, las funciones endocrinas, metabólicas e inmunes. (10)

Cualesquiera sean estas cinco condiciones adversas, el entorno materno desfavorable está vinculado estrechamente a los determinantes sociales perjudiciales. La pobreza y la exclusión son reconocidas universalmente por el impacto en las mujeres, sobre todo cuando hay intersección de vulnerabilidades como en lo etario (niñas, adolescentes y jóvenes), étnico racial (pueblos originarios y afrodescendientes), personas que viven crisis humanitarias y vinculadas con el cambio climático.

La condición materna desfavorable, por diferentes mecanismos, impacta en el entorno útero-placentofetal, haciendo que este también sea desfavorable para el desarrollo del embarazo. Dentro de estos mecanismos se describen la respuesta inmune materna, como respuestas inflamatorias infecciosas y no infecciosas que llevan a una inmunomodulación no acorde a la esperada para un embarazo normal: (30, 32)

- la activación del eje hipotálamo hipófiso-suprarrenal con aumento de la secreción de adrenalina y noradrenalina;
- aumento de la actividad del cortisol, aumento de la dehidroepiandrosterona y aumento de la secreción y acción de la oxitocina.
- También se describe la disminución de la acción de la progesterona, probablemente mediada por una serie concertada de eventos bioquímicos que afectan negativamente la capacidad del receptor de progesterona para regular genes diana que mantienen la quiescencia miometrial.

- La disbiosis intestinal originada por los cambios en la microbiota, por un incremento de patógenos oportunistas y especies pro inflamatorias, puede desencadenar también un ambiente fetal desfavorable.
- La placentación defectuosa genera un intercambio materno-fetal inadecuado y un ambiente hipóxico local; estas alteraciones en la placentación se asocian tanto al PP como al RCIU. Específicamente para el caso de la RCIU, puede presentarse aislado o asociado al síndrome de preeclampsia-eclampsia, en este último caso se asocia una disfunción placentaria más severa y mayor grado de vasculopatía materna.

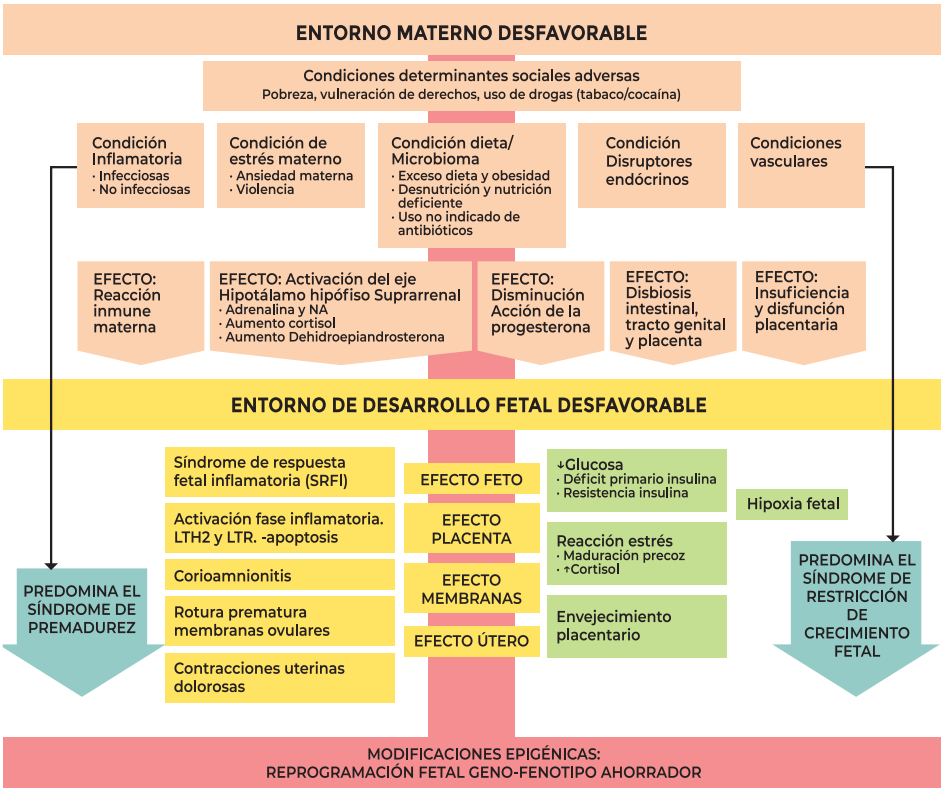
SEGUNDO NIVEL: ENTORNO FETOPLACENTARIO. En función de la afectación que prime se puede generar un pretérmino o una RCIU. El síndrome de PP se produce cuando lo que prima es bien una respuesta a una respuesta inflamatoria, bien una infección como la corioamnionitis, bien la activación temprana de la fase inflamatoria de LTH2 y LTR, bien por la rotura de membranas, bien por hiperactividad uterina o bien por cualquier combinación de las anteriores. Por su parte, el RCIU se genera cuando predomina el déficit del metabolismo glucídico, la hipoxia y el estrés fetal. A pesar de la diferente presentación clínica en ambos síndromes se generan modificaciones epigenéticas, con activación de algunos genes y represión de otros, que dan como resultado el denominado genofenotipo ahorrador. Los mecanismos involucrados, la modificación de histonas, las microARN, y la metilación de las citocinas, van a afectar al feto en desarrollo; por ejemplo, con alteración estructural de múltiples órganos y sistemas mayores que puede llevar a las afecciones de grado incremental donde se entrelazan la prematurez con la restricción del crecimiento fetal.

Dentro de la modificación epigenética, por ejemplo, la salud mental, como la percepción de estrés, se relaciona con cambios epigenético fetales a través de células sanguíneas del cordón. (33) Otros factores estudiados han sido la violencia doméstica, con evidencia de su impacto sobre la metilación del gen del receptor glucocorticoide, y el bajo nivel socioeconómico, con la metilación de elementos que pueden ser utilizados como marcadores. (34, 35) Se ha descrito que las madres que sufren depresión durante el embarazo provocan un aumento en la metilación de genes específicos, provocando bajo peso al nacer y de ellos una disminu-

ción en la expresión del *insulin growth factor* 2 en comparación con los neonatos con peso adecuado. (36) La malnutrición es uno de los factores de riesgo que más se relaciona con el PP y el RCIU, y su asociación también ha quedado demostrada por cambios epigenéticos como en los estudios de hambrunas durante la Segunda Guerra Mundial. (37) Las disbiosis tienen un rol principal en la activación epigenética y para muchos autores sería el intermediario entre el ambiente y las condiciones psicosociales con los procesos que llevan a activar el genotipo ahorrador. Se desarrolla incluso una nueva disciplina, la nutrigenómica, que se enfoca en la relación entre nutrición, disbiosis y epigenética.

La modulación epigenética, a nivel principalmente de las histonas, depende de los niveles de metabolitos intermediarios, vitaminas y minerales, los que actúan como sustratos, activadores o inhibidores; así, la disbiosis tiene consecuencias directas en expresión génica mediante cambios epigenéticos y desarrollo de enfermedades, sobre todo metabólicas e inmunes. (38) (Figura 2).

Figura 2. Integración de los niveles de afectación.



V. LA IMPRONTA EPIGENÉTICA Y EL ROL DE LA MICROBIOTA Y SU VINCULADO CON LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DE ENFERMEDADES

EPIGENÉTICA

La epigenética es la ciencia que explica la interrelación entre el ambiente y los genes. Estudia los cambios en el ADN, que no implican alteraciones en la secuencia de nucleótidos, pero que, sí modifican la estructura y condensación de la cromatina, por lo que afecta la expresión génica y el fenotipo. Así entendidos, las modificaciones epigenéticas son a la vez heredables y modificables, cuando cambian las modificaciones que las generaron. Las modificaciones epigenéticas se dan por tres mecanismos, la metilación de la citosina que forma parte de los pares citosina, la modificación química de las histonas de la cromatina (acetilación, metilación y fosforilación) y acción de los micro ARNs. (39, 41)

Existe suficiente evidencia de que diferentes factores psicosocioambientales generan modificaciones epigenéticas.

Entre los psicosociales se destacan el estrés, la violencia y la depresión.

Las condiciones causadas por el estrés materno, en particular la ansiedad materna y la violencia contra la mujer, se han descrito como factores de riesgo de síndromes obstétricos, así como también es un factor de riesgo potencial para resultados adversos tanto maternos como fetales. Un estudio correlacionó una escala de percepción de estrés con cambios epigenéticos fetales a través de células sanguíneas del cordón.

La presencia de violencia de género hacia la mujer ha demostrado su impacto con evidencia sobre la metilación del gen del receptor glucocorticoide.

Por su parte, entre los factores ambientales, existe evidencia del impacto de un ambiente adverso sobre la metilación del ADN, con estudios en animales como en humanos. (42, 44) Por ejemplo, se ha analizado el impacto ambiental sobre la edad gestacional al nacimiento en un grupo de mujeres según su cercanía a una planta industrial con alto nivel de contaminación, y evidenció que aquellas que vivían a menos de 5 km presentaban 5 veces más riesgo de PP. (28) También se demostró el impacto ambiental mediante la asociación de prematurez con el consumo de ftalatos (sustancias añadidas a plásticos). (27) Además de lo ambiental se ha buscado la repercusión epigenética de factores sociales, existiendo evidencia de cambios en la metilación de ADN con la hambruna y una relación directa entre el índice de masa corporal materno y el peso al nacer. (35, 36)

Los dos grandes síndromes perinatales asocian cambios epigenéticos. Los cambios específicos en la metilación del ADN fetal con diferentes factores socioambientales se han asociado con expresiones feto-neonatales como cambios en la edad gestacional al nacimiento y el crecimiento fetal, que sugieren una relación socio-ambiental con el síndrome de prematurez y el de RCIU. (37)

Así, en el caso del parto prematuro –uno de los eventos adversos en el desarrollo de la biología de los organismos vivos– se ha podido demostrado la persistencia del riesgo de prematurez de forma transgeneracional en una familia, dada la persistencia de los cambios epigenéticos. (38) En un estudio de pacientes africa-

nas se demostró en los partos pretérminos una sobreexpresión del gen del complejo mayor de histocompatibilidad clase 1 por hipometilación a dicho nivel y una mayor metilación del receptor de prostaglandina E2. (45) Otro estudio del año 2013 analizó de forma global el genoma y determinó diferencias de metilación entre los nacimientos de término y pretérmino, mediante el análisis de leucocitos de sangre del cordón. (46)

Toda esta evidencia sobre la modulación epigenética en el riesgo de prematurez ha llevado a la definición de un modelo teórico conocido como *Preterm Behavioral Epigenetics* (PBE). La epigenética conductual prematura está revelando nuevas vías que conducen a resultados perjudiciales posteriores en la vida en aquellas personas que tuvieron eventos adversos feto-neonatales. (47, 48)

En los casos de RCIU también se ha demostrado la relación con cambios epigenéticos. En grandes estudios se ha visto cómo la metilación de ciertos genes específicos es diferente entre grupos de crecimiento acorde versus restricción de crecimiento, sobre todo en aquellos genes que modulan el sistema endócrino-metabólico. Recientemente se han publicado dos estudios que apoyan estos resultados: un estudio de casos y controles publicado en 2017, que comparaba fetos con RCIU con respecto a los que presentaban crecimiento acorde, encontró una metilación diferente entre estos grupos en 2.265 genes. (49, 50) La evidencia sobre los factores socioambientales en la RCIU sigue creciendo, así por ejemplo un estudio observacional realizado en Brasil pretende evaluar el impacto de la violencia de género en el RCIU y evidenció un aumento del riesgo de este síndrome de hasta 15 % en aquellas pacientes que vivían esta situación de vulnerabilidad. (51)

Como se verá enseguida, las modificaciones epigenéticas son la explicación para el desarrollo de algunas enfermedades crónicas. Esto se debe a que los principales sitios de modulación son en genes relacionados con metabolismo glucídico y proteico como el receptor glucocorticoides factor de crecimiento *insulina like,* óxido nítrico, TNF. La modificación en estos genes está asociada a obesidad, diabetes, dislipemia. La base de la transmisión transgeneracional de enfermedades crónicas socialmente transmisibles.

MICROBIOTA Y DISBIOSIS

Uno de los moduladores más importantes de la activación genética es la presencia de disbiosis, es decir, alteraciones patológicas de la microbiota. El término microbiota se refiere al ecosistema de microorganismos (bacterias, virus, protozoarios y hongos) que habitan en el ser humano en diferentes órganos, como el sistema gastrointestinal, la piel, el sistema respiratorio y la vagina. Cuando este ecosistema se ve afectado se conoce como disbiosis, y estos cambios llevan a un desequilibrio entre los microorganismos con aumento de los patógenos oportunistas y especies pro inflamatorias; estas situaciones se han asociado con desencadenar un ambiente fetal desfavorable (Figura 3).

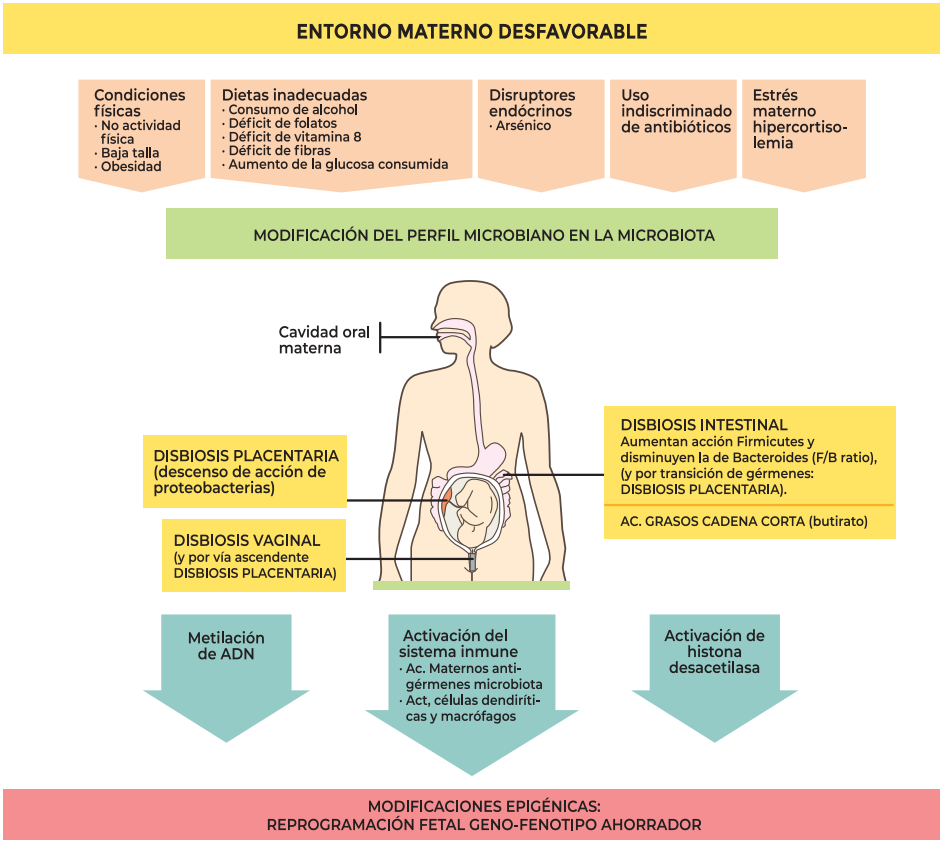
Las disbiosis tienen un rol principal en la activación epigenética y para muchos autores sería el intermediario entre el ambiente y las condiciones psicosociales con los procesos que llevan a activar el genotipo ahorrador (Figura 3). Se desarrolla incluso una nueva disciplina, la nutrigenómica, que enfoca en la relación entre nutrición, disbiosis y epigenética. La modulación epigenética a nivel principalmente de las histonas depende de los niveles de metabolitos intermediarios, vitaminas y minerales, los que actúan como cosustratos, activadores o inhibidores, así la disbiosis tiene consecuencias directas en expresión génica mediante cambios epigenéticos y desarrollo de enfermedades, sobre todo metabólicas e inmunes. Los estilos de vida y las dietas actuales han determinado modificaciones en la flora habitual originando en una disbiosis que tiene consecuencias directas en expresión génica mediante cambios epigenéticos y desarrollo de enfermedades sobre todo metabólicas e inmunes. El uso masivo de antimicrobianos, no siempre justificados, también se asocia con una disbiosis y sus consecuencias. (52, 58)

La colonización de la piel fetal y el tracto gastrointestinal comienza en el útero y está influenciada por la microbiota materna. Esto se evidenció, por ejemplo, por gérmenes que se hallan en la enfermedad periodontal como *Fusobacterium nucleatum* y *Porphyromonas gingivalis* y son causantes de PP y bajo peso al nacer en modelos animales. (59)

Los estudios detallados sobre la microbiota en la placenta han demostrado la colonización temprana del feto. En partos vaginales la placenta se contamina con la microbiota vaginal;

en parto por cesárea con membranas íntegras, la placenta, el líquido amniótico y el meconio tienen similitudes microbianas, lo que habla de una colonización intestinal intraútero, demostrado posteriormente en muestras fecales neonatales. La colonización por ureaplasma aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular, corioamnionitis y parto prematuro. (60)

Figura 3. Reprogramación genofenotipo ahorrador.



La correlación entre la infección del tracto genital inferior y un mayor riesgo de rotura de membranas ovulares (RPMO) y parto prematuro ha despertado recientemente un gran interés en la patogénesis de tales mecanismos relacionados con la infección. Un estudio reciente que tuvo como objetivo evaluar la estructura de la comunidad microbiana vaginal encontró una creciente diversidad bacteriana vaginal con lactobacilos reducidos

en abundancia como factor de riesgo temprano para RPMO. La flora vaginal donde predomina la presencia de bacterias, como *Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae* y la bacteria *Veillonellaceae* se asociaron con un mayor riesgo de parto prematuro. Del mismo modo, una mayor presencia de *Prevotella, Peptoniphilus, Streptococcus* y *Dialister spp* se vinculó con RPMO. Además, la vaginosis bacteriana puede aumentar el riesgo de parto prematuro y complicaciones perinatales, por lo cual los lactobacilos juegan un rol fundamental; en la medida que avanza el embarazo, estos predominan como microbiota y el riesgo es menor de parto de pretérmino. A pesar de que la placenta humana se ha considerado tradicionalmente como un ambiente estéril, estudios recientes revelaron que tiene una microbiota distinta que puede verse influenciada por las condiciones maternas, independientemente del tipo de parto. Específicamente, las especies microbianas de *Ureaplasma, Mycoplasma, Aerococcaceae, Bifidobacteriaceae* y *Fusobacteria* se encuentran predominantemente, o exclusivamente, en membranas de recién nacidos prematuros, destacando cómo el ascenso bacteriano del tracto urogenital es la causa principal de corioamnionitis e inflamación amniótica.

La microbiota materna intestinal y de la vagina, a través de la diseminación hematógena y la colonización ascendente, también influyen en la composición de la microbiota fetal durante todo el embarazo. (61)

REPRODUCCIÓN TRANSGENERACIONAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

La hipótesis de la transmisión transgeneracional de enfermedades crónicas se formula en 2013 (62), en relación a la impronta epigenética en procesos de pobreza. Cuando la modulación epigenética se mantiene, en los contextos de pobreza y exclusión, en la primera infancia, y en la medida en que la vulneración social persiste, se concretan disfunciones en cuanto a la crianza, la alimentación, la educación, la salud integral y sus cuidados que provocan un riesgo incrementado de desarrollo en la vida adulta de las enfermedades crónicas denominadas erróneamente como no transmisibles, pero que son en realidad socialmente transmisibles. (63) El desarrollo de los síndromes de parto prematuro y restricción del crecimiento tienen además un gran costo estratégico para los fetos y recién nacidos, la epigenética

del fenotipo ahorrador, imprescindible para mantener la vida en contextos tan desfavorables, deja una impronta que facilitará, aunque reversiblemente (esto no está demostrado totalmente), un riesgo incremental de enfermedades crónicas en el adulto. Los mecanismos involucrados, la modificación de histonas, microARN, y la metilación de las citocinas, van a afectar al feto en desarrollo, con alteración estructural de múltiples órganos y sistemas mayores, que pueden llevar a afecciones donde se entrelazan la prematurez con la restricción del crecimiento fetal.

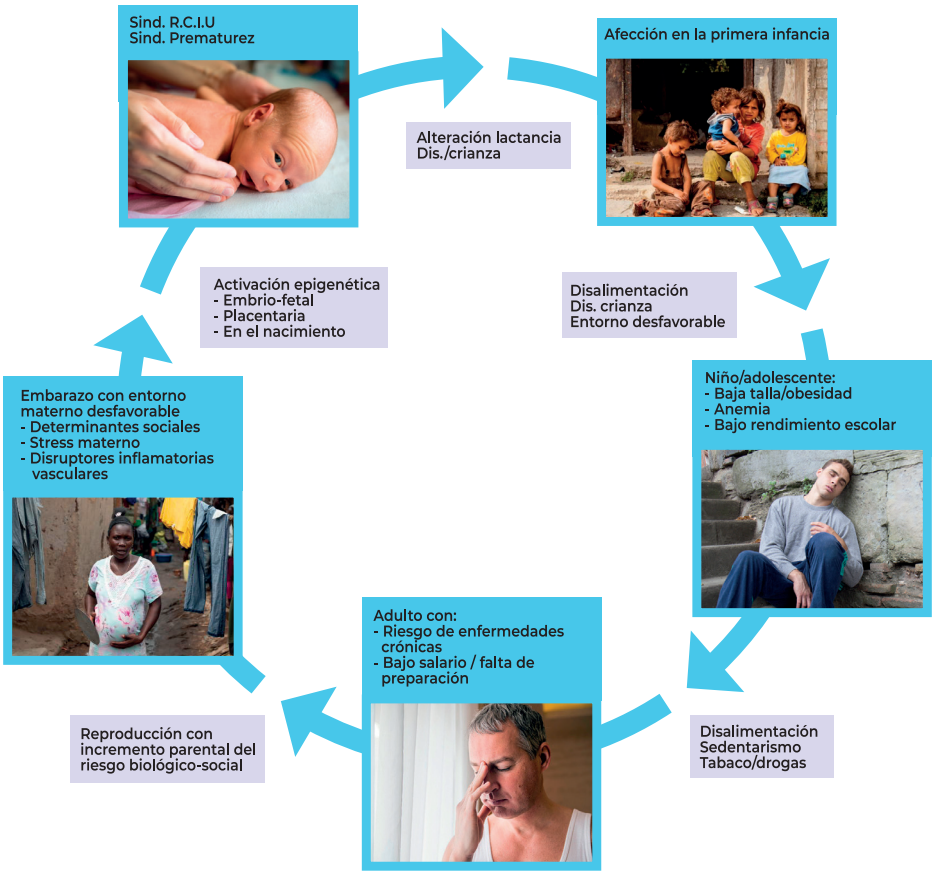
En la década de 1980, Barker estableció la teoría de la programación fetal que actualmente se conoce como el origen temprano de la salud y enfermedad o en inglés Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD). (64)

Con todo lo analizado previamente en la Figura 2, vemos cómo los factores socioeconómicos se asocian con resultados neonatales como prematurez y RCIU con activación del genotipo ahorrador y esto a su vez con la manifestación de enfermedades crónicas.

Existe evidencia sobre cómo la presencia de enfermedades crónicas se asocia con los bajos niveles socioeconómicos. Por ejemplo, un metaanálisis publicado en Lancet en 2017 pretendió demostrar el impacto del nivel socioeconómico en la mortalidad y los años de vida perdidos y observó cómo aquellos pacientes con un nivel socioeconómico bajo tuvieron mayor mortalidad comparada con los de niveles altos (HR 1,42, IC 95 % 1,38-1,45 hombres y HR 1,34, IC 95 % 1,28-1,39 en mujeres). (65)

Existe también evidencia que ha tratado de demostrar el impacto del nivel socioeconómico en las grandes patologías crónicas como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes. Un metaanálisis del año 2015 tuvo como objetivo demostrar el impacto del nivel socioeconómico en la HTA y evidenció un incremento del riesgo de HTA en los de menor nivel de ocupación (OR 1,31, IC 95 % 1,04-1,64) y los de menor nivel de educación (OR 2,02, IC 95 % 1,55-2,63). (66) De la misma manera, un metaanálisis quiso demostrar la asociación del nivel socioeconómico con las diabetes tipo 2, los bajos niveles educativos (RR 1,41, IC 95 % 1,28-1,51), los bajos niveles de ocupación (RR 1,31, IC 95 % CI: 1,09-1,57) y los bajos niveles de ingreso (RR 1,40, 95 % CI: 1,04-1,88) se asociaron con mayor riesgo de esta patología (Figura 4). (67)

Figura 4. Transmisión transgeneracional de enfermedades.



VI. CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS

a. SITUACIÓN ACTUAL

En la práctica actual el diagnóstico y manejo de estos síndromes obstétricos son extremadamente biologicistas. En el caso de la RCIU existen algunas medidas de definición de riesgo como el eco Doppler de las arterias uterinas, con la medición de la presión arterial media y el PEGF en el primer trimestre e incluso uso de ácido acetilsalicílico frente a un riesgo aumentado. Posteriormente su seguimiento es mediante valoración del crecimiento y

eco Doppler y su manejo obstétrico será la interrupción frente al planteo ecográfico de las consecuencias de la disminución del flujo en situaciones donde ya se demuestra una extrema asfixia con repercusiones fetales. En la prevención de la prematurez se manejan factores de riesgo como el antecedente de un pretérmino previo, cuello cervical corto y fibronectina elevada. Pero en aquellas pacientes sin estos factores, también ocurre la prematurez, y es un grupo de pacientes en las que aún no podemos realizar ningún tipo de profilaxis. En la perinatología del siglo XXI, la conducta obstétrica de estos síndromes, como el nacimiento en la RCIU previo a una asfixia inminente o el nacimiento en una RPM de pretérmino previo a la infección, no parecen ser intervenciones teóricamente aceptables. (68, 70)

b. ABORDAJE INTEGRAL

Es necesario incorporar los conocimientos reseñados a la práctica clínica, a saber en lo que respecta a definir el potencial riesgo de presentar estos síndromes, como por ejemplo los factores que modifican la epigenética. A nivel epigenético, si contáramos con biomarcadores de estos cambios podríamos determinar un perfil de riesgo. Si existieran estos patrones y se pudieran detectar estaríamos en la perspectiva de, frente al diagnóstico de modificaciones epigenéticas "de riesgo", intentar generar terapias para cambiar o modificar la expresión de genes ya sea por medicamentos o cambios en estilo de vida, dado que las modificaciones epigenéticas son reversibles. De esta forma se podría evitar, o al menos posponer, la vía final común de la interrupción del embarazo prematuramente como único tratamiento de necesidad en la mayoría de los casos.

Tanto el desarrollo de biomarcadores como eventual modulación farmacológica aún es un tema de investigación, pero es necesario comenzar a considerar estas situaciones para detectar pacientes con factores de riesgo socioambientales y así actuar en consecuencia, considerando esta etapa como una ventana de oportunidad. Se destaca la importancia de informar a la paciente de su situación de riesgo valorando la posibilidad de modificar los factores que sean posibles y ajustar el control del embarazo a su riesgo.

Para poder realizar esta estimación de riesgo sería necesario reforzar en la anamnesis obstétrica con algunos aspectos entre los que se destacan:

1. Situaciones de los determinantes sociales de la salud.
2. Situaciones vitales estresantes: situación socio familiar, económica, trabajo, violencia de género.
3. Dieta habitual y uso de antimicrobianos y antiácidos que modifican la microbiota.
4. Indagar situación ambiental en profundidad.

Sería importante familiarizarse con instrumentos validados útiles para la valoración de algunas situaciones multifactoriales, y de alta subjetividad como el estrés, en estas situaciones. Por ejemplo, una herramienta útil podría ser la aplicación de una escala validada para medir el estrés (Cuadro 1). (71)

Cuadro 1. Escala de estrés percibido.

Durante el último mes	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan en tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

La activación epigenética puede revertirse en base a estímulo y rehabilitación, mejora de la alimentación y actividad física, todas acciones mucho más difíciles de realizar por las mujeres que más padecen estas afecciones en el marco de pobreza, con

lo cual hay más posibilidad, más allá de las intenciones, de que haya discrianza y afecciones en la niñez (anemia, obesidad, etc.), la adolescencia y la juventud, con sedentarismo, consumo de tóxicos y baja escolaridad.

Debe considerarse además la salud materna como una clave fundamental para mejorar los resultados neonatales y así la evolución de las enfermedades crónicas del adulto. Es necesario destacar, dentro de la salud materna, el derecho a la asistencia por salud mental. Cuando una mujer, habilitada por su condición biológica, accede a ser madre, comienza a transitar por una experiencia que hace anclaje en la vida emocional y psíquica, con resonancias diversas de acuerdo a la construcción subjetiva, su historia familiar y su contexto social y cultural. En este contexto complejo, se vuelve fundamental la implementación de abordajes interdisciplinarios, que permitan comprender los contextos de quienes transitan su maternidad. Esta estrategia, que implica una perspectiva multicausal de este proceso, es la que nos permite poner en evidencia de forma integral las posibles vulnerabilidades de derechos de cada caso en particular. Dentro de los mismos, la salud mental forma parte de los escenarios en que transcurre la vida y el embarazo, como un pilar del derecho a la salud en sí, a la posibilidad de vivir con disfrute una etapa específica de la vida, sin que ello conlleve una enfermedad mental. Así debe comprenderse que existen situaciones médicas adversas, que generan angustia y miedo frente al temor del resultado obstétrico, lo que puede poner en juego las fortalezas y debilidades de su psiquismo. En estas situaciones es fundamental que la paciente acceda a los apoyos psicológicos que permitan acompañarla en ese posible quiebre, encontrando o produciendo, las herramientas psíquicas necesarias para evitar daños emocionales. El siguiente cuadro (Cuadro 2) presenta algunas situaciones frecuentes, y que intenta mostrar cómo las vulnerabilidades pueden interrelacionarse, planteándose para los diferentes equipos intervinientes el desafío de una coordinación y una comunicación efectiva.

Cuadro 2. Interrelación de vulnerabilidades.

Vulnerabilidad psíquica	Vulnerabilidad orgánica	Vulnerabilidad biopsicosocial
Antecedentes de patología mental	Patologías obstétricas	Deseo de desvínculo
Consumo problemático de sustancias psicoactivas	Antecedente de óbito fetal, varios abortos espontáneos	Embarazo sin control Situación de calle
Discapacidad intelectual.		Fallecimientos cercanos recientes.
Violencia basada en género	Alteraciones del desarrollo fetal efectos de elementos estresantes o traumatismos	Estrés durante internación (de estar acompañada por agresor) Historia personal o familiar cercano (pareja, hijos) con privación de libertad
Intento de autoeliminación		Situación de calle
Antecedentes de duelos no elaborados (especialmente pareja o hijo/a)	Patologías obstétricas	Dificultad en establecer un apego seguro, temor y ansiedad

Como se entenderá, las situaciones que planteamos como ejemplos frecuentes de superposición de vulnerabilidades no pueden ser abordadas exclusivamente por una sola disciplina. Para ello la comunicación entre los equipos de salud es fundamental. Para ser efectiva la misma debería apuntar a:

- tomar en cuenta las especificidades del otro, su campo de conocimiento y las características de su práctica clínica;
- la aceptación de las limitaciones del propio saber;
- apuntar a reducir los niveles de burocratización, sin que ello conlleve el desconocimiento de los protocolos establecidos.

Son claves algunos atributos que no son más que conocimientos, destrezas y actitudes del equipo de salud para la aproximación a toda esta problemática. En particular es imprescindible:

- Escucha atenta.

- Empatía que permita el manejo de los factores estresores presenten o que devengan en la situación de embarazo.
- No juzgar ninguna situación en término de valores.
- Estar informado sobre los diferentes recursos existentes, que puedan minimizar daños.
- Conocimiento de redes familiares.
- Respeto por la confidencialidad de la información personal aportada por las usuarias y su familia.

Si bien, como ya se ha descrito, *"el estrés es una reacción fisiológica normal que se da ante circunstancias físicas y fisiológicas",* lo que es vulnerable es la capacidad adaptativa o la demora en el proceso de adaptación ante las situaciones adversas. Es responsabilidad de los equipos de salud implementar las medidas necesarias una vez detectadas estas fragilidades en las posibilidades de ejercer la maternidad. Ante lo expuesto, resaltamos la importancia de una asistencia longitudinal en el transcurso del embarazo, donde los profesionales de la salud mental puedan participar de forma temprana. Dicho abordaje podrá favorecer un entorno materno saludable (mujer y embarazo), que pueda disminuir algunas de las condicionantes de vulnerabilidad, así como asegurar una asistencia posterior a los eventos de estrés vividos. (72)

Más allá de la valoración individual de riesgo, como vimos, todos los factores son más frecuentes y más difíciles de manejar en poblaciones vulneradas en sus derechos. Por lo tanto en este tema es necesario enfatizar en la necesidad de la supresión de inequidades entendiendo la reversibilidad de la metilación como una ventana de oportunidad. Para lograr esto son necesarias nuevas políticas sociales. Así como también la evidencia científica señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas, (73) un ejemplo en nuestro país es Uruguay Crece Contigo (UCC), una política pública de cobertura nacional, que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Debemos además mejorar aquellas políticas que hacen hincapié en los tipos de maternidad y maternaje en contextos de desigualdad social. Las habilidades psicoafectivas vinculadas al maternaje que una mujer pueda desplegar durante su vida adulta están condicionadas en gran medida por las experiencias de su propia vida intrauterina, de sus primeros mo-

mentos de vida y de todo lo que haya sucedido a modo de *continuum* en su etapa de crianza. La tarea del profesional está dirigida a poder definir el tipo de maternaje que esta paciente podrá ejercer y adecuar la atención a ello. Podemos así establecer tres frentes para el profesional: con la persona, con el equipo de salud y con el sistema. Con la persona es necesario desarrollar procesos de escucha y atención que se logren centrar en cada caso, cada tipo de maternaje y la autopercepción del mismo por parte de la mujer, lo cual requiere del profundo respeto de patrones culturales y su trayectoria vital , su autonomía y su capacidad de optimizar las condiciones de crianza, de disfrute del vínculo materno, para lo cual como profesionales, tenemos que ser capaces de ofrecer la oportunidad de autoafirmarse en su potencial protector, sin formatos únicos o ideales. Con el equipo de salud y con el sistema se debe contribuir para cambiar las experiencias, por ejemplo, de violencia institucional al estigmatizar situaciones. Que esto sea posible implicaría que como equipo de salud seamos capaces relativizar nuestro saber y protocolo sanitario, seamos capaces de posicionarnos desde el lugar de aprendices de cada una de las realidades que se nos ponen enfrente cuando estamos en consulta con una mujer, madre, que carga con una trayectoria de vulneración de derechos, pero que también tiene una identidad construida en torno a eso.

Para poder terminar con la inequidad se realizaron recomendaciones y en la conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud (Rio 2011) se fortaleció el compromiso político de los Estados miembros para abordar y reducir el problema de las inequidades sanitarias. (74)

El reducir la inequidad en salud ha sido un eje prioritario para múltiples organizaciones y responde al objetivo 2 de la estrategia de "Salud para en el siglo XXI" de la OMS: "Para el año 2020, se esperaba que las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los Estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos". En la CDSS-OMS se fijaron tres ejes básicos de acción: a) Mejorar las condiciones de vida (mejorar las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece); b) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y c) Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capaci-

tado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública. La Estrategia Mundial OMS de 2010 a 2015 ha tenido logros como la movilización del liderazgo político, nuevos compromisos de financiación, la creación de la iniciativa Todas las mujeres, todos los niños, así como el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Se destacan también avances en el acceso a métodos anticonceptivos, reducción de la mortalidad materna y la mortalidad y la malnutrición de la infancia, así como la lucha contra HIV, malaria y la tuberculosis. Sin embargo aún queda mucho por hacer, aún un número muy grande de mujeres, niños y adolescentes tienen vulnerados sus derechos. Para poder continuar la labor de los ODM, corregir la inequidad en y entre los países, es necesario continuar con la Agenda de Desarrollo Sostenible de ahora hasta el 2030. (75)

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y la Adolescencia es una estrategia que abarca la totalidad del ciclo de la vida, incluye a los adolescentes, no solo incluyéndose en el problema sanitario sino también en la función fundamental que ellos desempeñaban como impulsores claves de los cambios actuales. El estado de salud de una persona en cualquier etapa de la vida afecta su salud en otras etapas e incluso tiene efectos acumulativos en la generación siguiente. (76)

En los próximos años nos enfrentaremos a numerosos retos sanitarios para mejorar la salud de las mujeres, los niños y adolescentes. “La desigualdad y discriminación por motivos de dinero provoca desventajas económicas, sociales y sanitarias que inciden en el bienestar de las mujeres y de todo el ciclo de la vida y hasta las siguientes generaciones”.

Es necesario aplicar políticas internacionales de intervención sanitaria para reforzar los sistemas de salud, abordar los principales determinantes de la salud a nivel regional para así disminuir las desigualdades y vulnerabilidad que permitan promover los DDSSRR y permitan ejercerlos en iguales de condiciones.

Así, por ejemplo, dentro de los objetivos de la OMS de desarrollo sostenible para 2030, el objetivo número 10 habla de la supresión de las desigualdades. Con el fin de reducir la desigualdad se ha recomendado la aplicación de políticas universales que presten también especial atención a las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y marginadas. El objetivo 3 del de-

sarrollo sostenible sobre salud y bienestar tiene como uno de los objetivos reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. La detección de pacientes vulneradas en sus derechos interrumpiría la transmisión transgeneracional de enfermedades crónicas como hipertensión, obesidad y diabetes

Otra medida de gran impacto sería ajustar los sistemas de salud a las pacientes. Si bien es cierto que en la mayoría de los países las pacientes reciben cuidado prenatal, aún existen inequidades regionales. A las que se suma la necesidad de adaptar el cuidado prenatal a las características y factores de riesgo de las mujeres, promoviendo la equidad sobre la igualdad. Por ejemplo, valorar el estado nutricional materno y llevarlo a condiciones óptimas sería una medida con mejora en los resultados neonatales indudables como disminución de la mortalidad, de la restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso, prematurez, y mejoras en el desarrollo neurológico. Existen diferentes medidas útiles para mejorar el estado nutricional que no necesariamente implica la administración de suplementos sino el acceso a una dieta variada acorde a las necesidades individuales y promoviendo la educación nutricional en estas etapas de la vida. (77)

Otra medida interesante sería contar con una valoración y manejo adecuado del abuso de sustancias. No es suficiente con el diagnóstico de esta situación, sino que es necesario que los sistemas de salud brinden un abordaje integral para la deshabituación al consumo y un seguimiento continuo y longitudinal.

En cuanto a la adecuación del cuidado prenatal, detección de pacientes vulnerables: anamnesis mejorada de la presencia de factores de riesgo:

- Adecuación de la alimentación.
- Deshabituación de drogas.
- Manejo de la salud mental adecuado a las necesidades con capacidad de seguimiento longitudinal.
- Valoración ambiental de la residencia.

La adecuación del cuidado prenatal debe ser integrada, a diferencia de la clásica derivación a especialistas para el manejo de cada área por separado. Debe reformularse la idea de equipos

multidisciplinarios para lograr adecuar el cuidado prenatal a la situación de riesgo de cada paciente.

Es necesario considerar también la necesidad de incorporar investigación en esta temática, más allá de plantear los factores analizados como determinantes de estos síndromes, aún quedan grandes dudas obstétricas que quizás podrán explicarse en base a las teorías planteadas. Por ejemplo, ¿por qué algunas restricciones de crecimiento y pretérmino tienen mejor pronóstico neonatal y funcional que otras, independiente de la edad gestacional y de las complicaciones clásicas? Es posible que una explicación para estas diferencias se encuentre en la modulación epigenética con diferentes patrones, por lo cual es inminente la necesidad de estudios para su valoración.

El hecho de que la atención que hoy brindan los equipos de salud a las mujeres embarazadas pueda tener un impacto en dos o hasta tres generaciones más adelante, hace que se deba reflexionar en términos históricos el rol profesional y las actividades clínicas diarias, de una manera, quizás, no valorada hasta el presente.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_who_what_why_how_es.pdf?ua=1.
2. Rahman MM1, Abe SK2, Rahman MS2, Kanda M2, Narita S2, Bilano V2, Ota E3, Gilmour S2, Shibuya K2. Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2016 Feb;103(2):495-504.
3. Harville E, Rabito F. Housing conditions and birth outcomes: The National Child Development Study. Environ Res. 2018; 161: 151–157.
4. Ahmad N1, Robert CA2, Jampa A3, Ashraf S4, Patel RS5. Antepartum Drug Dependence and Pregnancy- or Birth-related Complications: A Cross-sectional Study of 19 Million Inpatients. Cureus. 2019 Nov 10;11(11):e6117.
5. Hadlock FP, Harrist RB, Sharman RS, Deter RL, Park SK. Estimation of fetal weight with the use of head, body, and femur measurements--a prospective study. Am J Obstet Gynecol. 1985 Feb 1; 151(3):333-7.
6. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, *et al*. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. The Lancet. 2012;379(9832):2162–72.
7. S. Stringhini, C Carmeli, M Jokela, M Avendaño, P Muennig, *Et al* Socioeconomic status and the 25× 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1· 7 million men and women The Lancet 389 (10075), 1229-1237.
8. Hyman, S.E., 2009. How adversity gets under the skin. Nat. Neurosci. 12, 241–243.
9. Emily Mendenhall, Merrill Singer. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. The Lancet 2019;10173: 741.
10. Tiedge M, Lortz S, Drinkgern J, *et al*. Relationship between antioxidant enzyme gene expression and antioxidant defense status of insulin-producing cells.Diabetes 1997; 46:1733–42.
11. Jensen CB, Storgaard H, Dela F, *et al*. Early differential defects of insulin secretion and action in 19-year-old Caucasian men who had low birth weight. Diabetes 2002; 51:1271–80.
12. Briozzo L. Impacto del cambio climático, las enfermedades crónicas y la pobreza en la restricción de crecimiento fetal y la prematurez, vinculadas a la epigenética y las disbiosis. Revista latinoamericana de perinatología) Rev. Latin Perinat. 2019, 22(4).

13. Rilay T., Sully. E., Ahmed, Z., Biddlecom, A.Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2020; 46: 73-76.
14. Briozzo L., Viroga S. Abordaje obstétrico integral de la prematurez y restricción del crecimiento fetal y su relación con las enfermedades crónicas del adulto.Rev. Med. Urug 2020;36 (1):74-84.
15. OMS. Intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro. Recomendaciones de la OMS sobre las intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro. WHO/RHR/15.22. Organización Mundial de la Salud, 2015.
16. Sykes L, MacIntyre D, Yap X, Teoh T, Bennett P. The Th1:Th2 Dichotomy of Pregnancy and Preterm Labour. Mediators of Inflammation. 2012;2012:1-12.
17. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J .A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. Int J Gynaecol Obstet. 2016;133(3):269-76.
18. Masho S, Cha S, Chapman D, Chelmow D. Understanding the role of violence as a social determinant of preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 2017 ;216(2):183.e1-183.e7.
19. Beijers R, Buitelaar JK, de Weerth C. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. (2014).
20. Lamont J. Wilkins, Manoj Monga, Aaron W. Miller. Defining Dysbiosis for a Cluster of Chronic Diseases. Sci Rep. 2019; 9: 12918.
21. Cox L, *et al*. Altering the intestinal microbiota during a critical developmental window has lasting metabolic consequences. Cell 2014; 158: 705-721.
22. Aghaali M, Hashemi-Nazari.Association between early antibiotic exposure and risk of childhood weight gain and obesity: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr Endocrinol Metab. 2019;32(5):439-445.
23. Vangay P, *et al*. Antibiotics, pediatric dysbiosis, and disease. Cell Host & Microbe 2015; 17: 553-564. 6-23.
24. Candon S, *et al*. antibiotics in early life alter the gut microbiome and increase disease incidence in a spontaneous mouse model of autoimmune insulin-dependent diabetes. PLOS ONE. 2015; 10: e0125448.
25. Boursi B, *et al*. The effect of past antibiotic exposure on diabetes risk. Gastroenterol 2015; 148: S-84.

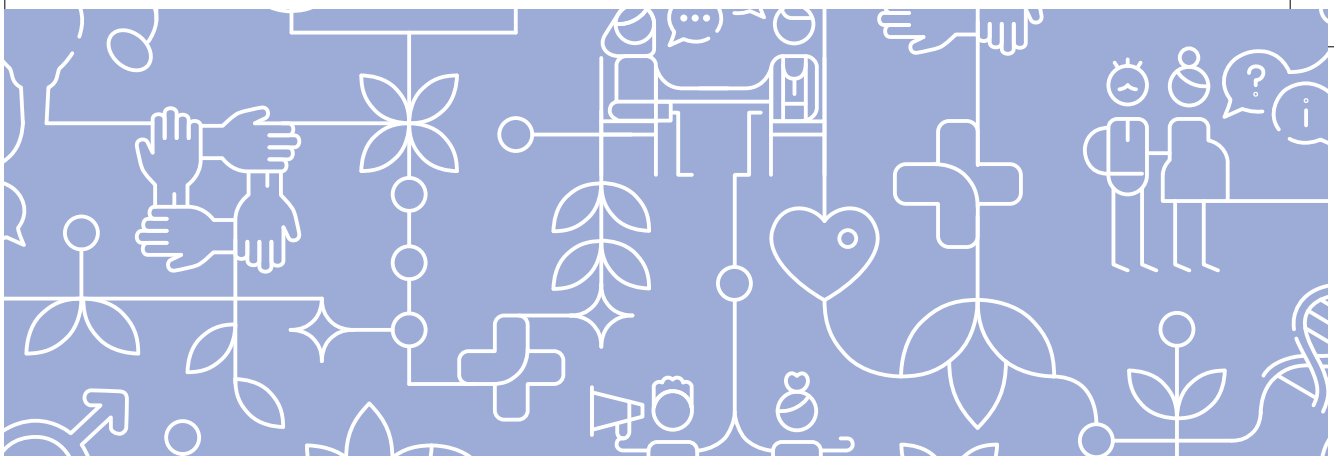
26. Becattini S, *et al*. Antibiotic-induced changes in the intestinal microbiota and disease. Trends in Molecular Medicine 2016; 22: 458-478.
27. Ferguson KK, McElrath TF, Chen YH, Mukherjee B, Meeker JD. Urinary phthalate metabolites and biomarkers of oxidative stress in pregnant women: a repeated measures analysis. Environ Health Perspect. 2015;123(3):210-216.
28. Porter TR, Kent ST, Su W, Beck HM, Gohlke JM. Spatiotemporal association between birth outcomes and coke production and steel making facilities in Alabama, USA: a cross-sectional study. Environ Health. 2014;13:85.
29. Burton G., Fowden A. , Thornburg K. Placental origins of chronic disease. Physiol. Rev. 2016 (4): 1509-1565.
30. Burton, G.J.; Jauniaux, E. Pathophysiology of placental-derived fetal growth restriction Am J Obstet Gynecol, 2018, 218(2):745-761.
31. Kajantie E. Fetal origins of stress-related adult disease. Ann NY Acad Sci 2006;1083:11-27.
32. Daniel B. Hardy, Bethany A. Janowski, David R. Corey, and Carole R. Mendelson. Progesterone Receptor Plays a Major Antiinflammatory Role in Human Myometrial Cells by Antagonism of Nuclear Factor-_ Activation of Cyclooxygenase 2 Expression. Molecular Endocrinology 2006 (11):2724–2733.
33. Maršál K. Preeclampsia and intrauterine growth restriction: placental disorders still not fully understood. J Perinat Med. 2017;45(7):775-777.
34. Ferguson KK, McElrath TF, Chen YH, Mukherjee B, Meeker JD. Urinary phthalate metabolites and biomarkers of oxidative stress in pregnant women: a repeated measures analysis. Environ Health Perspect. 2015;123(3):210-216.
35. Tobi, E.W.; Lumey, L.H.; Talens, R.P.; Kremer, D.; Putter, H.; Stein, A.D.; Slagboom, P.E.; Heijmans, B.T.DNA methylation differences after exposure to prenatal famine are common and timing- and sex-specific. Hum. Mol. Genet. 2009, 18, 4046–4053.
36. Sharp, G.C.; Lawlor, D.A.; Richmond, R.C.; Fraser, A.; Simpkin, A.; Suderman, M.; *et al* Maternal pre-pregnancy bmi and gestational weight gain, offspring DNA methylation and later offspring adiposity: Findings from the avon longitudinal study of parents and children. Int. J. Epidemiol. 2015; 44 :1288–1304.
37. Ferrero DM, Larson J, Jacobsson B, *et al*. Cross-Country Individual Participant Analysis of 4.1 Million Singleton Births in 5 Countries with Very High Human Development Index Confirms Known Associations but Provides No Biologic Explanation for 2/3 of All Preterm Births. PLoS One. 2016;11(9): e0162506.

38. Andrea A Baccarelli , Robert O Wright , Heather H Burris Rosalind J . Epigenetics linking social and environmental exposures to preterm birth, Wright Pediatr Res. 2016; 79(0): 136–140.
39. Pascale A, Marchesi N , Marelli C , Coppola A , Luz L , Govoni S , Giustina A ,Gazzaruso C. Microbiota and metabolic diseases Endocrine (2018) 61:357–371.
40. Russo VEA, Martienssen RA, Riggs AD. Epigenetic Mechanisms of Gene Regulation. Monograph 32. Plainview, NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press; 1996.
41. Klose RJ, Bird AP. Genomic DNA methylation: the mark and its mediators. Trends Biochem Sci 2006;31:89–97.
42. Bannister AJ, Kouzarides T. Regulation of chromatin by histone modifications. Cell Res 2011;21:381-95. 5.
43. Radtke KM, Schauer M, Gunter HM, Ruf-Leuschner M, Sill J, Meyer A, Elbert T.Epigenetic modifications of the glucocorticoid receptor gene are associated with the vulnerability to psychopathology in childhood maltreatment.Transl Psychiatry. 2015;5:e57.
44. Meaney M.J. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. Annu. Rev. Neurosci.2001; 24: 1161–192.
45. Szyf, M. The early life environment and the epigenome. Biochim Biophys Acta 2009;1790(9):878-85.
46. Booij, L., Wang, D., Levesque, M.L., Tremblay, R.E., Szyf, M. Looking beyond the DNAsequence: the relevance of DNA methylation processes for the stress-diathesis model of depression. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2013; 368(1615):2012-0251.
47. Parets S, Conneely K, Kilaru V, Menon R, Smith A. DNA methylation provides insight into intergenerational risk for preterm birth in African Americans. Epigenetics 2015; 10(9):784-92.
48. Kim J, Pitlick MM, Christine PJ, *et al*. Genome-wide analysis of DNA methylation in human amnion. Scientific World Journal. 2013;2013:67815.
49. Provenzi L, Guida E, Montirosso R.Preterm behavioral epigenetics: A systematic review.Neuroscience and Biobehavioral Reviews 84 (2018) 262–271.
50. Banister CE, Koestler DC, Maccani MA, Padbury JF, Houseman EA, Marsit CJ. Infant growth restriction is associated with distinct patterns of DNA methylation in human placentas. Epigenetics.2011; 6 :920-7.
51. Martinez D, Pentinat T, Ribo S, *et al*. In utero undernutrition in male mice programs liver lipid metabolism in the second generation

offspring involving altered Lxra DNA methylation. Cell Metab. 2014;19:941-51.

52. Ying-xue Ding, Hong Cui. Integrated analysis of genome-wide DNA methylation and gene expression data provide a regulatory network in intrauterine growth restriction. Life Sciences (2017); 179: 60–65.
53. Casanello P, Castro-Rodríguez J, Uzauy R,Krause B. Programación epigenética placentaria en restricción del crecimiento intrauterino. Revista Chilena de Pediatría 2016; 87(3):154-161.
54. Lobato G1, Reichenheim ME2, Moraes CL2, Peixoto-Filho FM1, Migowski LS. Psychological intimate partner violence and the risk of intrauterine growth restriction in Rio de Janeiro. Int J Gynaecol Obstet. 2018 ;143(1):77-83.
55. Lamont J. Wilkins, Manoj Monga, Aaron W. Miller. Defining Dysbiosis for a Cluster of Chronic Diseases.Sci Rep. 2019; 9: 12918.
56. Cox L, *et al*. Altering the intestinal microbiota during a critical developmental window has lasting metabolic consequences. Cell 2014; 158: 705-721.
57. Aghaali M, Hashemi-Nazari. Association between early antibiotic exposure and risk of childhood weight gain and obesity: a systematic review and meta-analysis.J Pediatr Endocrinol Metab. 2019;32(5):439-445.
58. Vangay P, *et al*. Antibiotics, pediatric dysbiosis, and disease. Cell Host & Microbe 2015; 17: 553-564. 6-23.
59. Candon S, *et al*. antibiotics in early life alter the gut microbiome and increase disease incidence in a spontaneous mouse model of autoimmune insulin-dependent diabetes. PLOS ONE. 2015; 10: e0125448.
60. Boursi B, *et al*. The effect of past antibiotic exposure on diabetes risk. Gastroenterol 2015; 148: S-84.
61. Becattini S, *et al*. Antibiotic-induced changes in the intestinal microbiota and disease. Trends in Molecular Medicine 2016; 22: 458-478.
62. Briozzo L., Cóppola F., Gesuele J., Tomasso G. Restricción de crecimiento fetal, epigenética y transmisión transgeneracional de las enfermedades crónicas y la pobreza. Horiz Med 2013; 13 (4): 45-53.
63. Ercan E, Eratalay K, Deren O, *et al*. Evaluation of periodontal pathogens in amniotic fluid and the role of periodontal disease in preterm birth and low birth weight. Acta Odontol Scand 2013;71(3–4):553–9.

64. Mark A. Underwood, MD, MAS and Kristin Sohn, MD. The Microbiota of the Extremely Preterm Infant.Clin Perinatol. 2017 Jun; 44(2): 407–427.
65. Tabatabaei N, Eren A, Barreiro L, Yotova V ,Dumaine A, Allard C,Fraser W. Vaginal microbiome in early pregnancy and subsequent risk of spontaneous preterm birth: A case-control study. BJOG 2019; 126: 349–358.
66. Organización Mundial de la Salud . Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1.
67. Barker DJ. The developmental origins of chronic adult disease. Acta Paediatr Suppl. 2004; 93:26-33.
68. Stringhini. *Et al*. Mortalidad prematura según factores de riesgo socioeconómicos. Lancet 2017; 389:1229-1237.
69. Leng B, Jin Y, Li G, Chen L, Jin N. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis.J Hypertens. 2015 Feb;33(2):221-9.
70. Agardh E, Allebeck , Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A.Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis.Int J Epidemiol. 2011 Jun;40(3):804-18.
71. O'Gorman, Neil; Wright, David; Syngelaki, Argyro; Akolekar, Ranjit; Wright, Alan; Poon, Leona C.; Nicolaides, Kypros H. Competing risks model in *screening* for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks gestation. In American Journal of Obstetrics and Gynecology. January 2016 214(1):103.e1-103.e12.
72. Figueras F, Gratacós E. Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol. Fetal Diagn Ther. 2014;36(2):86-98.
73. Moeun Son,Emily S. Miller. Predicting preterm birth: Cervical length and fetal fibronectin. Semin Perinatol. 2017 Dec; 41(8): 445–451.
74. OMS Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud Rio de Janeiro Brasil. 2011. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/social_determinants_health/es/
75. OMS. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y la Adolescencia. 2016-2030 Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/.
76. OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2000 Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs.
77. Nnam NM. Improving maternal nutrition for better pregnancy outcomes. Proc Nutr Soc. 2015;74(4):454-9.



VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

MÓDULO 4. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN LA CONSULTA GINECOTOCOLÓGICA

Promover la plena participación de la mujer en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social y la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia.

SUMARIO

I. INTRODUCCIÓN

II. PREVALENCIA EN URUGUAY Y EL MUNDO

III. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y MODELO PATRIARCAL

IV. EFECTO DE LA VBG SOBRE LA SALUD EN LA MUJER

V. DIAGNÓSTICO

VI. MANEJO INTEGRAL y APOYO DE PRIMERA LÍNEA

VII. AGRESIÓN SEXUAL COMO EXPRESIÓN DE VIOLENCIA

VIII. CASOS DE RIESGO VITAL

IX. PREVENCIÓN DE LA VBG DESDE EL INVOLUCRAMIENTO DEL VARÓN

X. PERSPECTIVAS

XI. BIBLIOGRAFÍA

I. INTRODUCCIÓN

El Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD) define la Violencia Basada en Género (VBG) como "un acto intencional de ejercicio de poder, con el objetivo de someter, dominar y controlar, vulnerando derechos y produciendo daños; es una de las manifestaciones de discriminación más importantes hacia mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores". Asimismo, constituye una problemática que resulta en daños a nivel físico, psicológico, sexual, económico, relacional, ambiental y social. En cualquiera de sus manifestaciones y espacios de ocurrencia tanto público como privado, constituye una violación de los Derechos Humanos y, por tanto, un obstáculo para conseguir la igualdad, la equidad y justicia social". (1)

Existe cada vez un mayor reconocimiento nacional e internacional del problema de la VBG con múltiples acciones que intentan disminuir y erradicar este grave problema.

La violencia es un problema de salud pública, reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la ONU define la violencia basada en género como aquella violencia dirigida contra una persona en función del género que él o ella tiene, así como a las expectativas sobre el rol que él o ella deben cumplir en una sociedad o cultura. La violencia basada en género destaca la dimensión de género, presente en este tipo de conductas, es decir, la relación entre el estado de subordinación femenina en la sociedad y su creciente vulnerabilidad respecto a la violencia.

La VBG incluye varios tipos de violencia como la física, psicológica o emocional, sexual, económica, patrimonial y verbal. Estas violencias pueden ser ejercidas en el ámbito doméstico, laboral, callejero, espacios hospitalarios (obstétrica), barrios, clubes, etc. (1)

Uruguay ratificó que la VBG es una violación de los Derechos Humanos, según lo discutido en encuentros internacionales como la Conferencia Población y Desarrollo, organizada por las Naciones Unidas (ONU) en El Cairo (1994), con la participación de 193 países, y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing (1995), con la intervención de 189 países del mundo.

La violencia basada en género es prevenible si se aborda reconociendo y transformando las bases culturales que la generan y sostienen, así como educando a la población a partir de

las diferentes leyes sobre Violencia hacia las Mujeres, en todos los ámbitos, incluido el Sistema Nacional Integrado de Salud. La ginecotocología como especialidad de la medicina y los equipos de atención a la salud sexual y reproductiva, que acompaña la mujer en todas sus etapas vitales, tienen un rol muy importante en esta temática. Por lo anterior, es prioridad mejorar los conocimientos, habilidades y destrezas para poder detectar situaciones de alto riesgo, diagnosticar, hacer un abordaje integral y encaminar las medidas terapéuticas a las mujeres que son víctimas de VBG, y contribuir a alertar a la sociedad con respecto a tan grave problema de salud.

La violencia basada en género viola los Derechos Humanos para los cuales nuestro país está suscrito en varios Convenios Internacionales. Múltiples leyes abordan este problema de salud, como, por ejemplo, la Ley N° 18.987.

"Ley Sobre Interrupción Voluntaria Del Embarazo". En Uruguay existe una ley promulgada en diciembre de 2017, que es la Ley N.° 19580, "Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género". Esta ley tiene como objeto garantizar el efectivo goce del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia basada en género.

II. PREVALENCIA EN URUGUAY Y EL MUNDO

A nivel mundial se estima que un 35 % de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de otras personas. Este elevado porcentaje no contempla otros tipos de VBG. En el mundo, el 38 % de los homicidios de mujeres se debe a violencia conyugal. (2)

La región de las Américas presenta uno de los mayores porcentajes de VBG por parte de sus parejas con una prevalencia del 30 % a lo largo de la vida de las mujeres. Mientras que la prevalencia acumulada de VBG a lo largo de la vida, realizada no por su pareja, es de 10,7 %, siendo uno de los más altos a nivel mundial, duplicando la prevalencia de Europa o Asia. La prevalencia global de VBG a lo largo de la vida es del 36 % de las mujeres. (2)

De acuerdo al Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, Uruguay es uno de los países que tiene mayor cantidad de muertes de mujeres ocasionadas por parejas o exparejas cada 100.000 mujeres. (3)

En Uruguay una de cada cinco mujeres vivió algún episodio de VBG en los últimos 12 meses, por parte de algún integrante de la familia. En un 98 % de los casos hay violencia psicológica, 14 % violencia económica y 7 % violencia física. En el 87 % de los casos hubo más de un episodio de violencia. Seis de cada 10 mujeres buscaron algún tipo de ayuda.

En las mujeres que tienen o han tenido pareja la prevalencia de VBG es del 47 % en algún momento de su vida, especialmente en las pacientes jóvenes. (4)

La VBG se presenta en un elevado porcentaje en mujeres con menores de edad a cargo, esto determina una vulneración importante de ambas poblaciones.

El feminicidio es la máxima expresión de la VBG, constituyendo en Uruguay el emergente sanitario de la salud de la mujer, siendo hoy una situación de emergencia nacional. El 77 % de las muertes derivadas de lesiones por agresiones en mujeres, en el período 2008-2014, fueron femicidios. (5, 6)

III. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y MODELO PATRIARCAL

Como ya se expresó en el Capítulo referido al Compromiso profesional de conciencia, se considera el género como un determinante social de la salud, resultante del modelo estereotípico que el modelo patriarcal impone para mujeres y varones y que es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las condiciones sociales y económicas en que las personas nacen, viven y se desarrollan y que inciden en los procesos de salud-enfermedad. (7) Las disparidades sistemáticas entre la salud de las mujeres y la de los hombres se atribuyen cada vez más al lugar diferente que ocupan en la sociedad fruto de la distribución del poder, del dinero y los recursos y menos a las características biológicas de cada sexo. Esta ubicación desigual se refleja en patrones inequitativos, relacionados con los riesgos para la salud, con el acceso a los recursos y servicios sanitarios y el control sobre los mismos.

Así entendido, el género es una construcción social, y se refiere a las consideraciones sociales de los comportamientos, actividades, atributos y obligaciones que cada sociedad considera apropiados para los varones y las mujeres. Por tal motivo, la VBG se produce por la inequidad de poder entre la mujer y el varón,

donde el varón tiende a generar un ejercicio perverso de poder hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes. (7)

Es importante entonces analizar el rol de género en las sociedades donde la violencia basada en género es más prevalente. En América Latina el sistema de relacionamiento social hegemónico es el denominado "patriarcado", el cual se define como la forma de organización social en que la autoridad es ejercida por un varón jefe de cada familia, denominado "patriarca", donde se establece un control social de sometimiento de la mujer a través de conceptualizaciones de "lo femenino" que justifican tal dominación. El patriarcado también es un sistema estratificador social e inherentemente violento, generando violencia contra la mujer y contra la infancia, directamente por un rol sucedáneo de la misma e indirectamente ya que la violencia contra la mujer condiciona la vida y la salud de sus hijos/as por lo cual la exposición a la violencia de los/las niñas, niños y adolescentes (NNA) los/as convierte en víctimas. El sistema social patriarcal también es violento con los propios varones, ya que fomenta la violencia entre hombres, a través de la competencia masculina (imprudencia ciudadana, violencia intermasculina, etc.), así como a través del consumo problemático de sustancias y el estereotipo de macho todopoderoso. Es también desde este estereotipo que hay una tendencia a negar enfermedades y no asumir conductas de autocuidado. El patriarcado afecta las condiciones de vida, instalando condiciones subjetivas de las familias y comunidades, también imponiendo una carga de estrés a las mujeres, en el proceso reproductivo, lo que puede incrementar los riesgos perinatales y la activación epigenética que se relaciona con los principales síndromes obstétricos (RCIU y prematurez).

IV. EFECTO DE LA VBG SOBRE LA SALUD EN LA MUJER

La VBG es causa importante de morbilidad y genera un terreno fértil para que las personas sean víctimas de lesiones físicas y psicológicas, así como afecta la autonomía de las mujeres, que determinan consecuencias graves en la salud de ellas. El trauma físico puede provocar lesiones músculo-esqueléticas, en los genitales y otras lesiones que pueden determinar discapacidad y hasta incluso la muerte. La afectación psicológica determina alteraciones en la salud mental con problemas como estrés postraumático, ansiedad, depresión, alteraciones en la alimentación y mayor riesgo de consumo problemático de alcohol, drogas y

tabaco. También puede provocar alteraciones somatomorfas como síndrome intestino irritable, dolor pélvico crónico o dolores crónicos, mayor riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares e hipertensión. En la esfera sexual, la VBG deriva en la pérdida de la capacidad de control de la sexualidad, y también en la pérdida del control reproductivo. Es frecuente la imposición de la sexualidad insegura, interfiriendo en el uso de anticoncepción, ya sea por el rechazo del uso de preservativos o evitando que la mujer use anticoncepción. La coerción reproductiva, como expresión de la VBG, determina que la mujer quede embarazada contra su voluntad. Se ejerce también en la presión a continuar o interrumpir un embarazo. Por lo tanto, los Derechos Sexuales y Reproductivos son vulnerados determinando mayor riesgo de tener un embarazo no buscado, así como de infección de transmisión sexual. Es habitual que las mujeres desde la concepción de violencia como violencia física únicamente, no identifiquen estos aspectos como expresión de VBG.

Las alteraciones en la salud mental vinculadas al estrés crónico determinan, en muchos casos, alteraciones epigenéticas vinculadas a la metilación del ADN, provocando un aumento de los riesgos obstétricos como ser un menor peso al nacer, mayor riesgo de prematurez y mayor riesgo de aborto. Estas alteraciones epigenéticas se trasmiten en las generaciones siguientes, determinando mayor riesgo de VBG y complicaciones obstétricas. (8)

La muerte de las mujeres víctimas de VBG no se debe solo a los feminicidios, sino que también se puede deber al suicidio o bien puede estar relacionado a complicaciones secundarias a enfermedades crónicas.

V. DIAGNÓSTICO

Es obligatorio que, tomando en cuenta la situación epidemiológica actual, el profesional piense siempre en la posibilidad de que la paciente que está abordando sea víctima de VBG. Se deben desarrollar habilidades y tener la intuición necesaria para poder arribar al diagnóstico y desencadenar las necesarias acciones. Un estudio realizado por Lozano *et al.*, (9) muestra que solo el 2% de las pacientes víctimas de VBG que consultaron en Primer Nivel de Atención expresaron la VBG como motivo de consulta. Para constatar la violencia se debe pensar siempre en

la posibilidad de que existan indicadores de VBG, inclusive que las pacientes relaten el padecimiento de la misma, dada la prevalencia analizada. El razonamiento inductivo es imprescindible en el abordaje de esta situación.

Algunos estudios muestran que las mujeres víctimas de VBG consultan a los profesionales de la salud más frecuentemente que las mujeres no víctimas, en muchos casos la mujer confía en los profesionales de la salud más que en cualquier otro profesional. Especialmente la ginecología en su rol como especialidad que aborda a la mujer en todas sus etapas vitales tiene un papel fundamental para realizar el diagnóstico y abordaje adecuados.

El embarazo y puerperio es un período de vulnerabilidad física y emocional para las mujeres, y en algunos casos la VBG se expresa durante el mismo. Incluso algunos estudios muestran que aquellas pacientes que son víctimas de VBG pueden agravar su situación durante el embarazo y puerperio. (10, 11)

El abordaje debe estar centrado en la mujer, y la atención que brindamos dependerá de lo que la mujer desee. Es importante no provocar mayor riesgo ni aumentar el sufrimiento de las mujeres, así como también evitar revictimizarlas, lo primero es no hacer daño (*primum non nocere*).

El respeto por los DDHH de la mujer y la promoción de la igualdad de género son los principios fundamentales de la atención centrada en la mujer. (12)

Es importante considerar, al momento de la consulta, que la VBG tiene su origen en la desigualdad de poder que existe entre los varones y las mujeres, por lo que debemos realizar una atención teniendo en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, generando un ambiente de confianza y seguridad. Las mujeres pueden sentir miedo, sentirse culpables o estigmatizadas por ser víctimas de VBG, por lo cual no se explicita la situación abiertamente. Es común en las mujeres que viven situaciones de violencia las actitudes ambiguas, discursos contradictorios, fruto del miedo, la naturalización de la violencia, la pérdida de autoestima, la percepción de falta de sostén, así como los sentimientos de soledad e impotencia, la vergüenza y el estigma interiorizado. Es común ver en la consulta relatos contradictorios, actitudes ambiguas, que pueden provocar cierto malestar en el equipo, pero que son fruto de la naturalización de la violencia. (12)

En el abordaje médico es indispensable conocer esta realidad social para hacer un abordaje con un enfoque de género desde una actitud de desnaturalización de la violencia.

Es muy escasa o nula la formación en habilidades y destrezas para el diagnóstico y el manejo integral de las mujeres víctimas de VBG en los ginecotocólogos. Se realizó una encuesta anónima aplicando el formulario PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*) autoadministrada, que es una herramienta validada al español donde se encuestaron a 142 ginecólogos o posgrados de ginecología de Uruguay. El 90 % de los encuestados presentaron menos de 20 horas de formación en VBG en su carrera. Solamente 5 encuestados refirieron tener formación avanzada especializada. El 54 % de los encuestados cree que el personal de salud no tiene el conocimiento para ayudar a las mujeres víctimas de VBG. (13)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que nuclea a las sociedades miembros en todo el mundo, recomienda realizar entrenamiento directo para los ginecólogos, obstetras y nurses mediante programas de entrenamiento específico y educación médica continua. (11) En este contexto, la Facultad de Medicina debería incorporar con mayor claridad el concepto de la VBG como un problema grave de salud, prevenible e inaceptable, y deberíamos considerarlo como una falta grave, tanto la ausencia de búsqueda como la detección de la misma, por las consecuencias en la salud de las mujeres, niños y niñas.

Varios estudios demuestran que el *screening* sistemático incrementa la tasa de detección de mujeres víctimas de VBG, sin haber demostrado mejorías en otros resultados de la salud de la mujer. La tasa de detección demostrada en dichos estudios es muy inferior a lo que muestran estudios de prevalencia. (14) Esto claramente demuestra lo complicado del diagnóstico, que no hay una herramienta específica, que se necesita tiempo, experiencia y confianza y que muchas mujeres no quieren mencionarlo en una consulta específica. A veces las mujeres necesitan varias instancias en las que se va generando una relación habilitante y de confianza para poder relatar la VBG. En tal sentido, la OMS no recomienda que se aplique una herramienta específica o método de *screening* específico para identificar a las mujeres víctimas de VBG, sino que se recomienda abordar el tema conociendo la prevalencia y el riesgo en todas las mujeres y especial-

mente en aquellas con mayor riesgo o que presenten lesiones o trastornos que se vinculen clínicamente con la violencia.

No se debe abordar la VBG si la paciente está acompañada. La consulta en presencia del agresor puede provocar mayor violencia con graves consecuencias. Incluso si la mujer está acompañada por otra mujer o familiar puede ser riesgoso porque puede tener un vínculo con el agresor. Tampoco está recomendado investigar la presencia de VBG cuando hay niños mayores de 2 años presentes en la consulta.19 Recomendamos buscar la oportunidad adecuada recordando el principio bioético de no maleficencia.

El interrogatorio a la usuaria a propósito de VBG debe ser en tono empático, con un lenguaje habilitante adecuado, sin emitir juicios críticos de valor. Es importante no utilizar términos como "violencia" o "maltrato" o "abuso", dado que en muchos casos la mujer puede sentir miedo al estigma o sentirse avergonzada y no abordar el problema. En muchas ocasiones la mujer no identifica las actitudes de control y maltrato psicológico como expresión de VBG, o reconociéndolo, puede sentirse avergonzada y no abordar el problema por temor al estigma. También, el temor a que no se le crea o se desestime.

Debemos respetar la autonomía de mujer, si la paciente no quiere mencionar la VBG, debemos respetar la decisión, aunque existan grandes elementos clínicos de sospecha. En estos casos recomendamos agendar una consulta posterior, explicar cuáles son los riesgos de la VBG y brindar información para saber dónde recurrir si la paciente lo desea. (12)

Como se mencionó, no existe una herramienta de *screening* específica con alta sensibilidad y especificidad para detectar VBG, aunque sí existen recomendaciones del MSP para indagar el ejercicio de violencia de varones, explicados en las Recomendaciones para el Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva de los Varones entre 20 y 65 años, en el Primer Nivel de Atención (MSP, 2020, p. 214). (14)

Para realizar la aproximación diagnóstica de VBG, recomendamos sistematizar diferentes pasos que se pueden adaptar de acuerdo a cada consulta y a la relación médico-paciente.

Encuadre: destacar la importancia del abordaje de la VBG en la consulta, destacando a la VBG como problema de salud muy importante que puede afectar la salud de las mujeres

Confidencialidad: destacar la confidencialidad en la consulta. La confidencialidad es uno de los principios más importantes del profesionalismo médico. La paciente debe saber que todo lo que se hable en la consulta es parte del secreto médico y nadie tiene que saber lo que se menciona en la consulta o se registra en la historia clínica, salvo que ella o sus hijos e hijas estén en riesgo vital, o estén siendo víctimas de abuso sexual.

Preguntas específicas: en el Manual de la OMS se recomiendan algunas preguntas de ejemplo para el diagnóstico. Se muestran algunos ejemplos para la ginecotocología.

Tabla 1: Preguntas de ejemplo para el diagnóstico de VBG.

"¿Tienes pareja? ¿Es mujer o varón? ¿Cómo te llevás con tu pareja?
"¿Le tiene miedo a su pareja?"
"¿Alguna vez su pareja u otra persona con quien conviva ha amenazado con lastimarla o hacerle daño físico? En ese caso, ¿cuándo sucedió eso?"
"¿Su pareja u otra persona de la casa la insulta o la intimida?
"¿Su pareja trata de controlarla, por ejemplo, no le permite tener dinero o salir de casa?" "¿Le revisa el celular?"
"¿Su pareja la ha obligado a mantener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales sin que usted quiera?"
"¿Su pareja ha amenazado con matarla?"

Muchas veces hay situaciones de violencia que son naturalizadas o no dimensionadas como tales y también podemos trabajarlas en la consulta problematizándolas (control sobre la vestimenta, no puede realizar actividades fuera de la casa y sola, control sobre el celular). (12)

Como menciona la OMS, debemos aprender a escuchar "con los oídos, con los ojos y con el corazón", es decir, es fundamental tener intuición clínica conociendo la prevalencia y los riesgos de este grave problema de salud. La intuición clínica semiológica se aprende y se entrena, y es obligación de la ginecotocología tener las herramientas con habilidades y destrezas necesarias para el diagnóstico.

REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA

Es fundamental una correcta descripción en la historia clínica, la misma está bajo los cuidados de la confidencialidad médica. El registro correcto puede significar un elemento muy importante como evidencia ante cualquier procedimiento legal posterior. La descripción de las lesiones debe ser exhaustiva y detallada, incluso bajo el consentimiento de la mujer se puede adjuntar fotografías a la historia clínica. También podemos consignar entre comillas expresiones que utilice la paciente para hacer referencia a la situación de violencia de manera de no cambiar en el registro el relato. (12)

VI. MANEJO INTEGRAL Y APOYO DE PRIMERA LÍNEA

Una vez que hacemos el diagnóstico de VBG debemos actuar de forma adecuada. Es obligación del ginecólogo tener las habilidades y destrezas, así como conocer los procedimientos adecuados y protocolizados. Es una falta grave de profesionalismo abordar una consulta ginecotocológica sin saber cómo abordar la VBG.

El apoyo de primera línea puede ser la acción más importante que se puede realizar en la consulta. En muchos casos es la única oportunidad para poder actuar y prevenir la morbilidad y el feminicidio. Esta oportunidad no puede perderse y los ginecotocólogos debemos estar formados para aplicar el apoyo de primera línea. La consulta ginecotocológica puede ser el único acercamiento a un profesional de la salud que la mujer víctima de VBG realice, por lo que en muchos casos es la única oportunidad para poder actuar y prevenir la morbilidad y el feminicidio. Hay que demostrar interés en lo que queremos indagar y no realizarlo por imposiciones institucionales. Debemos apoyarnos en los equipos específicos de atención a VBG que existen en las instituciones de salud. La interconsulta con personas capacitadas es una intervención en sí misma, pero para que la mujer quiera ir, primero debe visualizar y problematizar la situación de violencia que vive. El apoyo nuestro para generar esa demanda de atención es muy importante. La salida de la violencia de género es compleja y uno como profesional de la salud debe intervenir como un cauce para esa salida.

De acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el abordaje de apoyo de primera línea

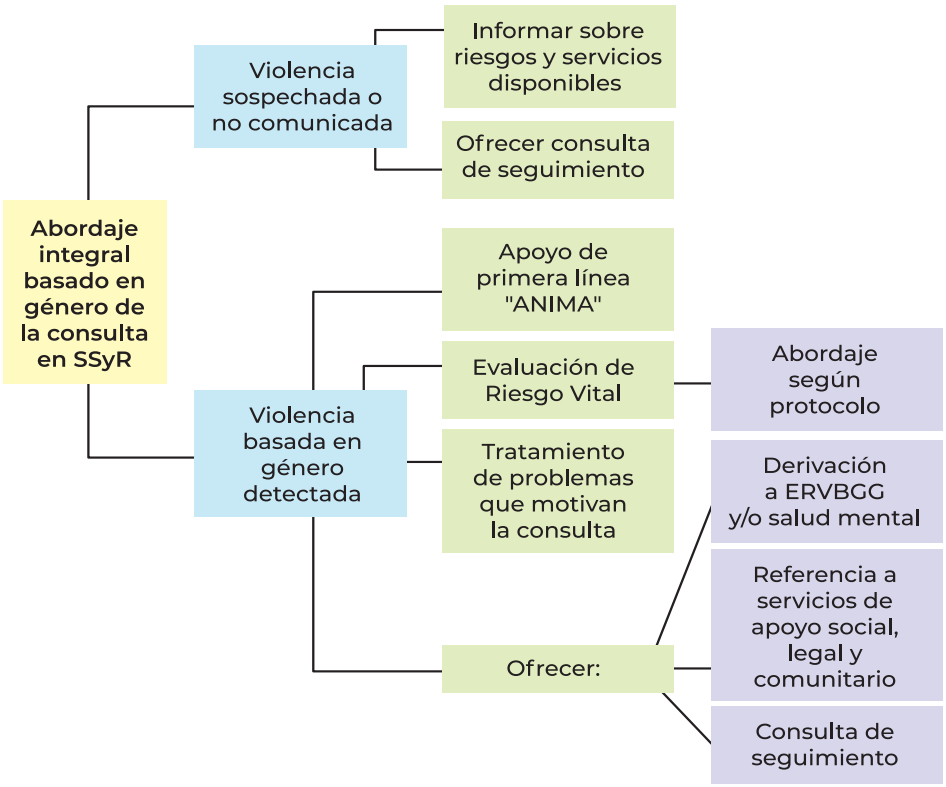
se proponen 5 tareas básicas fundamentales que pueden agruparse con acrónimo “ANIMA” (en inglés “LIVES”) y pueden salvar la vida de las mujeres. (12) Figura 1.

A	ATENCIÓN AL ESCUCHAR
N	NO JUZGAR Y VALIDAR
I	INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES
M	MEJORAR LA SEGURIDAD
A	APOYAR

Figura 1. Apoyo de primera línea “ANIMA”.

- **Atención al escuchar.** Escuchar atentamente a la mujer, con empatía, prestando atención y sin juzgar. Dedicar el tiempo que sea necesario para escuchar a la mujer.
- **No juzgar y validar.** No juzgar a la mujer víctima de VBG. Validar su relato, demostrar a la mujer que la comprende y que le cree. Mencionar que ella no es la culpable y que no tiene por qué pasar por esto.
- **Informarse sobre las necesidades y preocupaciones.** Evaluar y responder a las necesidades y preocupaciones que la mujer tenga: emocionales, físicas, sociales, familiares y económicas.
- **Mejorar la seguridad.** Evaluar los elementos de riesgo, trasmitir que no hay que subestimar el daño potencial que el agresor puede hacerle y que las situaciones más violentas muchas veces no se prevén. Analizar con la mujer un plan de seguridad para que se pueda proteger a sí misma, en caso de que los episodios de violencia se repitan. Evaluar si cuenta con redes de sostén.
- **Apoyar.** Apoyar a la mujer para que reciba información y los servicios y el respaldo social que necesita. Realizar seguimiento de la situación. La continuidad en la atención es fundamental para sostener el proceso de salida de la violencia.

Figura 2. Flujograma abordaje de Violencia Basada en Género en la consulta de SSyRR.



VII. AGRESIÓN SEXUAL

La agresión sexual es un tipo crítico de la VBG y tiene aspectos peculiares que se deben conocer para poder abordar clínicamente de una manera humana, competente y segura. Se aborda así el abuso sexual infantil y la conducta clínica ante una paciente que consulta por una violación.

a. ABUSO SEXUAL INFANTIL

La OMS define el abuso sexual infantil y adolescente como la participación de un Niño/Niña/Adolescente (NNA) en una actividad sexual que no entiende plenamente y con respecto a la que no está capacitado para dar su consentimiento fundamentado, o para la cual el NNA no está preparado de acuerdo con su nivel de desarrollo y no puede dar su consentimiento, o que infringe las leyes o tabúes de la sociedad. (15)

La OMS aporta también algunas definiciones operativas: (15)

Abuso sexual sin contacto (por ejemplo, amenazas de abuso sexual, acoso sexual verbal, solicitud de favores sexuales, exposición indecente, exposición del niño a la pornografía).

Abuso sexual con contacto, lo que incluye las relaciones sexuales con penetración o intento de penetración (es decir, agresión o violación sexual).

Abuso sexual con contacto que excluye las relaciones sexuales con penetración, pero incluye otros actos, como contacto inapropiado, estimulación por medio de caricias y besos.

Agresión sexual. Es el uso de la fuerza física o de otro tipo para conseguir o intentar una penetración sexual. Abarca la violación.

Violación. Penetración forzada de la vulva, la vagina o el ano, aplicando la fuerza física u otra forma de coacción, con un pene, otra parte del cuerpo o un objeto. También puede incluir la penetración oral. El agresor puede ser cualquier persona (es decir, un adulto u otro niño, niña o adolescente, conocido por la víctima o desconocido).

La importancia de este tema se refleja en la clara relación desigual de poder que implica un acto de estas características además de las repercusiones a corto, mediano y largo plazo que generan en el NNA sobreviviente al abuso.

La casuística internacional aportada por la OMS 2016 indica que a nivel internacional, uno de cada cuatro adultos manifiesta haber sufrido maltrato físico en la infancia y una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 varones declara haber sufrido abuso sexual (OMS, 2016). (15)

Más de mil millones de niños en el mundo sufren violencia anualmente. (15) Cada año 58 % de los NNA en América Latina y el Caribe sufren abuso físico, sexual o emocional, con más de 99 millones de vidas afectadas por la violencia (OPS, OMS, UNICEF, 2017).

Más del 70 % de los casos denunciados son perpetrados por familiares o conocidos del niño, cerca del 80 % de los casos no son denunciados y entre los que sí denuncian, solo 10 % llegan a sanciones legales. (15)

En Uruguay el informe de SIPIAV pone en evidencia el aumento sostenido desde 2011 de las situaciones de violencia severa hacia NNA, cerrando 2018 con 4131 situaciones de violencia reportadas por día. El abuso sexual representa el 23 % de las formas reportadas de violencia en este informe, siendo las víctimas 75 % niñas y 25 % varones. (16)

El 72 % de estas situaciones de abuso son crónicas y 28 % son un episodio único. En cuanto al agresor es un varón en el 83 % de los casos y mujer en 17 % restante. Referente al grado de relación con el NNA abusado, son mayoría los varones agresores, padres biológicos, pareja de la madre o familiar directo, y conviven con el NNA en un 67 % de los casos. (16)

En cuanto a abuso sexual se intervino en más de 900 situaciones (más de 2 por día), 3 de cada 4 fueron de sexo femenino y el 28 % tenían 5 años o menos. En el caso de agresores de abuso sexual, 3 de cada 4 agresores pertenecían a familiares directos o integrantes del núcleo de convivencia, el 83 % fueron hombres, siendo el 46 % padres o parejas de la madre. (16)

El abuso implica 3 aspectos:

- Ausencia de elección por parte de la víctima del rol que tiene en la relación.
- Relación asimétrica de poder del victimario sobre la víctima.
- Pacto de silencio, en especial en el abuso intrafamiliar, donde la revelación por parte de la víctima, se diluye sin consecuencias para el agresor.

El abuso sexual infantil se mantiene sobre condiciones facilitadoras según tipos de abuso. Se distinguen así:

Adulto sobre niño: el 95 % de los agresores son varones, que mayormente abusan de niñas/os pequeños o prepúberes, en procesos que suelen ser de larga data, con una altísima prevalencia intrafamiliar, en orden de frecuencia, el agresor es el padre, padrastro, hermanos mayores, parientes, conocidos o vecinos. Es muy bajo el número de casos en que la agresora es mujer, pero existen.

Adolescentes sobre niños: ocurre en el 30 % de los abusos y, en esos casos, se considera que el agresor debe ser por lo menos 5 años mayor que la víctima para que se configure abuso.

Perfil del abusador: (17) indica que en general son perpetradores seriales, 21 % muestra comportamientos sexualmente agresivos a lo largo de sus vidas; 31,7 % de hombres universitarios reportó que forzaría una RS si no hubiera consecuencias y nadie se enterara nunca. Los perpetradores presentan antecedente de abuso sexual en la infancia en alto porcentaje, lo que habla de vulnerabilidad sexual más que insensibilidad emocional.

Características del abuso: (18) a partir de entrevistas con abusadores, se describe por parte de los autores una verdadera planificación estratégica del abuso sexual, llevada a cabo con detalle y minuciosidad por el agresor. La edad de la víctima, de preferencias niñas, desde pocos meses hasta 7 u 8 años.

Les atraen de la víctima que sean amigables y que le tengan confianza y elijen sus víctimas por su vulnerabilidad, en el caso de las más chicas, aquellas inseguras o tímidas, solitarias y poco vigiladas y en particular, aquellas que sufrieron abuso o maltrato. Inician su relación en base a la seducción y la persuasión, y las controlan con su autoridad de adulto, con chantaje emocional, intimidación o amenazas.

El clínico debe sospechar abuso frente a la presencia de algunos indicadores de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, entre los que se destacan:

- relato espontáneo del NNA como indicador de violencia sexual;
- indicadores cognitivoconductuales y emocionales;
- indicadores del entorno familiar y otros indicadores inespecíficos;
- indicadores orientadores de una situación de explotación sexual comercial;
- indicadores físicos;
- indicadores de daño psíquico;
- los NNA víctimas de violencia sexual pueden no presentar indicadores de daño psíquico claro. La manifestación de su sufrimiento es variable y depende tanto de las circunstancias que lo rodean como de la edad del NNA.

Roland Summit describe **5 etapas** del NNA al abuso sexual.

1. **Impotencia.** Los niños víctimas de abuso sexual generan un fenómeno de indefensión aprendida, puesto que sus intentos por evitar el abuso resultan vanos.
2. **Mantenimiento del secreto.** La seducción, el engaño, la manipulación y la amenaza son estrategias muy eficaces para lograr el silenciamiento.
3. **Atrapamiento y acomodación.** La situación de abuso se cronifica, el niño/a declina toda posibilidad de resistencia al sentir que no hay posibilidades de protegerse ni ser protegido, los mecanismos adaptativos comienzan a funcionar y se acomoda a la situación como forma de supervivencia.
4. **La revelación tardía,** conflictiva y poco convincente. La palabra de los niños, niñas y adolescentes es puesta en cuestión, no se cree sus relatos, se duda por lo tardío de la revelación, muchas veces se acusa de que los jóvenes usan esta acusación para vengarse de padres que imponen límites fuertes.
5. **Retractación.** Es una etapa muy común en estas situaciones. Una vez develada la situación, los efectos de levantar el secreto son tan dolorosos y nefastos que los niños/as se retractan de lo relatado.

Estrategias de prevención

- Los programas de prevención de abuso están dirigidos principalmente y a veces exclusivamente a los niños.
- Las escuelas son lugares óptimos para la protección y recuperación, siendo particularmente útiles talleres con conceptos claves entre los que se destacan: Mediante el abordaje de estos conceptos:

  Mi cuerpo es mío, existen Zonas privadas, hay Cariños buenos y malos, hay Secretos buenos y otros malos, No es tu culpa
- "Empoderar" al niño para que evite estar involucrado en situaciones abusivas.
- "Autoprotección como medio de prevención".

Como estrategias de enfrentamiento se debe detener y divulgar el abuso.

Directrices clínicas para responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia sexual (OMS, 2018b)

Promover buenas prácticas de crianza y prevención de la violencia sexual: disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores.

- Atender a la salud integral de NNA: incorporar esta problemática como un tema que impacta en su salud y desarrollo.
- Desarrollar estrategias de largo plazo tendientes a reparar el daño, prevenir nuevos perjuicios y procurar el cese de la situación de violencia.
- Garantizar la continuidad en la atención integral a través del seguimiento junto con otras instituciones. Evaluar y asegurar la atención de otras posibles víctimas en el entorno familiar o escolar.

Conclusiones

- El abuso sexual es una expresión de poder que ocurre en silencio.
- El abuso sexual hacia un NNA es una situación de vulneración de derechos que se apoya en un contexto general de legitimación de la violencia de género y generacional.
- No se explica por una patología individual del abusador, ni por una enfermedad social.
- Factores como la pobreza y el hacinamiento entre otros pueden operar como desencadenantes o desinhibitorios (alcohol, drogas) pero no son la causa del ASI.

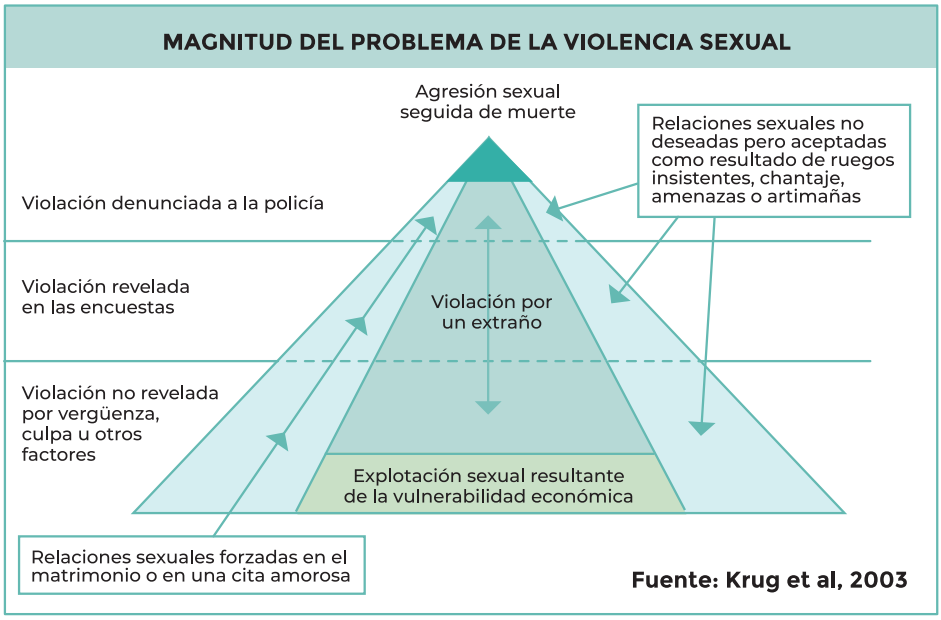
ACTUACIÓN ANTE LA VIOLACIÓN

La Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas reconocen diversos contextos en que ocurre esta forma de violencia e incluyen: la violación en el matrimonio o en citas amorosas; violación por parte de desconocidos; violación en conflictos armados; insinuaciones o comentarios sexuales; abuso sexual de niños/as o personas psíquicamente disminuidas; matrimonios forzados; negarle el derecho a la anticoncepción o prevención de infecciones de transmisión sexual; aborto forzado; mutilación genital femenina; controles de virginidad; explotación sexual comercial, entre otras. (18)

Como fue mencionado previamente, la violación no implica únicamente la penetración, ya que existen otras formas de ejercer violencia sexual, como son amenazas, imposibilitar el acceso a la anticoncepción, entre otras.

Además, en estas situaciones aplica la misma realidad en cuanto a los casos denunciados, y los reales, como se observa en la Figura 3.

Figura 3



Se ha abordado previamente las situaciones de abuso sexual que se dan en el ámbito del sistema familiar, con la complejidad que implica su denuncia y el encauce de la misma. Los lineamientos sobre los protocolos vigente de MSP para el abordaje de la violación en NNA y adultos se comparten a continuación y debe realizarse en todos los casos donde se explicite el mismo, independientemente de quién es el abusador.

En general, la situación de violencia sexual aguda por un abusador extraño motiva una consulta en agudo en los servicios de emergencia.

Es prioritario conocer los protocolos vigentes de cada institución y los equipos de referencia para evitar que el sobreviviente

del ataque sexual deba ser sometido a repreguntas e intervenciones que vulneren aun más sus derechos.

La pesquisa oportuna es de fundamental importancia, dado el impacto emocional agudo y crónico que provocan.

En una primera instancia se observa en la víctima un estrés agudo que puede resolverse en poco tiempo con el adecuado soporte emocional (institucional o no).

Se describe un síndrome llamado "trauma por abuso sexual" (*Rape Trauma Syndrome*) que característicamente se da en las siguientes tres semanas del ataque sexual y se caracteriza por inestabilidad emocional (llanto, risa, calma, enojo miedo, ansiedad, etc.).

De manera diferida surgen frecuentemente síntomas que traducen cambios más profundos del humor y que muchas veces hacen que la consulta se difiera; aparece vergüenza, culpa, indefensión, temor a otro ataque, entre otros síntomas.

Si los síntomas persisten más allá de un mes, es altamente recomendable realizar un acompañamiento psicológico para evitar mayores alteraciones como el estrés postraumático.

En este período es primordial el acompañamiento de la víctima y evitar el uso indiscriminado de benzodiacepinas y facilitando la consulta con psiquiatra de ser necesaria.

La violencia sexual hacia varones existe, aunque es una realidad menos denunciada, debido quizás a su menor prevalencia así como a las concepciones de género que pueden determinar mayores barreras para reportar la situación y acceder a los servicios de salud.

Destacamos que, siguiendo las recomendaciones vigentes del MSP, es importante que el equipo tenga claro los objetivos de su intervención:

Contención emocional

Atención de su salud física y mental y evaluar necesidad y oportunidad de derivación responsable a un nivel de mayor complejidad

Recuperación

En algunas oportunidades puede ser necesaria procurar la protección.

Debemos realizar un abordaje sistemático en las víctimas de violencia sexual tanto en víctimas adultas como en NNA en la anamnesis y examen físico completo. Puede ser necesario complementar con paraclínica.

Es prioritario definir si es necesaria una intervención urgente de acuerdo a la proximidad con el agresor, así como la necesidad de realizar tratamiento de lesiones y profilaxis pos exposición.

Para esto es importante adecuarse las recomendaciones vigentes.

Desde el primer contacto de la usuaria (NNA o adulta/o) que concurre al servicio de salud por un hecho de violencia sexual, debemos priorizar los aspectos emocionales ya mencionados brindando contención, trato amable y empático y sin emitir juicios ni opiniones.

En ocasiones se realizan comentarios como "¿por qué consulta recién ahora?" o "¿qué hizo usted", o "¿qué estaba haciendo en ese lugar?". Es imprescindible comprender que la víctima de abuso consulta en el momento que puede sobrepasar el estado de *shock* inicial que le genera el ataque y que este tipo de comentarios vulnera sus derechos y la revictimiza.

Es por esto que debemos contar con personal capacitado para recepcionar y contener a quien consulta en las primeras instancias, de preferencia personal de salud capacitado y conocedor de los protocolos institucionales y de la autoridad sanitaria, y que comprenda y aplique el flujograma de atención, para evitar demoras y repetición del relato.

Cuando una persona consulta expresamente por violencia sexual, debe recibir atención inmediata, más allá del tiempo transcurrido, de si es usuaria o no del servicio y de si hay o no número disponible. (9)

Actuación

Deberán consignarse en la HC los detalles que la persona brinde y utilizar entrecomillado de sus dichos, para respetar al máximo el relato y evitar interpretaciones de los hechos por parte de quien asiste al paciente.

En la anamnesis es necesario consignar si el episodio es agudo o crónico, actual o pasado, único o reiterado, prestando especial atención al estado emocional de la víctima y su edad, sabiendo, como hemos dicho, que el impacto emocional es variable y que nuestra escucha debe ser empática y atenta.

Otro aspecto fundamental a determinar es si existe riesgo vital para esta persona si regresa a su domicilio, ya que, como vimos, el agresor puede convivir con la víctima, debiendo en esos casos activar el protocolo correspondiente, valorando redes de apoyo y la disponibilidad de las mismas para albergar a la persona.

Si se trata de una agresión aguda deberá determinarse:

- Fecha y hora de la agresión.
- Número de agresores.
- Conocido o desconocido.
- Tipo de violencia ejercida.
- Determinar si hubo penetración por el relato, en caso afirmativo si fue con el pene, dedos u objetos.
- Contacto génito-genital, génito-anal o génito-oral.
- Si la agresión se realizó con drogas de sumisión o bebidas o por violencia física.
- Determinar fecha de última menstruación y uso de métodos anticonceptivos.
- Es importante además determinar si la víctima realizó cambio de ropa o baño o uso de algún método de limpieza del cuerpo y de los genitales ya que de concurrir al servicio de salud con las prendas que vestía durante la agresión, es necesario que estas sean retiradas y guardadas en custodia en bolsa de papel, protegiendo la intimidad de la víctima con ropas limpias.
- En caso de contacto genital es importante la toma de muestras y la prevención de ITS como se mencionó antes.
- El examen físico debe ser realizado en un ambiente cálido y confortable por una persona que el/la usuaria (NNA o adulto/a) apruebe y pueda haber generado un vínculo empático y respetuoso en la instancia previa de anamnesis.

El médico clínico debe procurar describir las lesiones sin que se realicen interpretaciones de las mismas, ya que esto corres-

ponde a una instancia posterior donde actuaría la justicia en caso de realizar la denuncia.

Si la usuaria aún lleva la ropa que usó durante el ataque se procederá guardarla en bolsa de papel proporcionando para el examen un poncho de tela.

Se le solicita a la persona que parada sobre una sábana se quite la ropa y la coloque en la bolsa al tiempo que la cubrimos.

Quien realice el examen deberá contar con sobretúnica, gorro y guantes estériles.

Se procederá a describir las lesiones de manera sistemática de frente comenzando de arriba abajo y tomando muestras que se rotularán adecuadamente. Se prestará especial atención a lesiones que pueda tener en el cuero cabelludo, detrás de las orejas o en la nuca.

Se detallarán todas las lesiones que se observen de manera sistemática de frente y en el dorso y se constatará por ejemplo si presenta manchas de tierra, barro u otro elemento que se condiga con el relato de donde sucedió la agresión.

Al llegar al examen genital, se le puede solicitar a la persona recolectar muestra de vello púbico con fines criminalísticos, los que se recogerán en un sobre de papel. Este se puede recolectar pasando un peine sobre el vello genital y recogiéndolo en un sobre de papel o cortándolo con tijera.

En el caso del examen genital en la mujer se procederá a un análisis y descripción detallados de posibles lesiones genitales, perineales y anales, sabiendo que en caso de abuso crónico en niñas es posible que no se observen lesiones porque no se practica penetración peneana y en adolescentes las lesiones pueden no ser agudas debido a la cronicidad del abuso.

Para la exploración y examen perianal se puede solicitar que la persona se coloque de costado separando el glúteo con su mano o solicitarle que se coloque en posición genupectoral. Las lesiones por penetración anal aguda pueden determinar sangrado o hematoma y se deben describir exhaustivamente.

En caso de una víctima varón se examinará el pene y se procederá a recolectar muestras de secreciones y descripción de lesiones en pene, escroto, testículos, prepucio, surco balano prepucial y región perianal y anal.

En el caso de que acuda un NNA sin un adulto a la consulta deberá brindarse asistencia, no siendo necesaria la presencia de un adulto para brindar los primeros cuidados.

Si hay un adulto acompañando al NNA, se deberá entrevistar al adulto primero y preguntarle al NNA si desea que esté presente en la consulta, teniendo en cuenta que este adulto puede ser el agresor.

En el caso de adolescentes se evaluará con respecto a la adquisición de autonomía progresiva y se procederá a la asistencia como se indicó previamente.

Es fundamental connotar positivamente en estas situaciones al NNA que haya revelado el abuso para desculpabilizar y reafirmar que la conducta que ha tenido ha sido acertada y valorable, esto es buena práctica en todos los casos.

VIII. CASOS DE RIESGO VITAL

Una vez realizado el diagnóstico de que la mujer es víctima de VBG, es fundamental determinar si la mujer tiene riesgo vital.

Para determinar el riesgo vital debemos tener en cuenta las características del agresor, los antecedentes de la agresión y la percepción de riesgo de la mujer. La mujer víctima de VBG puede no sentir miedo y pensar que no se encuentra en riesgo vital. Intervenir para ampliar el grado de conciencia del riesgo, explicando que es poco probable que una situación de VBG se resuelva por sí sola, que tiende a persistir y que con el tiempo puede empeorar y volverse más frecuente.

Para las mujeres que han sufrido o sufren violencia de género por parte de su pareja o expareja, se han determinado factores de riesgo (1, 4) de femicidio, que evaluamos en la consulta según el CNCLVD (2016-2020), (1) y estos son los siguientes: haber experimentado previamente actos de violencia cada vez con mayor intensidad y frecuencia, estrangulación previa no letal, posibilidad de acceso a armas por parte del agresor, amenazas de muerte, episodios de violencia física durante el embarazo.

1. Relativos a los factores relacionales:
    a. intentos de separación frustrados;
    b. separación reciente y/o formación de nueva pareja por parte de la mujer;

c. aumento de control sobre las actividades y las relaciones;
d. cronicidad de la situación (duración y frecuencia de los episodios);
e. aumento de la frecuencia, intensidad e impredecibilidad de la violencia;
f. amenazas de muerte.

2. Relativos al contexto de la mujer:
   a. fracaso en la búsqueda de ayuda;
   b. aislamiento y carencia de red social de apoyo;
   c. falta de autonomía económica;
   d. pérdida de vivienda y/o dificultades de acceso a la vivienda;
   e. situación de calle;
   f. pobreza y pobreza extrema;
   g. pérdida del empleo o carencia de ingresos propios.

Conducta ante una situación de riesgo vital. Se debe explicitar la preocupación del profesional por la situación de la paciente. Se ayudará a realizar un plan de seguridad adecuado a cada caso y cada mujer, por ejemplo reuniendo elementos indispensables ante la necesidad de huida, como sus documentos, dinero y ropa, anticipando el lugar donde poder ir y el momento oportuno para evitar la confrontación con el agresor. (12)

Deberíamos ofrecer una derivación inmediata a un Equipo de Referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones (ERVBGG). En conjunto con el ERVBGG se puede coordinar acciones como llamar a la policía o concretar opciones para el retiro inmediato del hogar. Puede ofrecerse incluso la internación hospitalaria, de ser necesario realizando coordinaciones para un abordaje interdisciplinario.

Si la paciente presenta una situación de alto riesgo y no quiere acudir al ERVBGG o realizar una denuncia policial, siempre debemos respetar la autonomía de la mujer, partiendo de la base además que una acción sin su consentimiento puede ser maleficente. No es correcto realizar una denuncia policial, ya que si se realiza sin el consentimiento de mujer podemos agravar la situación de violencia. Debemos en todos los casos ofrecer información y herramientas para mantener contacto y que sepa adónde recurrir en caso de que lo necesite. En Uruguay existe una línea

telefónica para del Ministerio de Desarrollo Social (0800-4141), una línea gratuita confidencial de orientación y atención a las mujeres en situación de VBG. En caso que desee efectuar la denuncia deberá concurrir a la unidad especializada en violencia doméstica y de género que corresponda (no a cualquier comisaría). Y en caso de ser necesario puede llamarse a la policía a través del 911 o a través de la aplicación 911 Botón Violencia Doméstica.

IX. PREVENCIÓN DE LA VBG

La prevención de la VBG es una responsabilidad de los Estados, los gobiernos, la sociedad organizada y la comunidad toda. Desde los equipos de salud, existen obligaciones al respecto, basadas en el peculiar lugar que estos ocupan en la protección de la salud y la vida de las mujeres. El propósito de cada acción sanitaria será el empoderamiento de la mujer y el fortalecimiento de la confianza y asertividad de la relación médico-paciente o dicho de otro modo equipo de salud-usuaria en consulta.

Toda acción de prevención debe basarse en fortalecer las condiciones de la mujer, e indiscutiblemente entonces, empodera, es la obligación principal para el equipo de salud. El empoderamiento implica el apoyo a todo lo que la paciente pueda recurrir, para prevenir el riesgo y el daño y fortalecer el proceso de recuperación. Para hacerlo se debe ser conceptualizar siempre la perspectiva de poder en el que se basa el modelo patriarcal, potenciar siempre el valor de la mujer como ser humano integral autónomo y con el poder de transformación hacia sí misma y su entorno.

Con respecto al fortalecimiento de la relación médico-paciente, se debe promover activamente la dignidad y autonomía de la mujer, empezando por la escucha empática y el ofrecimiento de planes de acción convenidos con ellas.

Retomando el abordaje de la "relación sanitaria" realizado en el capitulo introductorio de esta publicación, se deben desplegar acciones en tres niveles:

1. Hacia la comunidad y la opinión pública, buscando fortalecer mediante el "*Advocacy* profesional" la idea fuerza de que el modelo patriarcal de relaciones sociales es un problema para la vida y la salud de las mujeres, infancia y sociedad, y es, indudablemente, la base de todo tipo de VBG

2. Hacia la profesión promoviendo el modelo de compromiso profesional de conciencia en el abordaje de esta situación.
3. Hacia las instituciones buscando que se implementen los equipos de respuesta efectiva y se aseguren las condiciones de seguridad en la atención confidencial de estas pacientes.

Se desarrollarán a continuación algunos aspectos específicos de prevención que tiene que ver con el cambio del posicionamiento del varón.

Participación del varón. El proceso reproductivo es una ventana de oportunidad para abordar los cambios en los roles de género y, en ese sentido, las intervenciones de los profesionales de la salud sexual y la salud reproductiva son fundamentales. El objetivo es promover una masculinidad comprometida, positiva e igualitaria. Las evidencias son consistentes y dan cuenta de que 4 de cada 5 hombres son y serán padres en el futuro, lo que constituye una oportunidad para intervenir eficazmente. Los padres son muy importantes para el desarrollo infantil, la participación del varón en la crianza determina hijas más empoderadas, hijos más involucrados en el ámbito doméstico, con una crianza respetuosa que determina menos violencia. De esta manera, los varones podrán cuidar más su propia salud y vivir más tiempo, con mayor salud mental, mayor conexión emocional consigo mismos y con sus parejas, hijos e hijas, menos problemas con la ley y abuso de drogas y alcohol. (14)

Rol del médico ante el varón que ejerce violencia. El varón es un aliado en la prevención en VBG. (8) Actuar sobre el varón que no ejerce o ha ejercido VBG es un pilar fundamental para la prevención. Se considera importante la participación del varón agresor para la rehabilitación y prevención de nuevos episodios de VBG. Basados en el principio de confidencialidad el ginecólogo debe ofrecer al varón la posibilidad de que comparta con el médico su situación de victimario de VBG. El varón debe tener la certeza que se puede hacer un abordaje de forma confidencial. Basados en el profesionalismo médico, en la confidencialidad, el abordaje del varón puede tener beneficio como política de reducción de riesgos y daños.

Como especialistas se debe aprender a abordar a la pareja agresora, en la propia consulta ginecológica u obstétrica, por un lado priorizando la atención a nuestra paciente y desarrollando estrategias para una consulta confidencial y por otro para bus-

car intercambio con el agresor que permita actuar en función de la estrategia de reducción de riesgo, problematizando la situación y generando una demanda para la búsqueda de ayudas. Trabajar en la erradicación de que el varón por naturaleza está obligado a determinadas acciones o comportamientos.

Se debería ofrecer a los varones una posibilidad de aproximación; deben saber que no serán juzgados por la justicia ni por los profesionales médicos. El objetivo es disminuir la VBG y las secuelas sobre la mujer y los niños.

El hombre agresor se debe sentir seguro de poder recurrir a los sistemas de salud. El principio de beneficencia está asegurado en estos casos teniendo en cuenta el objetivo final. (14)

Por último, también se pueden evaluar el riesgo de los varones de ejercer violencia, y que la misma los pueda conducir al femicidio, preguntándole a ellos y/o indagando con sus parejas mujeres sobre ellos (CNCLVD, 2016-2020). (1) Los indicadores de riesgo son los siguientes:

- En caso de haber tenido o tener Medidas Cautelares hacia su ex pareja, haberlas incumplido.
- Tener antecedentes penales de condena o proceso penal en curso, por delitos contra la persona física.
- Tener antecedentes de privación de libertad.
- Haber tenido o tener oposición, resistencia u obstaculización al normal desarrollo del proceso y demás actuaciones.
- Haber amenazado reiteradamente, de ejercer violencia física o de muerte, a pareja o ex pareja.
- Haber acosado, controlado y/o amedrentado sistemáticamente a la pareja o expareja, directa o indirectamente (mensajes en redes sociales, WhatsApp u otros medios electrónicos).
- Haber sido denunciado por alguna persona por violencia doméstica.
- Tener antecedentes de sustracción o destrucción de objetos, pertenencias y/o herramientas personales de pareja o expareja.
- Tener antecedentes de conductas delictivas o formar parte de redes delictivas.
- Tener antecedentes de consumo problemático de alcohol u otras drogas.

- Haber consumido o consumir sustancias que favorezcan la impulsividad o pérdida de control.
- Estar tomando o haber tomado medicación que le haya recetado un psiquiatra. También haber ido a psicólogo por ser impulsivo. Tener trastornos psiquiátricos y/o psicológicos con descontrol de impulsos.
- Haber tenido problemas de violencia en otros lugares que no sea el hogar, como, por ejemplo, el trabajo, los estadios, la calle o el tránsito.
- Poseer y/o tener acceso a armas de fuego.
- Estar familiarizado con medios letales de uso cotidiano y tener acceso a ellos.

El riesgo para las mujeres se incrementa con tres o más ítems de los señalados anteriormente.

X. PERSPECTIVAS

A pesar de las medidas instrumentadas en Uruguay desde lo legal a lo normativo, a la fuerte impronta del movimiento feminista y a una sensibilización masiva en este tema, con perplejidad se debe constatar que la VBG constituye hoy una epidemia en el país. Mientras de desarrollan a largo plazo las imprescindibles transformaciones educativas y culturales, existen obligaciones inherentes del equipo de salud en la prevención y diagnóstico precoz de esta entidad, conociendo y ayudando a decidir a la mujer los mejores caminos a llevar adelante en estas circunstancias. En este tema surge con claridad aquello de que o se es parte de la solución o se persiste con ser parte del problema.

XI. BIBLIOGRAFÍA

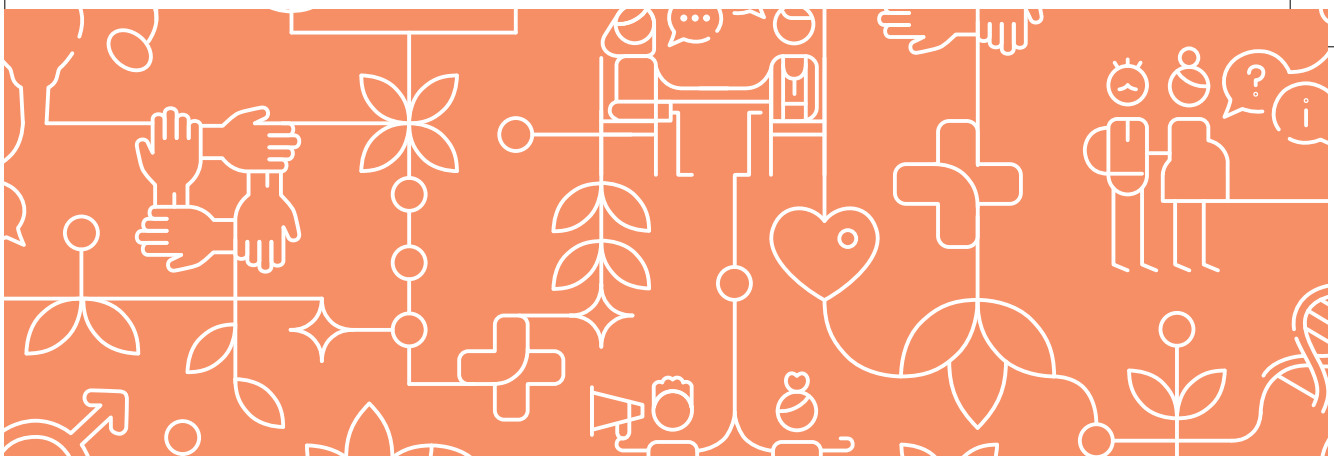
1. Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica, A de G. Plan de Acción 2016-2019: Por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional. Ayunt Granada. 2015.
2. García-Moreno DC. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Organ Mund la Salud [Internet]. 2013;2. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf.
3. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio.
4. Encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. Available from: https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/encuesta-nacional-de-prevalencia-sobre-violencia-basada-en-genero-.
5. Femicidios íntimos en Uruguay. Homicidios a mujeres a manos de (ex) parejas. ISBN: 978-9974-8615-0-3 1° Edición, marzo de 2017.
6. López, Alejandra; López P. Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género. 2016; Available from: https://www.opp.gub.uy/images/Género_con_foco_en_salud.pdf.
7. Política de Igualdad de Género. Organización Panamericana de la Salud. Available from: http://www.paho.org.
8. Serpeloni F, Nätt D, Assis SG de, Wieling E, Elbert T. Experiencing community and domestic violence is associated with epigenetic changes in DNA methylation of BDNF and CLPX in adolescents. Psychophysiology. 2020;57 (1):1–10.
9. Rosso, Fernando Salas; Lozano, Fernanda; Paullier A. Descubrir la violencia doméstica en la consulta médica para trascender el tratamiento sintomático. Biomedicina. 2011; (2).
10. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckman KK, Saftlas AF. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2016;123(8):1289–99.
11. Dickens B. Ethical guidance on healthcare professionals' responses to violence against women. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2015;128(1):87–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.004
12. Ministerio de Salud, Organización - Panamericana de la Salud. Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual - Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. URUGUAY 2018. 2018. 184 p.

13. Cases CV, Domínguez JT, Portiño MC, Espinar-Ruiz E, Gil-González D, Goicolea I. Validation of the Spanish version of physician readiness to manage intimate partner violence survey (PREMIS). Rev Esp Salud Pública. 2015;89(2):173–90.
14. Recomendaciones para el Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva de los Varones entre 20 y 65 años, en el primer nivel de atención. MSP. Uruguay, 2020.
15. WHO. Manual INSPIRE. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/.
16. Informe de gestión 2018 Sistema Integral de Protección a la infancia ya la Adolescencia contra la Violencia. Available from: https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav .
17. Thompson MP, Kingree JB, Zinzow H, Swartout K. Time-varying risk factors and sexual aggression perpetration among male college students. J Adolesc Heal [Internet]. 2015;57(6):637–42. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.015.
18. Conte JR, Wolf S, Smith T. What sexual offenders tell us about prevention strategies. Child Abus Negl. 1989;13(2):293–301 .

Otras consultas del texto

- Artucio DC. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. Rev Uruguaya Cardiol. 2017;32(1):13–22.
- Guerchicoff, A. Merhan. Estudio pionero en la Argentina para comprender las diferencias de género en pacientes con síndromes coronarios agudos. Editorial. Rev Argent Cardiol 2013;81:297-298.
- Pramparo P. ¿Falta de concientización de las mujeres sobre la enfermedad cardiovascular o información inadecuada e insuficiente? Rev Argent Cardiol. 2013;81(4):301–3.
- Barranco. D, Artucio. C. Angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio: diferencias según el género. Subestudio de la casuística uruguaya (2004-2012). Rev.Urug.Cardiol. 2017; 32 (2).
- Barros M, Bozovich GE, Fusaro Casellas L, Coria N, Duronto EA, Beck E. Women with Acute Coronary Syndromes are Less Invasively Treated than Men in the Acute Phase in an Argentine Population. Rev Argent Cardiol. 2013;81(4):296–301.
- Tajer D, Reid G, Gaba M, Lo Russo A, Barrera MI. Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Rev Argent Cardiol. 2013;81(4):344–352.

- Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. J Women's Heal. 2015;24(1):100–6.
- Alhusen JL, Bullock L, Sharps P, Schminkey D, Comstock E, Campbell J. Intimate partner violence during pregnancy and adverse neonatal outcomes in low-income women. J Women's Heal. 2014;23(11):920–6.
- Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el Marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. MSP 2018.



ATENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO

INTEGRANDO DERECHOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA
Clínica GINEa | Fmed UdelaR

ATENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO

MÓDULO 5. ABORDAJE INTEGRAL DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DEL EMBARAZO NO DESEADO–NO ACEPTADO

Acceso a los servicios de calidad en los casos previstos por la ley y, en todos los casos, derecho al asesoramiento con cercanía humana y calidad técnica

SUMARIO

I. ANTECEDENTES
   a. Estrategias para enfrentar el aborto inseguro
   b. Desarrollo histórico del equipo de salud en Uruguay
   c. El modelo uruguayo por los derechos de la mujer desde la salud: desde la reducción de riesgos y daños a la despenalización del aborto

II. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN URUGUAY

III. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS EN URUGUAY
   a. Disminuir la morbimortalidad materna y el *near miss*
   b. Disminuir la prevalencia de los abortos
   c. Impacto en los resultados perinatales
   d. Impacto sobre la formación profesional
   e. Mejorar la formación profesional
   f. Impacto en la fecundidad

IV. PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

V. BIBLIOGRAFÍA

I. ANTECEDENTES

a. ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR EL ABORTO INSEGURO

Desde el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo (1994), se describen 4 recomendaciones (Capítulo VII - Inciso C- Numeral 8.25. (1)

- "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales a que fortalezcan su compromiso con la salud de la mujer, para hacer frente a las repercusiones para la salud del aborto inseguro como un grave problema de salud pública y para reducir el recurso al aborto mediante la ampliación y el mejoramiento de los servicios de planificación familiar. La prevención de embarazos no deseados debe tener la más alta prioridad y todos los intentos que se realizan para eliminar la necesidad del aborto".
- "Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo".
- "Cualquier medida o cambio relacionados con el aborto dentro del sistema de salud se podrán determinar únicamente a nivel nacional o local de acuerdo con el proceso legislativo nacional. En circunstancias en las que el aborto no es contrario a la ley, el aborto debe ser seguro".
- "En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. El asesoramiento posterior al aborto, la educación y los servicios de planificación familiar se deberían ofrecer con prontitud para que ayuden también a evitar la repetición de abortos. Con el fin de reducir los embarazos de alto riesgo, la salud materna y maternidad sin riesgo, se deberían incluir programas de información y asesoramiento de planificación de la familia".

Desde esta perspectiva, en base a los Derechos Sexuales y Reproductivos acordados en la CIPD y desde el plan de acción descrito, en contextos legales restrictivos, (2) una mujer en situación de un embarazo no deseado-no aceptado, enfrenta dos posibilidades. Éstas son:

- En la minoría de los casos, su situación es contenida en las excepciones que las legislaciones prevén. En base a esta premisa, la estrategia de "aborto seguro" (3) intenta ampliar las causales, desde la transformación legal y hacerlas cumplir.
- En la inmensa mayoría de los casos, esa mujer, aunque no presente un causal de aborto, sí tiene derecho a ser asesorada para gestionar su situación de la mejor manera posible. En base a esta premisa, se debe transformar la función tradicional del equipo de salud y comprometerse en la atención calificada de la mujer en situación de embarazo no deseado - no aceptado. (4)

Las estrategias para abordar el embarazo no deseado no aceptado son 3.

Estrategia 1: "aborto seguro y legal" –hegemónica en los últimos 15 años– parte de la premisa de que, en determinadas circunstancias, establecidas en las leyes de cada país, las mujeres tienen el derecho a interrumpir el embarazo. Estas circunstancias son tanto en Uruguay como en la región las de riesgo de vida o salud, violación, extrema pobreza y malformaciones fetales incompatibles con la vida, y deben ser demostradas en el marco de la solicitud de interrupción del embarazo (5). Salvo excepciones, en Uruguay y América Latina, se ha avanzado muy poco en el avance de este camino (6). Algunos de los motivos son la escasa población que incluyen las causales de interrupción del embarazo, las dificultades para poder probarlas, las barreras impuestas por los profesionales de la salud no comprometidos con los DDSSRR y también por los sistemas asistenciales, públicos y privados, tanto objetivos como subjetivos. (7)

Estrategia 2: modelo uruguayo denominado Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Basada en la implementación de servicios de atención comprensiva y comprometida de salud en los casos de embarazo no deseado, tiene tres importantes potencialidades: a. Abarcan la inmensa mayoría de las situaciones de embarazo no deseado; b. No requieren, a priori, cambios jurídicos para su implementación, aunque sí cambios en el sistema de salud y el enfoque de los profesionales; (8) y c. Para el aborto con medicamentos, las mujeres disponen del Misoprostol, en Uruguay y América Latina, un método muy efectivo y de muy bajo riesgo, aún en la ilegalidad (9). Por primera vez, en el año 2013, el sistema de Naciones Unidas

que da seguimiento al tema de la mortalidad materna, avaló dicho modelo, durante el consenso de Montevideo.

Estrategia 3: un tercer abordaje que se ha formulado más recientemente, es el de causal vida para analizar la interrupción del embarazo. Se trata del denominado causal riesgo de vida. El embarazo es una condición fisiológica y también un evento psicológico, emocional y social que, cuando es buscado, deseado o aceptado, es vivido como un acontecimiento significativo genera felicidad a la mujer, a su pareja y a su entorno familiar y social. Pero, si luego de un análisis clínico sistematizado se llega a la conclusión de que el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, es imprescindible plantear la necesidad de la interrupción del mismo, independientemente de la edad gestacional, la viabilidad fetal u otra consideración.

Para sistematizar el análisis del riesgo de vida se debe pensar en la dignidad de la vida que puede afectar ese embarazo, en segundo lugar valorar la afectación a la calidad de vida de la mujer que ese embarazo conlleva y por último se debe analizar la afectación que el embarazo va a provocar en la vida desde una perspectiva de su mantenimiento o interrupción.

b. DESARROLLO HISTÓRICO DEL EQUIPO DE SALUD EN URUGUAY

La mortalidad materna es, antes que nada, una afrenta a los derechos humanos y tiene un fuerte impacto a nivel de la sociedad toda, en particular en la infancia. De hecho, la muerte materna se acompaña de un incremento exponencial de la mortalidad infantil, sobre todo de la descendencia femenina. Es así que, hablar de mortalidad materna y de mortalidad infantil, son prácticamente sinónimos desde el punto de vista de las vulneraciones de derechos humanos. Y es por eso también que cuando se trabaja en pos de la disminución de la mortalidad materna se está trabajando también, por la disminución de la mortalidad infantil.

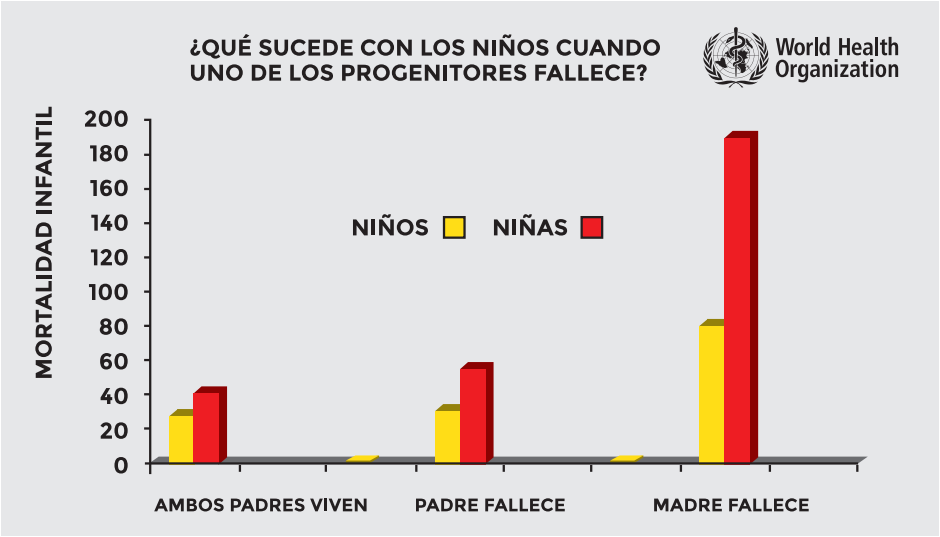


Figura 1. Relación entre mortalidad materna y paterna y mortalidad infantil discriminada por sexo.

Uruguay entendió esto cabalmente en la crisis de 2001, en la que hizo eclosión una crisis económica y política sin precedentes que recayó sobre los sectores más vulnerados en sus derechos. La desocupación alanzó al 20% de la población y el endeudamiento generó situaciones de hambruna y violencia social. Acompañando a este descalabro social y directamente vinculados con el mismo, se produjeron una serie de muertes de mujeres por aborto en condiciones de riesgo, probablemente la causa más injusta de muerte materna, ya que hasta su propia denominación de muerte materna va en contra de la decisión de la mujer de no ser madre en ese momento.

El desconcierto fue grande ya que, la Maternidad de referencia, el centro Hospitalario Pereira Rossell, sede de FMED-UDELAR y estoica heredera de la Escuela Montevideo de Salud Fetal, se convirtió en el lugar donde las mujeres concurrían a morir por sepsis post aborto inseguro.

La posición tradicional del colectivo médico era de negación de la realidad del aborto de riesgo, transfiriendo el problema a la esfera judicial con la generalizada concepción de que “mientras no cambiara la ley, nada se podía hacer” ya que tomar parte sería “colaborar con el delito”. En aquel momento, existía una gran

confusión sobre los roles profesionales desde el punto de vista de los valores y la bioética, hegemonizada por el paternalismo médico y la violación sistemática de la autonomía y el empoderamiento de las mujeres. En muchos profesionales de la salud, persistía la desidia del "no se puede hacer nada", junto al miedo a involucrarse en un tema tabú, y la ignorancia con respecto a cómo hacerlo, eventualmente, sin comprometerse legalmente.

En julio de 2001, un grupo de profesionales toma la tarea de diseñar una propuesta para ser considerada en el colectivo profesional. El problema sanitario era inusitadamente grave, plagado de prejuicios y en un contexto ético y jurídico extremadamente hostil.

Desde el corazón de la academia surgió una propuesta innovadora, sin antecedentes: enfocar el tema del aborto inseguro desprovisto del enfoque valórico, y modificando radicalmente el rol profesional desde el compromiso con la vida, los derechos y la salud de las pacientes. Así surge el denominado modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños en el aborto inseguro.

El modelo de reducción de riesgo y daño se basa en la ausencia de valoración moral de la interrupción del embarazo y la puesta en duda del preconcepto de que no es posible actuar en un contexto legal restrictivo. El objetivo era que el hecho médico del aborto fuera parte del sistema aumentando así la seguridad de la paciente.

Entonces bien, se llegó al concepto de que el aborto clandestino era un hecho de altísimo riesgo sobre el cual no se podía actuar, pero sí se podía actuar en el antes y en el después para disminuir los riesgos de esta práctica. Así nace el concepto de la consulta de asesoramiento y la consulta post aborto. El concepto de la consulta de asesoramiento coloca nuevamente al profesional como sujeto comprometido con la salud de la paciente.

El asesoramiento no suponía prescribir ni brindar indicaciones. En cambio, el rol del profesional involucraba un profundo compromiso con la paciente que cursaba un embarazo no deseado - no aceptado. La paciente recibía información sobre el comportamiento de riesgo que supone un aborto inseguro con el fin de reducir del impacto de ese comportamiento de riesgo. Asimismo, aunque la situación de ilegalidad y criminalización no permitía intervenir en el aborto mismo, se llegaba a la usuaria con información calificada y humana, explicando los riesgos in-

crementados de determinadas prácticas y los riesgos menores de otras. En particular se informaba sobre el uso de Misoprostol. La propuesta es presentada públicamente en noviembre de 2001.

El impacto de esta propuesta asistencial fue muy importante ya que, por primera vez, los médicos y el equipo de salud, podían hacer algo, es decir, podían dar el primer paso en pos de la salud de la mujer, respetando, aunque no necesariamente compartiendo su decisión.

Comenzó a considerarse el derecho a la atención en salud, en cualquier circunstancia, como un derecho inalienable de las mujeres, aun en la situación de embarazo no deseado - no aceptado. Así, el sistema asistencial no debía cerrar la puerta y mirar hacia otro lado sino, abrir la puerta y acompañar la peculiar peripecia de cada mujer en esta situación.

No se abordaba el tema de la interrupción del embarazo desde el derecho a decidir de la mujer sobre su cuerpo –el abordaje tradicional del movimiento social de mujeres y el feminismo–, sino desde el derecho a la atención en salud y la búsqueda de la disminución de la morbimortalidad materna; un enfoque mucho más accesible para el razonamiento de los equipos de atención, así como para los tomadores de decisión política.

Los resultados iniciales de la implementación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell fueron impresionantes y, rápidamente, surgió la necesidad de implementar servicios en el primer nivel de atención y más allá de Montevideo.

Esto impulsó el proceso de formación de un grupo académico profesional que enfocara este tema y desarrollara propuestas de proyectos en búsqueda de fondos para poder implementar la propuesta, dado que el Estado no daba respuesta a dicha necesidad.

Nace así la asociación civil Iniciativas Sanitarias (IS). A través de las alianzas con la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay, accede a un proyecto mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y se comienza un proyecto de investigación a nivel nacional en el año 2004. (10) En agosto de ese año se establece la normativa sanitaria que habilitaba, sin obligar, a trabajar con el enfoque de reducción de riesgos y daños en el aborto inseguro a nivel de las instituciones de salud

El impacto del proyecto "salvar madres y recién nacidos" de la FIGO en Uruguay a través de las iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo fue enorme. Se logró la implementación de servicios en varios lugares del interior del país y se puso el tema en la agenda social.

En 2005 cambia la dirección política del gobierno nacional y se comienza una reforma profunda del sistema asistencial hacia la formación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Sobre esta base y con un fuerte discurso de derechos, se expanden las iniciativas.

En el ámbito político, con la vanguardia del movimiento social de mujeres y feminista se promueve una vez más la despenalización del aborto, esta vez desde una perspectiva integral de derechos, en la denominada ley de derechos sexuales y reproductivos.

El presidente de la República de entonces, Dr. Tabaré Vázquez, anuncia que por motivos religiosos vetaría cualquier consideración acerca del aborto. Es en ese marco que Iniciativas Sanitarias asesora a los parlamentarios para separar en el proyecto de ley la despenalización del aborto (que queda en el capítulo 4 de la ley) del modelo de reducción de riesgo y daño (que queda en el capítulo 2). (11) Cuando la ley de derechos sexuales y reproductivos es aprobada, efectivamente el presidente veta el artículo 4, aunque permanece el artículo 2, legalizando el modelo de reducción de riesgos y daños.

Corría el año 2008 y la ley 18426, ya promulgada despertaba polémicas. Para el equipo de profesionales comprometidos con la agenda de derechos representaba, en cambio, una significativa victoria que hubiera permitido implementar servicios de reducción de riesgos y daños dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sin embargo lamentablemente, no existió voluntad política e incluso se minimizó la importancia de esta ley por parte de actores sociales relacionados, todo lo cual resulta en que la misma recién es reglamentada e implementada en el siguiente gobierno encabezado por el presidente José Mujica.

En el año 2010, desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), se inicia un proceso de fuerte impulso del marco normativo y de implementación del mismo, que logra modificar el centro de la atención con relación al aborto, hacia el derecho a la salud.

En aquel entonces, se generaron condiciones inéditas con respecto a la correlación de fuerzas en la temática de despenalización del aborto.

Por un lado, el movimiento social y feminista de mujeres retoma la posibilidad de un nuevo proyecto de ley. A esto se suma un fuerte apoyo desde el sector político oficialista y el compromiso del presidente de no vetar la ley, habilitando el derecho de las mujeres. El movimiento de profesionales de la salud comprometidos con la temática se suma también, acompañando este proceso histórico.

Se llega así al año 2012 con un proyecto de ley con amplia base social y política. Luego de una ardua negociación, el Parlamento uruguayo aprueba la ley de despenalización del aborto. El desafío era su ágil y adecuada implementación. Con el liderazgo del Ministerio de Salud Pública (MSP) y en base a los servicios de salud sexual y reproductiva ya existentes, se logra una implementación exitosa.

Un referéndum para derogar la ley naufraga en agosto de 2013. A pesar de la presión y desobediencia civil generada por un grupo de profesionales de la salud, entre los que se encuentran viejos referentes académicos, la nueva ley de salud sexual y reproductiva, y los servicios de salud sexual y reproductiva se imponen como normativa en las instituciones del Uruguay.

La implementación de la ley es muy exitosa en términos de resultados, fenómeno que se publica en un suplemento de la revista de la FIGO. Posteriormente este mismo grupo aborda el tema de la incorporación de los DDSSRR a la currícula de la especialidad.

Desde ese periodo, la función principal del equipo ha sido la de garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el sistema asistencial, contribuyendo a la formación profesional y al mejoramiento de la calidad de atención por parte de los equipos de salud. Se sistematiza toda la información logrando una participación importante en el contexto internacional con un reconocimiento sin precedentes y la “exportación” del modelo uruguayo a otras realidades en América y África.

c. EL MODELO URUGUAYO POR LOS DERECHOS DE LA MUJER: DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS A LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

Históricamente, Uruguay ha presentado niveles bajos a moderados de mortalidad materna.

En la década de los 90 el reporte de Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de Salud (OMS) mostraba que Canadá y Estados Unidos de América se ubicaban en el rango bajo de mortalidad materna y en el rango moderado (de 20 a 40/100 000 nacidos vivos) se ubicaban Bahamas, Costa Rica, Cuba, Uruguay y Chile, en ese orden. (12) En otras palabras, Uruguay partía de una situación privilegiada. Sin embargo, a diferencia de los otros países de la región con mortalidad materna semejante, el aborto inseguro era la principal causa de mortalidad materna en Uruguay. (13)

Esto se da en el contexto de un fuerte estigma social contra los derechos de la mujer, en particular el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, en el marco de una fuerte influencia de la Iglesia Católica de Roma y la emergencia de una Iglesia Protestante cada vez más poderosa. El conservadurismo con respecto a los derechos sexuales y reproductivos se observa en todos los sectores sociales y políticos en la región.

Así, es común encontrar gobiernos denominados "progresistas," correspondientes a la centro-izquierda, absolutamente contrarios al derecho a decidir, y gobiernos denominados "liberales" o "conservadores" que apoyan, aunque parcialmente, estos derechos. El debate a favor o en contra al derecho a decidir ha monopolizado la agenda; a pesar de intentos relevantes de construir modelos propositivos de diálogo, (14) el avance ha sido muy escaso y los retrocesos en la agenda de derechos son frecuentes.

La consolidación del modelo de reducción de riesgos y daños contribuyó al avance de los derechos sexuales y reproductivos, y en particular, a la lucha contra el aborto inseguro.

Se pueden caracterizar tres períodos históricos que se desarrollaron desde 1990 hasta la actualidad, en relación a los cambios ocurridos con respecto al abordaje del problema humano del aborto inseguro y su relación con la disminución de la mortalidad materna y de la prevalencia del aborto en Uruguay. Se considera que la prevalencia y gravedad del aborto inseguro, como causa de morbimortalidad materna, depende básicamente de

tres elementos: el abordaje jurídico–sanitario del embarazo no deseado, el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos y las políticas educativas desarrolladas por el gobierno. (15) En las diferentes etapas históricas estos 3 elementos reseñados han variado. Las principales características de cada una de estas etapas son las siguientes (Tabla 1):

1990–2001. Desde 1990 a hasta el año 2001, antes de la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños. Durante este período el aborto era ilegal. Estaba vigente la ley 9763 del año 1938, que incluía tres condiciones en que se permitía el aborto, pero que no se cumplían (16) (para proteger el honor del esposo, para evitar riesgo para la vida de la mujer y extrema pobreza). La respuesta del sistema sanitario en aquel momento era de exclusión de las mujeres con embarazos no planeados y no deseados que acudían a pedir ayuda. La conducta antiética de denunciar a las mujeres que consultaban por aborto incompleto era frecuente y hacía que las mujeres no consultaran oportunamente. Eso hacía que muchas de ellas murieran en soledad, o bien, cuando finalmente llegaban a los servicios de salud, era en momentos muy tardíos y por complicaciones muy graves (17). En ese período la oferta anticonceptiva no era universal. Concomitantemente, las políticas educativas no incluían en forma sistemática los temas relacionados a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

2001–2012. Desde 2001 a 2012, período de implementación progresiva del modelo de reducción de riesgos y daños Este período está marcado por la creación e implementación progresiva del modelo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro, denominado “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” (ISCAPCR). (18, 19) Este modelo se puso en práctica exitosamente por el apoyo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y otros aliados nacionales e internacionales. (20) El éxito de su implementación, evaluado por su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna asociada al aborto y por la promoción de los derechos reproductivos e igualdad de género, fue reconocido por la OPS y la OMS, junto con otras tres iniciativas de la región, con un premio otorgado en conmemoración del Día Internacional de la Mujer. (21) Se construyó el modelo de “aborto de menor riesgo” mediante el asesoramiento integral y comprometido de los equipos de salud modificando la denominada relación sanitaria

profesional de salud/usuaria del servicio. (22) Esta modificación de la conducta profesional se basa en el compromiso ético profesional (profesionalismo médico) (23), base y fundamento del Compromiso de conciencia (24) que más tarde asegura la implementación de la ley de despenalización del aborto en el 2012.

2012 a la actualidad. Desde fines del año 2012, cuando se implementa la ley de despenalización del aborto en todo el país. Este período se caracteriza por la implementación de la ley de despenalización del aborto promulgada en octubre de 2012. Esta es una Ley extremadamente compleja, producto de una negociación política intensa a nivel parlamentario y que presenta como principales características las siguientes:

- La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un delito no punible en determinadas condiciones a saber: ser ciudadana uruguaya, tener menos de 12 semanas de embarazo cumplidas o antes de las 14 semanas en caso de violación.
- Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) son las responsables de la implementación de los servicios de interrupción del embarazo. No se permite la práctica privada lucrativa en los casos de IVE.
- Se establece un equipo multidisciplinario de asesoramiento que analiza con la paciente la situación y las perspectivas, acompañando, además, la totalidad del proceso de IVE.
- Se determina un tiempo de reflexión obligatorio de 5 días entre la consulta con el equipo y la interrupción del embarazo.
- La guía clínica para la implementación de la ley propone como primera opción en todos los casos (salvo excepciones) el uso de medicamentos: kit mifepristona–Misoprostol.
- La ley prevé la objeción de conciencia –aunque no aclara el concepto– y crea la figura de la objeción de ideario de las instituciones que en sus estatutos se vinculen con la fe católica.

La ley tiene el triple objetivo de disminuir la mortalidad materna asociada al aborto, reducir las complicaciones y disminuir la práctica del aborto. (25)

Tabla 1. Situación del aborto inseguro y de la mortalidad materna en cada etapa.

PERÍODO CONSIDERADO	1ER PERÍODO 1990-2001	2DO PERÍODO 2002-2011	3ER PERÍODO 2012-2017
STATUS ABORTO	Aborto ilegal, criminalizado, inseguro	Aborto ilegal, pero mediante Modelo ISCAPCR se implementa paulatinamente el modelo "Aborto de menor riesgo"	Aborto como hecho sanitario Aborto seguro, accesible en el SNIS
El MARCO JURÍDICO del ACCESO a la INTERRUPCIÓN del EMBARAZO	1938 - Ley 9763 Penalización del aborto	2008 - Ley 18426 de SSR: incluye modelo de reducción de riesgos en marco legal	2012 - Ley 18987 Despenalización del aborto
CONTEXTO SANITARIO	Estigma social No confidencialidad Gestión del aborto fuera del sistema de salud No uso de Misoprostol	2004 - ordenanza Ministerio Salud Pública 369/04 2007 – Reforma Sanitaria- sistema nacional Integrado de Salud 2010- Reglamentación y puesta en práctica de los servicios de SSyR en el SNIS	Servicios consolidados SNIS complementando los servicios de IVE previstos en la Ley 30 % Objeción de Conciencia entre los ginecólogos uruguayos
POLÍTICAS EN ANTICONCEPCIÓN	Déficit MAC Servicios SSR	Mejoras en oferta anticonceptiva Universalización gratuita de MAC 2010	Oferta completa de MAC
POLÍTICAS EDUCATIVAS	No existen políticas educativas en SSR	Implementación gradual de Políticas educativas 2007: ley de educación incluye SSYR	Incorporación formal de la SSyR en el sistema educativo

Uruguay presentó una drástica disminución de su mortalidad materna en los últimos 25 años. Según los datos de OPS–

OMS, Uruguay se encuentra en el segundo lugar entre los países con la menor razón de mortalidad materna en la región (14 por 100 000 nacidos vivos), después de Canadá (11 por 100 000).

Tomando en cuenta que el componente más importante de la mortalidad materna reportada en la década del 90 era el aborto inseguro que representaba el 27,9 % de todas las muertes (26), es justamente la reducción de la mortalidad por aborto la que explica la reducción de la mortalidad materna total durante ese período.

El cuadro 1 muestra la evolución de la mortalidad materna total y la proporción de todas esas muertes asociadas al aborto en cada una de las etapas históricas que describimos, con la implementación del modelo de reducción de riesgos en 2001 y con la despenalización del aborto en 2012 según las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública.

Cuadro 1. mortalidad materna en las 3 etapas históricas con respecto a la negación del aborto provocado.

PERÍODO CONSIDERADO	1995-2001	200-2012	2013-2015
Mortalidad Materna (promedio) Mortalidad materna por aborto inseguro (promedio de la FR)	25/100 000 NV 37 % Mortalidad Materna por aborto inseguro	20/ 100 000 NV Descenso paulatino	14/ 100 000 NV Dos muertes maternas por aborto inseguro fuera del sistema de Salud

Respecto a la tasa de abortos inducidos, no hay reportes oficiales antes de la despenalización, como ocurre habitualmente en las situaciones de ilegalidad. En la tercera etapa descrita arriba, luego de la despenalización del aborto, la tasa de aborto llegó a 12/1000 mujeres entre 15 y 45 años según cifras oficiales del MSP. (27) Estos valores están entre los menores del mundo, por debajo de los que se reportan en diversos países de Europa occidental.

Esa baja tasa de aborto oficialmente reportada, no se debe solamente a la implementación de la despenalización del aborto menos de dos años antes, sino a una política sanitaria que ya

se implementaba varios años antes. Esa política sanitaria incluía educación en salud sexual y reproductiva, anticoncepción ampliamente accesible y servicios de salud sexual y reproductiva que complementaban el modelo de reducción de riesgos y daños. (25)

El modelo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro tuvo un fuerte impacto no solo por disminuir la morbilidad y mortalidad materna, sino también porque provocó un cambio drástico de las actitudes de los profesionales y el sistema sanitario, que pasan a incluir el aborto inseguro como un tema de salud pública. Estos cambios prepararon el terreno social para el paso siguiente que fue la despenalización del aborto, objetivo que el movimiento social de mujeres y feminista perseguía sin descanso desde la salida de la dictadura militar en el año 1985.

II. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN URUGUAY

La ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (28) y su reglamentación proveen un marco general de implementación que debe ser conocido para su aplicación adecuada. Así se pueden caracterizar 4 situaciones:

a. Situaciones generales: aplicación de la ley IVE 18987.
b. Situaciones excepcionales incluidas en la Ley
c. Situaciones de inmigrantes víctimas de VBG según ley 19580.
d. Situaciones fuera de la ley IVE: ley 18426.

a. SITUACIONES GENERALES

El proceso de IVE es una prestación asistencial que todos los prestadores integrantes del SNIS deben brindar a las usuarias.

La ley 18987 o ley de la IVE, promulgada en octubre de 2012 y reglamentada en noviembre de 2012 establece en forma muy concreta la población objetivo y las características del proceso asistencial.

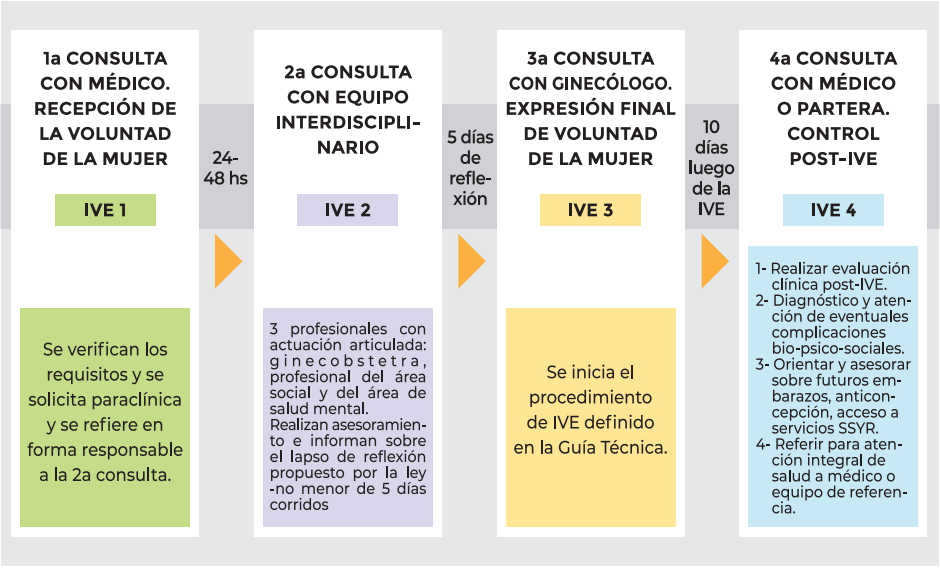
Población objetivo

- Todas las mujeres que por voluntad soliciten la interrupción del embarazo.

- Mujeres ciudadanas uruguayas naturales o legales, o extranjeras residentes en el país al menos por un año.
- Durante las primeras 12 semanas de gestación o 14 semanas en caso de violación.
- Que cumplan con el procedimiento establecido por la ley.

El procedimiento establecido por la ley estipula los siguientes tiempos para las situaciones generales (Figura 3).

Figura 3.



En el proceso de atención, la mujer recibirá asesoramiento sobre las características de la IVE y los riesgos inherentes a esta práctica.

De acuerdo con la ley de IVE, en la consulta IVE 2 la mujer que consulta por un embarazo no deseado debe ser vista por un equipo multidisciplinario conformado al menos por 3 técnicos: médico ginecólogo/a, profesional de salud mental y servicio social. El equipo multidisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a afrontar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable.

En esta consulta también se informará sobre las alternativas a la IVE:

- programas de protección social disponibles.
- posibilidad del desvínculo del recién nacido, que puede implicar la adopción. (29, 30)

Finalmente, se orientará a la mujer sobre los medios para prevenir embarazos futuros y el acceso a los mismos

Se deberá respetar el derecho de la mujer a decidir sobre la continuidad o no de su gestación, según las condiciones previstas por la ley.

El personal de salud no deberá emitir juicios de valor con relación a la decisión consciente, estudiada y libre basada en la voluntad informada de la usuaria.

La ley 18.987 en su artículo 11 reconoce el derecho a la objeción de conciencia (OC) para los ginecólogos. Sin embargo, cuando el profesional que recibe la solicitud de IVE es objetor de conciencia, tiene la obligación de referir a la usuaria, con lo que resuelve el problema de conflicto de intereses; asimismo, el referir a la usuaria y asegurar la asistencia de la misma, no implica que el profesional participe del proceso. Asimismo, cuando en una emergencia está en juego la vida de una paciente o su salud mental y física o la forma en que esta puede ser preservada, si el profesional es objetor, y si no puede referir a quien no lo sea, el médico debe dar prioridad a la vida de la paciente, a su salud y bienestar, realizando los procedimientos indicados. (31)

En nuestro país, el ginecólogo que declara objeción de conciencia debe informarlo a la Dirección Técnica del prestador de salud en el cual se desempeña y cada prestador de salud debe presentar ante el Ministerio de Salud el listado de ginecólogos objetores.

Al inicio de la implementación de la ley, hubo un Departamento del país, Salto, en donde el 100 % de los ginecólogos se declararon objetores, por lo que la usuaria que solicitaba una IVE debía ser trasladada a otro Departamento para su asistencia. Afortunadamente, esto no sucede hoy en día, donde se estima que un 30 % de los ginecólogos de Uruguay declaran objeción de conciencia.

Creemos que la base es el “compromiso de conciencia”, entendiendo por tal la obligación primaria de cumplir con el deber

ético de dar atención a la persona que lo solicita, por encima de todas las otras consideraciones. Profesionales con compromiso de conciencia incluyen no objetores u objetores que entienden la objeción de conciencia de acuerdo con los conceptos bioéticos correctos –protegen su conciencia al mismo tiempo que se aseguran de que las mujeres sean atendidas– Pero el verdadero obstáculo lo constituyen aquellos profesionales "sin compromiso de conciencia": dentro de los objetores un grupo minoritario ligado a grupos religiosos que anteponen sus conceptos a las leyes y a las necesidades de las mujeres y los seudoobjetores u Objetores por conveniencia: no tiene real objeción de conciencia, no es honesta, se quiere obstaculizar la aplicación de la ley por cuestiones de conveniencia (intereses políticos o de otra índole). Se trata de una falsa objeción. Se limita a un grupo muy pequeño de ginecólogos en el Uruguay. (32)

En la reglamentación y la implementación de la práctica de la IVE se realizó especial hincapié en el control post IVE y en incluir durante el proceso una oportuna y adecuada orientación anticonceptiva que evite nuevas situaciones de embarazo no intencional y permita el disfrute de la sexualidad sin riesgos. Es por ello que se estableció la necesidad de una consulta post aborto (IVE 4) que se realiza aproximadamente 10 días luego de realizada la IVE y que busca asegurar el éxito del proceso, descartar complicaciones y proveer el método anticonceptivo elegido por la mujer luego de una libre elección.

b. SITUACIONES EXCEPCIONALES PREVISTAS EN LA LEY

Fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos, la interrupción del embarazo solo podrá realizarse:

- Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer.
- Cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.
- Cuando fuera producto de una violación acreditada con la constancia de la denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación.

c. SITUACIONES DE INMIGRANTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

La ley 19580, establece que las mujeres víctimas de violencia basada en género tienen derecho al respeto y protección de sus derechos sexuales y reproductivos, incluso a ejercer todos los derechos reconocidos por las leyes de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426) y de IVE (Ley 18.987), cualquiera sea su nacionalidad y aunque no haya alcanzado el año de residencia en el país, siempre que los hechos de violencia hayan ocurrido en el territorio nacional. (33)

d. SITUACIONES FUERA DE LA LEY IVE: LEY 18426

Aquellas mujeres que soliciten la IVE pero no cumplan los requisitos de la ley deberán recibir asesoramiento pre y post aborto, así como de los métodos más seguros para la realización del mismo, basándose en la estrategia de disminución de riesgos y daños de acuerdo a la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP), incluida dentro de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo".

Con el objetivo de una correcta implementación es necesario asegurar un abordaje integral para lo cual es imprescindible la mirada desde diferentes perspectivas.

Perspectiva biológica

Es fundamental conocer el Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la IVE (34) y la Guía Técnica para la IVE (35), elaboradas por el MSP que incluyen: población objetivo, requisitos y plazos legales para el aborto, uso de fármacos (eficacia, efectos adversos, contraindicaciones para su uso), aborto quirúrgico (Aspiración Manual Endouterina / Dilatación cervical, Legrado evacuador complementario), diagnóstico precoz de complicaciones y tratamiento de estas, derivación oportuna, criterios de ingreso Hospitalario, asesoramiento en anticoncepción haciendo especial énfasis en el uso de los Métodos Anticonceptivos Reversibles de larga duración (LARC)

Perspectiva psicológica

Para la mujer, cursar un embarazo no deseado-no aceptado es una "situación vital estresante". Muchas veces crea angustia, ansiedad, desesperación, temor, culpa, vulnerabilidad.

Desde el punto de vista de los profesionales de salud, éstos se enfrentan a sentimientos y emociones contradictorias, difíciles de manejar, junto al temor a ser juzgados por los colegas, ya que al igual que las mujeres y sus familias, también se encuentran inmersos en la cultura de la idealización de la maternidad.

Perspectiva sociofamiliar

Conocer las diferentes redes sanitarias y sociales de apoyo, líneas telefónicas gratuitas aborto seguro, contacto con agrupaciones de mujeres organizadas. En algunas circunstancias puede ser importante indagar sobre beneficios sociales a los que la mujer embarazada puede acceder.

Por otro lado, las mujeres con embarazos no deseados o no intencionales pueden estar viviendo situaciones de violencia basada en género, por lo que es importante despistar estas situaciones y realizar el asesoramiento correspondiente de acuerdo con el riesgo.

Para todo esto es fundamental contar con destrezas semiológicas que aseguren un abordaje biopsicosocial empático, con compromiso de conciencia, basados en el profesionalismo y la ética, respetando el secreto médico y la confidencialidad.

Definimos 4 pilares en el compromiso de conciencia con relación a la IVE:

- A favor de la vida: implica estar a favor de la vida y la salud integral (biopsicosocial) de las mujeres.
- No promover el aborto: estamos en contra del aborto provocado en condiciones de riesgo. No estamos a favor del aborto: queremos contribuir a disminuir la necesidad de que las mujeres tengan que recurrir al aborto.
- Respetar diferentes opiniones: en la medicina y la salud existe un dilema científico: cuando comienza la vida humana. Por ello, independientemente de nuestras concepciones personales, debemos ser tolerantes y respetar a los/las que piensan de otra manera.

- Promover la autonomía: los seres humanos, mujeres y hombres, tenemos conciencia. Por ello somos los más capaces para tomar resoluciones sobre nuestra vida y salud. Los profesionales tenemos la responsabilidad de ayudar a la toma de decisiones conscientes: libres, informadas y responsables.

III. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS CONTRA EL ABORTO INSEGURO EN URUGUAY

Con el modelo de reducción de riesgos y daños primero, y con la despenalización de aborto después, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Disminuir la morbimortalidad materna y el *near miss*.
- Disminuir la prevalencia de los abortos.
- Impacto en los resultados perinatales.
- Mejorar la formación profesional.
- Impacto en la fecundidad.

a. DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNA

De acuerdo con las cifras del MSP Ministerio de Salud Pública para los últimos 15 años, se ve un descenso sostenido durante el período estudiado, aunque con las grandes variaciones reseña de la historia reciente del compromiso profesional en la lucha contra la mortalidad materna en el Uruguay.

El descenso de la razón de la mortalidad materna entre el primer y segundo quinquenio de este siglo fue de 19,2% (26,6% a 21,5%) y la velocidad del descenso aumentó a 28,4% (21,5% a 15,4%) entre el segundo y tercer quinquenio.

Al analizar la contribución del aborto a la mortalidad materna durante esos tres quinquenios, podemos ver que el número de muertes maternas por esta causa cayó dramáticamente de 25 a 4 muertes por esa causa entre el primer y segundo quinquenio de este siglo, y a tres muertes por aborto en el último quinquenio (Cuadro 2). En términos porcentuales, la causa aborto era responsable de cerca del 40% de todas las muertes maternas en el primer quinquenio cayendo a alrededor de 8% en los dos siguientes. Se verifica que la falta de variación porcentual en el último quinquenio se debe a que la mortalidad materna por otras causas que aumentó un poco entre el primer y segun-

do quinquenio tuvo un importante descenso entre el segundo y tercer quinquenio.

Cuadro 2. Número de Muertes Maternas (MM) por quinquenio en Uruguay.

QUINQUENIO	NACIDOS VIVOS	MM por ABORTO	MM por OTRAS CAUSAS	MM TOTAL	% MUERTES MATERNAS POR ABORTO
2001-2005	251.568	25	42	67	37,3 %
2006-2010	237.051	4	47	51	7,8 %
2011-2015	240.768	3	34	37	8,1 %

Esta observación de un período más prolongado permite analizar la velocidad de la reducción en la razón de mortalidad materna y asociarla temporalmente con los cambios de los distintos indicadores sociales que componen el Índice de Desarrollo Humano, como se puede ver en el Cuadro 3.

Durante todo el período analizado en el estudio, hubo mejorías significativas de los indicadores sociales de la población, con un paulatino incremento del Índice de Desarrollo Humano. Es evidente, asimismo, que esta reducción fue resultado, principalmente, de la dramática disminución de la mortalidad asociada al aborto en condiciones de riesgo, que era responsable de casi 40 % de las muertes a principios de este siglo y cayó a 8 % en los últimos 10 años. Además, la aplicación de un porcentaje igual de reducción para todos los contextos no permite que los países que ya tienen una mortalidad más reducida logren éxito en hacerlo de la misma forma que países que tienen razones de mortalidad materna más elevadas.

Como no existen situaciones ideales de cero muerte materna, no hay diferencias prácticas entre razones de mortalidad materna que estén por debajo de 10 por 100 000 nacidos vivos. Es difícil no aceptar que fue la aplicación, cada vez más amplia del modelo de reducción de riesgo y daños del aborto provocado en condiciones de riesgo la que logró reducir claramente la mortalidad materna asociada al aborto inseguro, aún en el marco de leyes que restringen al acceso al aborto seguro. La disminución acelerada de la mortalidad materna que se observa desde el año 2005 es coincidente con la implementación de una ba-

tería de acciones sociales y sanitarias de protección de políticas específicas: creación y ampliación de los servicios de salud sexual y reproductiva universales, implementación en todo el país del modelo de reducción de riesgos y daños, implementación de políticas públicas en educación, hasta la despenalización del aborto.

Es importante notar que esta rápida reducción de la mortalidad materna coincide con una disminución de la pobreza y de la inequidad reportada oficialmente por el gobierno uruguayo, que logró la meta de desarrollo del milenio de reducción de la pobreza 1990-2015 a expensas de las políticas desarrolladas principalmente en los últimos 10 años. Las políticas públicas integrales con mayor justicia social, desarrollo y equidad coinciden con aumento de la velocidad de la disminución de la mortalidad materna. La fluctuación hacia abajo de esa velocidad en el último período se explica por la mayor dificultad en reducir la mortalidad materna en la medida que esta está más próxima a cero, coincidentes con los reportes internacionales (36). Ya que la mortalidad materna está directamente vinculada y es un indicador muy sensible del desarrollo de los pueblos.

Cuadro 3. Número de MM y Razón de MM por 100.000 NV, anual y por quinquenio. Uruguay 2001-2015.

Año	Nacidos Vivos	Número de MM/100.000 NV	Razón de MM/100.000 NV
2001	51 598	19	37
2002	51 953	17	3
2003	50 631	11	22
2004	50 052	9	18
2005	47 334	11	23
2001-2005	251 568	67	26,6
2006	47 422	6	13
2007	48 243	14	29
2008	46 814	7	15
2009	47 152	16	34
2010	47 420	8	17
2006-2010	237 051	51	21,5
2011	46 706	4	8,5
2012	48 059	5	10
2013	48 681	9	18,5
2014	48 368	8	16,5
2015	48 954	11	22,5
2011-2015	240 768	37	15,4

Fuente: División Estadísticas Vitales Ministerio de Salud Pública. Uruguay.
*2 MM por aborto Inseguro fuera del Sistema Sanitario en 2012
**1 MM reportada fuera del Sistema Sanitario 2013

b. DISMINUIR LA PREVALENCIA DE LOS ABORTOS

Desde diciembre de 2012, luego de establecidas las consideraciones pertinentes en cuanto a cómo, cuándo y con quién se realiza el proceso, se inicia la prestación de servicios de IVE y el

MSP cuenta con el registro nacional de acuerdo con lo establecido por las ordenanzas vigentes.

En el año 2018, se realizaron un total de 10.373 IVE; el 58 % realizó consultas post aborto (IVE 4) recibiendo asesoramiento anticonceptivo en el 87 % de los casos. Entre el 80 % y el 87 % de las usuarias que realizan la consulta post aborto, son provistas de un método anticonceptivo.

Los datos obtenidos para este análisis corresponden a datos publicados por el MSP y son producto del reporte obligatorio que mensualmente deben elevar los prestadores de salud del SNIS al Sistema Nacional de Información en Salud (SINADI).

Cuadro 4. Casos de IVE según grupo de edad 2013-2019.

Grupos de edad	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Menores de 15	74	69	94	74	64	53	35
15 a 19 años	1200	1404	1603	1597	1476	1421	1324
20 años o más	5897	7064	7665	8048	8290	8899	8868
TOTAL	7171	8537	9362	9719	9830	10373	10227
% de aumento interanual		+20 %	+9,6 %	+3,8 %	+1,1 %	+5,5 %	-1,5 %

* Estimados a partir de los datos reportados a la fecha por las Instituciones.

En el Cuadro 4 se muestra el número absoluto de IVE desde la aprobación de la ley, su distribución por edades y su porcentaje de cambio interanual, evidenciándose una disminución de los mismos de 1,5 % en el último año, según datos oficiales del Ministerio de Salud del Uruguay divulgados en febrero de 2020.

Fruto del modelo de reducción de riesgos y daños, en primer lugar, y luego, la despenalización del aborto, Uruguay es uno de los países del mundo con la menor prevalencia de abortos cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, con 11 abortos cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, lo que posiciona al país por debajo de los países escandinavos y Europa occidental.

c. IMPACTO EN LOS RESULTADOS PERINATALES

Partiendo del supuesto de que una intervención pública como las implementadas sobre la IVE disminuye el número y riesgo de los embarazos no intencionales, deberíamos esperar un aumento proporcional de mujeres embarazadas que programen su embarazo y que, consecuentemente, tengan mejor control prenatal.

Un estudio realizado por Antón y cols. (37) analizó el impacto en la fecundidad entre 2011 y 2017, utilizando los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) para diversos grupos socioeconómicos, así como para indicadores que refieren a la calidad del proceso del embarazo que redundan en mejores resultados para el niño (peso al nacer, partos prematuros, controles prenatales adecuados, puntuación de la prueba de Apgar, preeclampsia, eclampsia, hipertensión y diabetes en la madre).

Como resultados, encontraron un impacto negativo estadísticamente significativo a un nivel del 1% de la Ley de la IVE sobre los 53 embarazos no planeados totales. En particular, la despenalización del aborto habría reducido este tipo de nacimientos en un 16,6%.

La reducción de la fecundidad no planeada asociada a la despenalización del aborto sería superior entre las madres hipertensas y menor entre las que sufren diabetes. Estos dos efectos, en particular, vienen marcados por el impacto de la Ley sobre los colectivos de mujeres de 35 años o más con educación primaria y madres entre 20 y 34 años con secundaria, respectivamente. También hay que considerar que puede existir un cambio en las tendencias por motivos ajenos a la despenalización del aborto, tales como el empleo de otros métodos anticonceptivos (LARC) o cambios en el sistema sanitario.

d. IMPACTO SOBRE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

La facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay, es responsable de la formación de pregrados, posgrados de Ginecotocología y la realización de actividades de Desarrollo Profesional Médico Continuo.

Para dar respuesta a los cambios de la legislación tras aprobarse la Ley de IVE en 2012, surge la necesidad de formar recursos humanos en salud sexual y reproductiva, tanto en los aspec-

tos médicos –con sus componentes de destrezas, habilidades y actitudes–, como en el marco normativo y en los aspectos administrativos de la Ley.

Los temas de salud sexual y reproductiva se encuentran claramente especificados en la currícula del estudiante de medicina, así como los postgraduados.

El modo de abordaje y enseñanza de estos temas depende del enfoque de cada clínica ginecotocológica. La Clínica Ginecotocológica A (CGA) plantea un abordaje de estos temas tanto del punto vista teórico, en modalidad de taller y seminarios. Se abordan los siguientes temas: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos- Se aborda el marco conceptual de los DDSSRR y la salud sexual y reproductiva, la implicancia para el ejercicio profesional del médico general, el marco legal y normativo en salud sexual y reproductiva en el país, incluyendo la Ley 18.426 de SSYR y la Ley 18.987 de IVE, y aspectos generales de la aplicación práctica clínica, Bioética y confidencialidad en la práctica ginecológica, Abordaje en la consulta médica de las situaciones de violencia basada en género (VBG), Anticoncepción Distintos métodos disponibles, haciendo especial énfasis en la eficacia, la anticoncepción de emergencia y la anticoncepción post evento inmediato.

Con respeto a los postgraduados, en el caso de la GINEa y sus Centros Docentes Asociados (CEDAS), centros de salud públicos o privados, de Montevideo y el interior del país, que hayan realizado previamente el proceso de Acreditación ante la Escuela de Graduados y cuenten con una de las Clínicas asociadas. (38) se desarrollan sistemáticamente contenidos en la materia. Las competencias para adquirir un posgrado en salud sexual y reproductiva se encuentran detalladas en el libro de Formación del posgrado de ginecología. (39) Se especifican los escenarios de aprendizaje en este caso:

1. Los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y las policlínicas de ginecología del primer nivel de atención, para las actividades de atención del proceso de IVE y anticoncepción.
2. Las puertas de urgencia/emergencia hospitalaria o sanatorial, para los casos de consulta por aborto en curso, incompleto o complicaciones de aborto, anticoncepción de emergencia o violencia sexual.

3. Las áreas de internación hospitalaria o sanatorial, para los casos de internación por causa de IVE, complicaciones post aborto, o esterilizaciones tubarias.

Para evaluar la hipótesis de que la formación condiciona el ejercicio profesional, es importante valorar el impacto de esta currícula en salud sexual y reproductiva sobre la formación, la actividad profesional y el compromiso de conciencia, de los posgrados de Ginecotocología egresados de la CGA. Para ello, se diseñó una encuesta *online* anónima, mediante la tecnología de Google Forms, que se envió en forma electrónica a todos los posgrados dependientes de la CGA que egresaron de la residencia de Ginecología desde que la ley 18.987 de IVE se encuentra vigente (diciembre de 2012). Por lo tanto, fue enviada a los 56 posgrados de ginecología egresados de la CGA entre el año 2013 y 2018; obteniéndose 53 respuestas.

En cuanto a su capacitación durante la residencia, el 89% (47/53) de los encuestados refiere haber rotado por Servicios de SSR en sus respectivos CEDAS. De éstos, el 70% hicieron consulta de IVE 2, 68% hicieron consulta de IVE 3 y 79% realizaron consultas de asesoramiento según el Modelo de RRD, según la Ley 18.426. El 92% (43/53) de los encuestados declara haber realizado consultas sistematizadas en anticoncepción durante su residencia. En cuanto a su actividad profesional al momento de la encuesta, el 83% realiza actividades de IVE en su práctica habitual (44/53). De estos, el 57% reside en Montevideo y 26% en el interior del país. Once de estos ginecólogos/as (25%) ya se desempeñan como titulares en servicios de salud sexual y reproductiva; el resto realizan suplencias o realizan IVE en su práctica profesional habitual.

El 17% de los encuestados (9/53) refiere no realizar, en el momento, consultas de IVE en su práctica clínica habitual: 3 de los mismos refieren tener interés en la temática, pero no acceden a cargos de titularidad o suplencias; 1 refiere no estar interesado en el tema, y 5 de los encuestados declaran presentar objeción de conciencia (9%).

e. IMPACTO EN LA FECUNDIDAD

La mayoría de la evidencia empírica de los efectos del aborto en la fecundidad se refiere a Estados Unidos. (40, 55) Específicamente para América Latina, varios trabajos recientes señalan que el programa de servicios de aborto gratuito de la Ciudad de México provocó una caída en los nacimientos, más pronunciado en las madres adolescentes, redundó en mejoras en la salud materno-infantil y reforzó el rol de la mujer en las decisiones económicas en el seno del hogar. (56, 58)

La tasa global de fecundidad está en descenso en el Uruguay según los datos oficiales obtenidos de la División de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública. En 2019 se registraron 2.671 nacimientos menos que en el año 2018. Esta reducción de la natalidad se produce por efecto de la disminución de la fecundidad de las mujeres en varios grupos de edad, especialmente en el grupo de 20 a 24 años y en las adolescentes.

En el grupo de 15 a 19 años, se registraron 3.968 nacimientos; es decir, 586 nacimientos menos que en 2018 y 1.399 menos que en 2017. Asimismo, 83 niñas de 14 años o menos, fueron madres. Esta cifra fue de 71 niñas en 2018, 98 niñas en 2017 y 123 niñas en el año 2016. El aporte que realiza el descenso de los nacimientos en madres adolescentes representa el 22 % del descenso del total de los nacimientos. (59)

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) registradas en 2019 no explican el descenso observado.

IV. PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS EN LA PRÁCTICA

La implementacion exitosa de las tranformaciones jurídicas y normativas no bastan para afirmar que está todo resuelto. En este marco, los principales desafíos desde las políticas públicas y los equipos profesionales son los siguientes:

Aún existen abortos inseguros: el estigma vinculado al aborto sigue existiendo a pesar de los grandes avances logrados y esto trae como consecuencia que algunas mujeres sigan recurriendo al aborto fuera del sistema de salud con los riesgos que esto implica.

Objeción y seudoobjeción de conciencia: en nuestro país según la declaración que deben hacer los diferentes Prestadores de Salud al MSP, se calcula que existe, aproximadamente, un

30 % de ginecólogos que se declaran objetores de conciencia en referencia a su participación en el proceso de la IVE. Como se ha mencionado anteriormente, en un momento inicial, en un Departamento del país, la objeción llegó a ser del 100 % de los profesionales en ejercicio. Esto sumado a la ya mencionada seudo objeción de conciencia u objeción por conveniencia, puede constituir una barrera que dificulte el acceso de las mujeres en tiempo y forma a la IVE.

Desde la visión del compromiso profesional de conciencia, la posibilidad es en conjunto –los profesionales comprometidos– aislar a los sectores que actúan en base al modelo antiético del paternalismo médico, para darle todas las garantías y prestaciones que marca la ley a las mujeres.

Confidencialidad: el secreto médico y la confidencialidad son aspectos éticos básicos imprescindibles y que abarcan a todos los integrantes del sistema de salud técnicos y no técnicos y el incumplimiento debe ser sancionado.

Opciones de procedimientos: si bien la Guía Técnica de la IVE elaborada por el MSP propone la elección y el uso de medicamentos (kit Mifepristona-Misoprostol) para la IVE en el 1er trimestre del embarazo, consideramos fundamental ampliar la posibilidad de recurrir a otros procedimientos como recomienda la OMS, y capacitar a los profesionales en Aspiración Manual Endouterina (AMEU) por ejemplo.

Ampliar profesionales actuantes en la IVE 3: La ley de IVE establece que el profesional actuante en la 3era consulta de la IVE (instancia en la cual se entrega la medicación) sea un ginecólogo/a. En muchos lugares, esto puede ser una barrera para el acceso, sobre todo en los lugares más alejados de las capitales departamentales. Ampliar la participación de otros profesionales en esta instancia, que habitualmente participan en la atención integral de la salud de las mujeres –médicos de familia y obstetras parteras– podría ser una solución en este sentido.

Capacitación y sensibilización de los profesionales y equipos de salud: Sin duda es fundamental realizar, periódicamente, actividades de sensibilización, capacitación y actualización de todos los temas que hacen a la salud sexual y reproductiva, más allá de lo que refiere a la IVE en particular, para asegurar la mejor calidad de atención en salud de las mujeres y sus familias.

Formación de nuevas generaciones de profesionales con compromiso de conciencia

Reiteración de la IVE: el abordaje integral biopsicosocial, la educación y el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, gratuitos o de bajo costo –incluyendo la anticoncepción post aborto inmediato, de emergencia y los métodos irreversibles– es una prestación obligatoria de nuestro sistema de salud. En este sentido, cuando una mujer reitera la IVE, debemos asegurarnos como profesionales de que esto no sea consecuencia de fallas en el acceso a los métodos antes descritos.

Toda esta peripecia ha llevado a una importante serie de enseñanzas que se sistematizan a continuación:

- Que se debe avanzar siempre por los sitios que ofrezcan menor resistencia en aborto inseguro y derecho a la atención en salud.
- Que es necesario promover la autonomía y el empoderamiento de las mujeres para que ellas tomen las resoluciones más conscientes.
- Que, en base al compromiso, los valores y el trabajo planificado, se puede tomar la iniciativa y transformar a los profesionales de la salud en agentes de cambio social.
- Que el modelo de Iniciativas Sanitarias es replicable en toda América Latina y países con marco legal restrictivo, para bien de las mujeres, sus familias, la sociedad y los profesionales de la salud.
- Que para disminuir el número de abortos es fundamental contar con políticas de educación sexual, acceso universal a anticoncepción segura y efectiva y servicios de interrupción de embarazos dentro del sistema de salud.

Los desafíos principales en esta etapa son, fundamentalmente, promover el compromiso de conciencia y los valores profesionales en el colectivo de los integrantes del equipo de salud, y formar a las nuevas generaciones en salud sexual y reproductiva con enfoque de género y con capacidad de transformación permanente.

Como corolario, se estima que se ha hecho un aporte importante a la transformación de la relación sanitaria desde una propuesta esencialmente profesional ya que en pocos años Uru-

guay logra, como se había planteado oportunamente, hacer del aborto una práctica segura, accesible e infrecuente.

Por último, desde el punto de vista del *advocacy* toda la peripecia del equipo uruguayo se resume en tener un compromiso con la vida, afirmando que se es auténticamente «pro vida», si se puede demostrar que con lo que se hace se logra más vida, dignidad y derechos de las mujeres y la infancia.

Esta situación hace que se presenten tres niveles de análisis para transformar las recomendaciones en acciones, logrando que los derechos sean hechos:

- Desde lo sanitario: cómo implementar estas recomendaciones en los servicios de salud, desarrollando cambios en las políticas públicas que lo sustenten.
- Desde lo político: cómo instrumentar estrategias exitosas y discursos coherentes de concreción de estos derechos humanos, articulando el avance en los causales de aborto seguro y el asesoramiento universal en todos los casos.
- Desde lo legal: cómo se articula el derecho internacional expresado en las recomendaciones de la CIPD con la situación jurídica de cada país, desarrollando avances en dirección a que se concreten los derechos humanos de las mujeres.

En la dirección de siempre intentar mejorar la situación que existe y sin hipotecar lo que se ha logrado, pensar en un escenario legal sin la figura jurídica del aborto es, desde el punto de vista de la atención en salud, probablemente lo mejor a lo que se puede aspirar.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. UN Programme of Action. In Report on the International Conference on Population and Development 1994. Cairo: Available at: Accessed January 2009.
2. Faúndes A., K.R., Briozzo L., Right to protection from unsafe abortion and post abortion care. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 2009.
3. Organization W.H., Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems, ed. W.H.O. WHO. 2003, Geneva.
4. Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. Int J Gynecol Obstet 2006;95(2):221–6.
5. Dickens, B.M. and R.J. Cook, Reproductive health and public health ethics. Int J Gynaecol Obstet, 2007. 99(1): p. 75-9.
6. Faundes, A., Genero, poder e dereitos sexuais e reproductivos. Femina, 1996. 27(7): p. 661-670.
7. Briozzo, L., Faundez, A., The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2007. 09.015.
8. Briozzo, L., *et al*., Iniciativas sanitarias en la práctica clínica, in Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, L. Briozzo, Editor. 2007, ARENA: Montevideo. p. 95-117.
9. Stapff C, Leus I, Avondet S, Pons C, Bernardi S, Correa S, *et al*. Integralidad de la consulta en el servicio de salud sexual y reproductiva. Arch Gin Obs. 2008;46(2):39–74.
10. Briozzo L. Proyecto FIGO. "Salvar Madres y Recién Nacidos/FIGO 2004". Iniciativas Sanitarias: Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo. In: Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. 2007. p. 249–59.
11. Ley N°18.426. Ley de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Registro Nacional de Leyes Decretos. Uruguay; 2008. p. 2638. Available from: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008.
12. World Health Organization. Coverage of maternity care: A listing of available information. Fourth edition. Geneva: WHO; 1997. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63878/1/WHO_RHT_MSM_96.28_(part1).pdf.
13. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. Int J Gynecol Obstet 2011; 115(2):121–6.
14. Faundes A, Balzerato J. El drama del aborto. En busca de un consenso. Santiago, Chile, 2011.

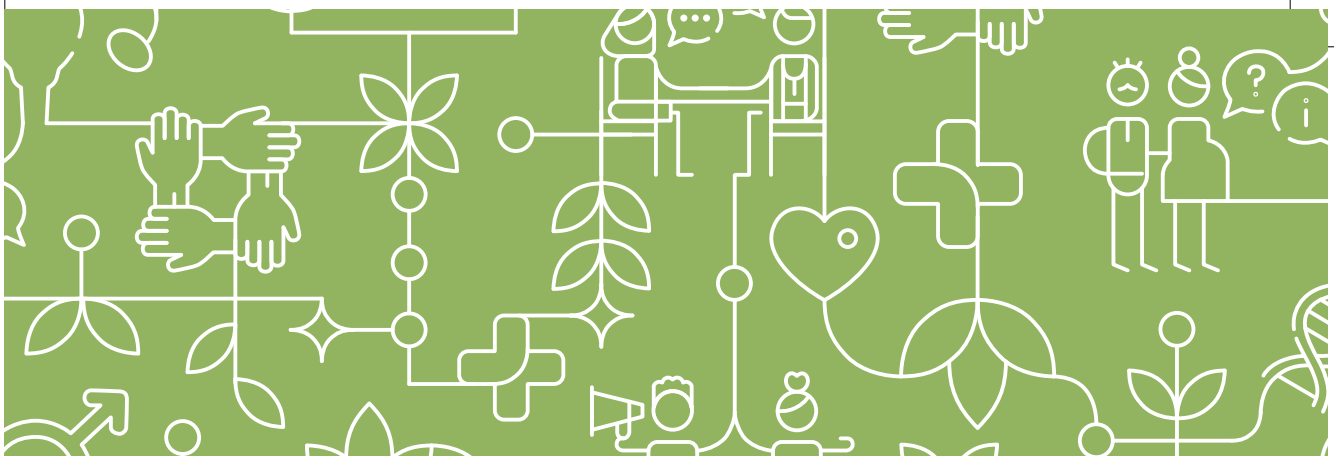
15. Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. Int J Gynecol Obstet 2012; 119(Suppl 1): 68–71.
16. Rodríguez Almada H, Berro Rovira G. Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal. Rev Med Urug 2006; 22:157–61.
17. Briozzo, L. en Presentación del libro Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales , bioéticos y jurídicos. ISBN 9974-637-10-4. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo 2002.
18. Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis-Estrategias para su reducción. Rev Med Urug 2003; 19:188–200.
19. Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. Int Gynecol Obstet 2006;95(2):221–6.
20. Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. The implementation of the risk reduction strategy, from one teaching hospital to the whole country: Changes in abortion morbidity and mortality. Int J Gynecol Obstet 2016; 143(Suppl. 1):S7–11.
21. Lalonde AB, Grellier R. FIGO saving mothers and newborns initiative 2006–2011. Int J Gynecol Obstet 2012; 119(Suppl 1):S18–21.
22. Pan American Health Organization, World Health Organization. PAHO/WHO Honors Efforts to Advance Women's Health Equality in Latin America. Published March 9, 2012. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6502 %3A2012-la-ops-oms-premia-esfuerzos-impulsar-equidad-salud-mujeres-america-latina&catid=1443 %3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=en.
23. Briozzo L. La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. Rev Med Urug 2007; 23:139–41.
24. Briozzo L, Faúndes A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. Int J Gynecol Obstet 2008; 100(3):291–4.
25. Dickens BM, Cook RJ. Conscientious commitment to women's health. Int J Gynecol Obstet 2011; 113(2):163–6.
26. Briozzo L. La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. Rev Med Urug 2013; 29:114–17.
27. Ministerio de Salud. Interrupción voluntaria de embarazo. Published 2015. http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci %C3 %B3n-voluntaria -de-embarazo.

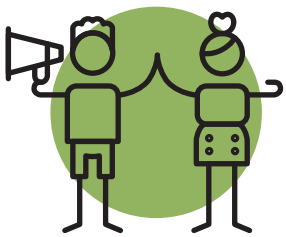
28. Ley N° 18.987. Ley sobre Interrupción voluntaria de embarazo. [Internet]. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Uruguay; 2012. Available from: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012/3.
29. Leus I, Avondet S, Potrie J, Alonso B. Desvínculo adopción: Una mirada integradora. Una puesta a punto orientada a fortalecer las prácticas profesionales -. Sanitarias I, editor. Montevideo, Uruguay; 2012.
30. Ley N° 18.590. Modificaciones al Código de la Niñez y la Adolescencia relativo a la adopción. [Internet]. Registro Nacional de Leyes y Decretos. 2009. p. 177-A. Available from: https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18590-2009/1.
31. High Level Panel "Seguir avanzando en la salud de las mujeres. Sobre la base de los valores profesionales, garantía de respeto de los derechos y Autonomía de las usuarias". http://www.iniciativas.org.uy/panel-de-alto-nivel-31-10-fallo-tca/.
32. Coppola F, Et.al. Objeción de conciencia como barrera para implementar la Interrupción voluntaria del embarazo en el Uruguay: Variaciones en la actitud y comportamiento de los ginecólogos. Int J Gynaecol Obs 134. 2016;134(Suppl 1): S16-19.
33. Ley N°19.580. Ley de Violencia basada en género https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017.
34. MSP. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Montevideo, Uruguay; 2012.
35. MSP. Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Montevideo, Uruguay;2012.
36. PAHO, WHO. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2015. [Internet]. Available from:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3Adata-statistics&catid=1900%3Adata-statistics-home&Itemid=2003&lang=pt.
37. Antón J-I, Ferre Z, Triunfo P. The impact of the legalisation of abortion on birth outcomes in Uruguay. Heal Econ.2018; 27(7):1103–19.
38. Nozar F, Briozzo L, Gallino V, Fiol V, Piastri M, Coppola F, *et al*. Descentralización de los escenarios de enseñanza-aprendizaje de los posgrados de Ginecotocología. Experiencia de la Clínica Ginecotocológica A. Rev Med Urug. 2019;35(3):218–23.
39. Nozar M, Fiol V, Coppola F, Briozzo L. Programa de formación del postgrado de la Clínica Ginecotocológica A. Primera ed. Montevideo: Oficina del Libro-Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina/Universidad de la República Oriental del Uruguay; 2011.

40. Guldi M. Fertility effects of abortion and birth control pill access for minors. Demography. Joyce T. Did legalized abortion lower crime? J Hum Resour. 2004;39(1):1.
41. Gruber J, Levine P, Staiger D. Abortion legalization and child living circumstances: Who is the «marginal child»? Q J Econ. 1999;114(1):263–91.
42. Levine P, Staiger D, Kane T, Zimmerman D. Roe v Wade and American fertility. Am J Public Heal. 1999;89(2):199–203.
43. Angrist J, Evans W. Schooling and labour market consequences of the 1970 state abortion reforms. Res Labor Econ. 2000; 18:75–113.
44. Donohue III J, Levitt S. The impact of legalized abortion on crime. Q J Econ. 2001;116(2):379–420.
45. Kane T, Staiger D. Teen motherhood and abortion access. Q J Econ. 1996;111(2):467–506.
46. Cook P, Parnell A, Moore M, Pagnini D. The effects of short-term variation in abortion funding on pregnancy outcomes. J Heal Econ. 1999;18(2):241–57.
47. Valente C. Access to abortion, investments in neonatal health, and sex-selection: Evidence from Nepal. J Dev Econ. 2014; 107:225–43.
48. Joyce T. A simple test of abortion and crime. Rev Eco Statu. 2009;91(1):112–23.
49. Shoe smith G. Crime, teenage abortion, and unwontedness. Crine Delina. 2017;63(11):1458–90.
50. François A, Magni-Berton R, Weill L. Abortion and crime: Cross-country evidence from Europe. Int Rev Law Econ. 2014; 40:24–35.
51. Joyce T. Abortion and crime: A review. In: Benson BL, Zimmerman P, editors. Handbook on the Economics of Crime. Nueva York: Edward Elgar Publishing; 2010. p. 452–87.
52. Donohue III J, Levitt S. Further evidence that legalized abortion lowered crime: A reply to Joyce. J Hum Resour. 2004;39(1):29.
53. Sorenson S, Wiebe D, Berk R. Legalized abortion and the homicide of young children: An empirical investigation. Anal Soc Issues Public Policy. 2002;2(1):239–56.
54. Bitler M, Zavodny M. Did abortion legalization reduce the number of unwanted children? Evidence from adoptions. Perspect Sex Reprod Heal. 34(1):25
55. Grossman M, Jacobowitz S. Variations in infant mortality rates among counties of the United States: The roles of public policies and programs. Demography. 1981;18(4):695.
56. Clarke D, Mühlrad H. Abortion laws and women's health. (IZA Discussion Paper). Report No.:11890. Bonn; 2018.

57. Castillo T. The effect of abortion legalization on child and materal health in Mexico City. Lund University. [Internet]. 2017. Available from: http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=8916829&fileOId=89168 30.

58. Antón J-I, Ferre Z, Triunfo P. Evolution of adolescent fertility after decriminalization of abortion in Montevideo, Uruguay. Int J Gynecol Obs. 2016;134(S1): S24-7.





ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

INTEGRANDO DERECHOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA
Clínica GINEa | Fmed UdelaR

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

MÓDULO 6. ABORDAJES EN EL MANEJO DE LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD

Proteger y promover los derechos de los y las adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud sexual y reproductiva de manera irrestricta

SUMARIO

I. INTRODUCCIÓN

II. PERSPECTIVA DE DERECHOS
   a. Normativa vigente
   b. Confidencialidad
   c. Consentimiento y autonomía progresiva

III. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD
   a. Prevención de violencia en el noviazgo
   b. Inclusión del varón en la consulta

IV. PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD
   a. Adolescentes en situación de discapacidad
   b. Transexualidad
   c. Generalidades del embarazo en adolescentes

V. EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

VI. ASPECTOS CENTRALES EN EL ABORDAJE DE LA ADOLESCENTE EN LA GINECOTOCOLOGÍA

VII. PERSPECTIVAS

VIII. BIBLIOGRAFÍA

I. INTRODUCCIÓN

La Salud Sexual y Reproductiva es clave en el desarrollo y felicidad de todas las personas a lo largo de su ciclo vital. Bien porque la sexualidad humana está presente desde antes del nacimiento y hasta la muerte, y bien porque todo lo relacionado al proceso reproductivo genera desafíos y tensiones, felicidades y tristezas. Es durante la adolescencia y juventud, momento único, irrepetible y complejo, signado por experiencias que marcarán a los jóvenes y a la sociedad en su conjunto, el período de la vida en el que se organiza la sexualidad, en el marco de procesos que incluyen la autonomía progresiva, el inicio de la vida sexual y reproductiva, la independencia de la familia de origen, la formación de parejas y nuevos arreglos familiares o vinculares. (1)

En particular, la adolescencia y la juventud constituyen un tiempo fundamental en el desarrollo de las personas donde se sustentan procesos no solo biológicos, sino también psicológicos, culturales y sociales, como las trayectorias educativas, laborales y sociales básicas para el bienestar y la inclusión. Se abordarán así los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes desde tres perspectivas, ya planteadas en la publicación "Adolescencia, Sexualidad y Derechos" del Instituto Nacional de la Juventud del Ministerio de Desarrollo Social en conjunto con la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y el Fondo Poblacional de las Naciones Unidas (UNFPA). (2)

El análisis desde una perspectiva de derechos incluirá el conocimiento de la normativa vigente sobre los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, y su aplicabilidad en la práctica clínica, principalmente en lo referente al consentimiento y la confidencialidad en estos pacientes, no siempre manejados en forma adecuada por los profesionales de la salud. De estos se desprende el concepto de la autonomía progresiva, que consiste en el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos de las personas menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos, de acuerdo a la evolución de sus facultades; así como también contempla la adquisición de las responsabilidades que derivan del ejercicio de los derechos.

La perspectiva de género ahondará sobre problemáticas tratadas en otros capítulos de esta publicación, y sus particularidades en la población adolescente, considerando como ejes centrales a la prevención de la violencia en el noviazgo y la inclusión

de la pareja en la consulta. Se abordará además la atención de la transexualidad en la adolescencia desde una mirada práctica.

Finalmente, la perspectiva de diversidad incluirá la visión de los derechos sexuales y reproductivos de aquellos adolescentes que se encuentren en condiciones especiales.

Transversalizando las tres perspectivas, e integrando las mismas, se abordara la educación sexual en la población joven y adolescente, como el pilar fundamental para un correcto ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Es hora de admitir que los paradigmas de educación sexual tradicional (excluyente, no homogénea y selectiva) han fallado rotundamente a la hora de afrontar problemas y necesidades reales de la población. Una educación sexual formal, integral y homogénea para todos nuestros/as niños/as y jóvenes es la clave que permitirá solucionar múltiples problemas de salud pública que impactan no sólo en la salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes, sino también en el concepto global de salud de toda la población. Nuestra contribución, como profesionales de la salud, hacia el logro de este nuevo paradigma será uno de los ejes centrales de este capítulo.

II. PERSPECTIVA DE DERECHOS EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

a. NORMATIVA VIGENTE

El marco de los DDSSRR desarrollados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994 y la profundización en los acuerdos llevados adelante por la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe llevada a cabo en la ciudad de Montevideo en 2013, también conocido como Consenso de Montevideo, (3) constituyen el marco para el abordaje de la normativa. En relación a los derechos de la infancia y la adolescencia, el instrumento internacional por excelencia es la Convención Internacional de Derechos del Niño, ratificada en Uruguay en 1990. En ella se produce un cambio de paradigma, que supone pasar a considerar a niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos, los cuales son innatos e inherentes a la condición humana, así como **obligatorios** e irreversibles. (4)

La Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, ratificada en Uruguay en el año 2008 por la ley 18270, también debe entenderse como marco referencial, en tanto concibe a la juventud como sujeto y titular de los derechos que en ella se consagran, incluyendo el derecho al honor, la intimidad personal y familiar, y la propia imagen. La misma refiere a la población comprendida entre los 15 y 24 años de edad. (5)

Con respecto a la confidencialidad la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes reconoce de manera expresa en los jóvenes el derecho a la intimidad, garantizado en el ámbito asistencial por la confidencialidad médica y el respeto por parte del equipo de salud, haciendo especial énfasis en lo relativo a su Salud Sexual y Reproductiva. Son, entonces, los adolescentes y los jóvenes titulares de derechos, entre ellos el derecho al secreto médico.

El otro concepto importante es el de autonomía progresiva, que se relaciona a desde cuando el adolescente puede tomar decisiones autónomas y, así, generar la obligación por parte del profesional de respetar estas decisiones, salvo que perjudique a terceros o se trate de una situación de emergencia extrema. (6)

El concepto de la autonomía progresiva surge de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en su artículo n.° 8, como herramienta para llevar a la práctica los derechos humanos de la infancia. Se desarrolla con mayor profundidad en la ley 18.335 de Derechos y obligaciones de usuarios y pacientes de la salud. Se plantea que la autonomía progresiva no se trata de un ejercicio progresivo de los derechos, sino de una autonomización progresiva en el ejercicio de los mismos, de acuerdo a las etapas de la vida en la que se encuentra. Consiste en la capacidad de formarse un juicio propio, con la adquisición de la habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie le obligue o manipule; así como también la capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles, manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes. (4, 7) Así entendido, los niños van adquiriendo capacidad para ejercitar sus derechos a medida que se van desarrollando como personas. También contempla la adquisición de responsabilidades específicas conforme a la edad que está viviendo. La infancia y la adolescencia deben ser concebidas entonces como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal,

social y jurídica. En el área de la salud este principio se traduce en la necesidad de recabar el consentimiento de las personas menores de edad para la intervención médica toda vez que ello sea posible. Esto implica, a su vez, garantizar el acceso a una información adecuada, sin lo cual no podrán manifestar válidamente su consentimiento. Por lo tanto, el proceso de toma de decisiones variará de acuerdo con las características propias del adolescente, las características del contexto y de la complejidad de las situaciones a decidir. (8)

Existen diferentes escalas de valoración de competencia de los pacientes, con distintas características a evaluar. La principal dificultad en el manejo de estas escalas en la población adolescente es que las mismas fueron diseñadas para utilizarse con adultos, y no toman en cuenta las particularidades que ya analizamos de los adolescentes y la juventud. Como todos los juicios clínicos, el juicio sobre la capacidad de un paciente será siempre probabilístico y prudencial, y no de naturaleza científica, aun utilizando estas herramientas auxiliares. En casos en los que el juicio clínico no sea suficiente para la evaluación de la capacidad de consentir de un joven o adolescente, una herramienta de evaluación adicional puede ser la utilización del "Mac Arthur Competence Assessment Tool (MCCAT)". Consiste en una entrevista semiestructurada y aplicada para evaluar las habilidades para tomar decisiones sobre un tratamiento, incluye la valoración de la comprensión de la información relacionada con el trastorno, apreciación del significado de la información en la situación concreta del paciente, razonamiento del proceso de decisión del tratamiento, y expresión de una elección sobre el mismo. Es una escala de 30 puntos, donde puntajes por encima de la media para la población estiman con elevada fiabilidad la capacidad de consentimiento de cada paciente particular. Existen numerosos instructivos para la utilización del MCCAT en la literatura, tanto en inglés como en español. (9) Se requieren estudios que permitan evaluar la efectividad de estos protocolos en la población adolescente y joven; o el desarrollo de un protocolo específico para este período, así como también conocer la media de nuestra población joven y adolescente. (10)

En Uruguay, la evaluación de la competencia deberá ser realizada por el equipo de salud actuante y no exclusivamente por los profesionales de salud mental. Es responsabilidad de los médicos en general valorar la capacidad de consentir de los pacien-

tes, sin excepción. Esto se recoge en el Decreto N.° 274/2011 que reglamenta la Ley 18.335 sobre derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. En los artículos 11 y 18 de dicha ley se establece claramente la responsabilidad de los profesionales de la salud en la valoración de la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes. (7)

En caso de que la valoración por el equipo de salud no sea concluyente, algunos autores han considerado que un juez de familia, con asesoramiento multidisciplinario, debería ser quien juzgue si un menor es maduro o no.

El consentimiento debe ser recabado por el personal de salud, y por lo tanto, la valoración de la capacidad de un paciente de comprender y procesar la información brindada debe concretarse luego de un conocimiento entre el paciente, la familia y el equipo sanitario, sin confundirse con autorizaciones judiciales que retrasen la asistencia ni transformarse en un mero paso administrativo, que es la antítesis del consentimiento informado. (8, 12)

No existe entonces un límite de edad a partir del cual se adquiera el derecho a consentir. Tomando en cuenta estos conceptos, quienes comprenden y aceptan esta corriente de transformación del consentimiento en la niñez y la adolescencia, plantean que no debería fijarse una edad predeterminada para consentir, ya que debería primar la valoración de la capacidad natural de juicio y de la competencia. (8, 12) Las capacidades y los contextos en los que están insertos nuestros niños y adolescentes no son iguales, y por lo tanto, generalizar un límite etario no sería representativo de una capacidad real de consentir. Esto recalca la importancia de una adecuada relación médico-paciente, y la capacitación del personal de salud en la evaluación del desarrollo madurativo del mismo, no solo en lo biológico, sino también en lo psicológico y sociocultural.

Sintetizando lo desarrollado al respecto de las prácticas recomendadas para asegurar una perspectiva de derechos en la consulta de jóvenes y adolescentes:

- Contar con mayor diversidad de horarios de consulta y flexibilidad en los mismos, así como una ambiente adecuado a su realidad, evitando ambientes demasiado infantiles o rodeados de adultos.

- El/la adolescente puede concurrir a la consulta solo o acompañado por madre, padre, pareja, otro familiar, docente, referente, vecino, amigo, y será atendido ***siempre***.
- Ofrecer y garantizar que los/las adolescentes tengan un espacio a solas con el personal de salud durante la entrevista clínica.
- Asegurar la confidencialidad de la consulta, aun frente a la insistencia de padres o tutores del paciente adolescente.
- Partir de la premisa que el/la adolescente que concurre a la consulta tiene la madurez suficiente para decidir acertadamente sobre temas que lo incumben directamente.
- En caso de que existan dudas clínicas sobre la capacidad de decidir, la utilización de herramientas validadas ayuda a no retrasar las conductas o tratamientos necesarios.
- Ajustar la información brindada durante la consulta a un lenguaje adecuado y accesible, priorizando los ejemplos prácticos.

Utilizar la instancia de la consulta, independientemente de la razón que motiva la consulta, para informar al adolescente sobre sus derechos como usuarios del sistema de salud, en especial en materia de derechos sexuales y reproductivos.

III. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

El abordaje de género en la adolescencia y juventud es imprescindible para una aproximación clínica adecuada a las circunstancias vitales de esta población. El sistema hegemónico patriarcal lleva a considerar en las sociedades, estereotipos de lo masculino y lo femenino que son la base de grandes problemas de relacionamiento social, incluso pueden explicar la gravedad de situaciones como la epidemia de la violencia basada en género. Por ello es muy importante desarrollar en la adolescencia y la juventud intervenciones para que el proceso de maduración de la sexualidad sea lo más saludable y feliz posible. Logrando minimizar disfunciones y patologías biopsicosociales del futuro. El rol de los profesionales de la salud, así como del sistema educativo, es entonces absolutamente clave.

Algunos aspectos relevantes para la práctica ginecotocológica desde esta perspectiva son la prevención de la violencia, la

incorporación del varón al horizonte clínico y el abordaje de la transexualidad.

Desestructurar el modelo patriarcal de relaciones sociales en dirección al pleno ejercicio de los DDSSRR es también responsabilidad de los profesionales y equipos de salud. El modelo médico hegemónico en la atención de los pacientes adolescentes y jóvenes constituye una forma de perpetuar la violencia en esta población. Una de las principales características de este modelo es el paternalismo médico, que surge como un abuso del modelo de beneficencia y se practica como beneficencia sin autonomía, un tipo de relación entre médico y paciente que es similar a la que existe entre padre e hijo, a la usanza tradicional estructurada y conservadora. Este modelo en la población adulta se encuentra en declinación; sin embargo, en la población adolescente es aún el modelo regente. Esto se manifiesta por las limitaciones que existen tanto legal como socialmente sobre el consentimiento de los/as adolescentes, y también a través de la falta de educación, principalmente en lo que refiere a los derechos sexuales y reproductivos. (13)

a. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

Uno de los problemas que surgen de la concepción social de género es la violencia basada en género. Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". La violencia basada en género refleja y refuerza las inequidades entre hombres y mujeres, y comprometen la salud, dignidad, seguridad y autonomía de sus víctimas.

La violencia basada en género y su prevención se aborda en mayor profundidad en otro capítulo de este texto, sin embargo resulta imposible no nombrar esta problemática al hablar de adolescencia y juventud. (14)

Por un lado, la edad de los/as jóvenes y adolescentes puede ser un indicador de inequidades sociales, ya que solamente la edad coloca a esta población en una situación de subordinación. La marginalización basada en género de las mujeres refuerza la discriminación y la falta de empoderamiento que muchas su-

fren por ser menores de edad. En este sentido, existe una concepción social actual centrada en el adulto, que posiciona a los niños y jóvenes en inferioridad de condiciones respecto a los adultos. Existe la consideración de que se trata de una población como seres incompletos, que aún no alcanzan las habilidades necesarias para el desarrollo de la vida y el control sobre las decisiones que toman. Esto sustenta situaciones de violencia generacional desde los adultos referentes hacia adolescentes y jóvenes en diferentes ámbitos. Datos sobre la violencia basada en género generalmente incluyen mujeres, niñas y adolescentes, y no diferencia rangos etarios, lo que significa que hay una falta de datos específicos sobre la prevalencia de la violencia contra los/as adolescentes y jóvenes, perpetrada ya sea por adultos u otros adolescentes.

Debe destacarse que durante la adolescencia las normas de género son más flexibles, por lo que las estrategias de prevención e intervención deben considerar tanto el género como las características propias del adolescente. En la adolescencia, chicos y chicas están construyendo su identidad y debemos trabajar para que puedan incorporar valores no sexistas y contrarios a la violencia. Esta identidad va a estar condicionada por los modelos que tienen a su alrededor. Y estos reproducen, todavía hoy, estereotipos de género que establecen una identidad femenina representada por la dependencia, la debilidad, la complacencia a los otros, y una identidad masculina asentada en el control emocional, la fuerza, el riesgo y el permiso o el derecho para el ejercicio de la violencia.

Se ha visto que en relaciones adolescentes violentas, ambos miembros de la pareja tienden a exhibir comportamientos violentos en comparación con relaciones adultas. Existe, por parte de las/os adolescentes, una falta de percepción de determinadas conductas como sexistas, como primeras señales de violencia, interpretándolas desde las ideas del amor romántico como señales de amor: “es tan celoso conmigo porque me quiere mucho”. Las nuevas tecnologías, utilizadas mayoritariamente por adolescentes y jóvenes, han creado nuevos escenarios y herramientas con las que se puede controlar, humillar y amenazar.

Desde la práctica profesional, además, se puede y debe prevenir a las y los adolescentes a identificar situaciones de violencia en el noviazgo, o en su entorno para poder desnaturalizarlas.

Resulta evidente que el abordaje de esta problemática debe integrarse a la currícula de enseñanza de niños y adolescentes. Limitar las acciones de prevención al ámbito estudiantil dejaría por fuera a gran parte de la población objetivo. De esto se desprende el rol fundamental de los profesionales de la salud en la concientización y el cambio. Este rol debe ejercerse no solo desde la consulta sino desde actividades de extensión a la comunidad.

A modo de síntesis de las Prácticas recomendadas para el abordaje de la Violencia Basada en Género en niña/os y adolescentes

- Tratar estos temas cuando la paciente se encuentre sola preferentemente.
- Desenmascarar actos de violencia entendidos como formas de amor utilizando frases como:
    - Que tu novio/a revise tu celular no es compartir.
    - Que tu novio/a cuestione, juzgue o limite tus amistades y lugares a los que vas no es cuidarte.
    - Tener miedo a las reacciones de tu novio/a no está bien.
    - Que no le guste tu libertad no es cariño.
    - Perdonar infinitamente a tu novio/a no te hace más comprensivo.
    - Contar lo que pasa no es traición.
- No minimizar ni normalizar actitudes o sentimientos que demuestran violencia: sentirse humillado, obligado, presionado, desvalorizado, culpable, reprimido en una relación son signos de violencia.
- No hay excusas para el abuso. Utilizar frases como: “Nada de lo que hagas o digas es una razón para que te traten mal”.
- Brindar herramientas para ayudar a un compañero víctima de violencia: buscar un tiempo a solas para decir lo que se siente y lo que preocupa de la relación, sin juzgar ni obligar a hacer nada. Decir que no está solo/a. Ayudar a realizar un plan de seguridad o buscar ayuda.
- No limitar el abordaje de esta problemática a los/as pacientes que relatan o se sospeche violencia. Educar a ***todos*** los pacientes en este abordaje como forma de prevenir situaciones de violencia a futuro y como forma de acompañar a

amigos que sean víctimas o victimarios de violencia. ***Todos*** somos responsables de abordar este problema.

- Brindar material informativo: folletos, páginas de internet, números telefónicos, etc.

El MSP ha desarrollado en 2019 una Guía de Actuación Clínica frente a situaciones de violencia sexual en menores de 15 años

b. INCLUSIÓN DEL VARÓN EN LA CONSULTA

De esta premisa también se desprende la necesidad de un cambio de paradigma sobre la construcción social de la masculinidad, principalmente en una etapa crítica como es la adolescencia.

El modelo patriarcal impone que para los varones el tránsito de la infancia a la adultez no tiene un componente biológico como en el caso de las mujeres, sino que existen "ritos de iniciación" que les permite demostrar su "hombría" en oposición a la niñez, a lo femenino y a la homosexualidad.

Por lo general, los ritos de iniciación para los varones implican: la demostración de fuerza física mediante la participación en peleas y consumo de sustancias; es decir conductas de riesgo; así como la autonomía (económica), por medio de la inserción temprana en el mundo laboral. (15) Los diversos aportes desde la teoría y estudios de género han permitido el cuestionamiento de la rigidez que esta estructuración en torno al comportamiento trae aparejado. En sus orígenes, el movimiento feminista focalizó sus esfuerzos en analizar la manera en que este tipo de estructuras afecta particularmente a las mujeres. Sin embargo, a medida que las relaciones de género han sido puestas bajo escrutinio y experimentado ciertas modificaciones, ha sido posible trascender en la discusión respecto a los roles a desempeñar no solamente por las mujeres, sino también por los varones. Más aun, conceptualmente, no es posible hablar de género sin considerar a los varones, dado el carácter relacional que implica el término.

Resultados de estudios observacionales demuestran que los varones adolescentes y jóvenes serían más flexibles a medida que avanza la edad a un cambio en la concepción social de los roles adjudicados a hombres y mujeres. (16)

El estereotipo masculino se ha vinculado a actividades de riesgo, con mayor prevalencia de consumo de sustancias, accidentes de tránsito, actos violentos, entre otros. Esto se asocia a su vez con un menor acceso a los sistemas de salud. Se ha demostrado que los varones jóvenes y adolescentes tienen una menor proporción de consultas médicas en un período de un año en comparación con las mujeres del mismo rango etario, y esta diferencia se agudiza aun más si analizamos las consultas sobre temas que involucran la salud sexual y reproductiva. Por todo lo anterior, es fundamental incluir al varón en la consulta, tanto en forma individual como si es parte de una pareja. El abordaje de los conceptos de género en la población de varones debe ser considerado como parte de la solución a la inequidad de género y los problemas que trae aparejados.

IV. PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD EN ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Todas las personas tienen un valor intrínseco por el hecho de ser humanos, de eso se tratan los DDHH y por eso no se trata de tolerar la diversidad, de aceptar lo diferente, sino efectivamente ver a las otras personas, diversas y diferentes a mí, iguales. (1)

Las diferencias son inherentes a la especie humana y, lejos de generar desigualdades, deberían enriquecer a todos/as. Es bueno recordar que los peores momentos de la humanidad fueron cuando grupos de fanáticos aspiraban a una raza única y superior. Incorporar de esta manera la perspectiva de diversidad nos amplía la visión y el ejercicio de los derechos de toda la población, disminuyendo el riesgo de que sean utilizadas como razón de discriminación. Del mismo modo que el modelo patriarcal privilegia determinadas formas de construirse como varones o mujeres, la perspectiva de diversidad busca ampliar las diferencias en torno a lo que consideramos “normal”, y desterrar el criterio que toma estas diferencias como “lo otro”, “lo patológico”, “lo peligroso”.

Muchos de estos paradigmas de peligrosidad relacionada a lo diferente se asientan y construye en la infancia y la adolescencia, lo que hace a este período uno crítico para el abordaje de estos conceptos.

La adolescencia no debe ser considerada un proceso homogéneo y universal, a diferencia de lo que se postula en los en-

foques tradicionales que abordan esta etapa. Por tal motivo la expresión "adolescencias" resulta más adecuada para referirse a la pluralidad y diversidad que encierra este proceso. Cada adolescente, sus vivencias y características, resultan de un cúmulo de interacciones entre lo individual y lo social, en donde las categorías de sexo, género, edad, nivel socioeconómico, lugar de procedencia y residencia, etnia, orientación sexual, entre otros, se articulan de manera compleja. Estas diferencias no deben ser ignoradas, y la asistencia de esta población debe partir de esta concepción de diversidad. (17)

Respecto a la perspectiva de derechos, según el artículo n.º 18 del Código de la Niñez y Adolescencia, se deberá favorecer el desarrollo integral de todas las potencialidades intelectuales y sociales de niñas, niños y adolescentes, evitando desigualdades por causa de sexo, etnia, religión o condición social. (4) En determinadas situaciones, el Estado y la sociedad estarán obligados a brindar una atención personalizada. En este marco es clave la perspectiva de reconocimiento a la diversidad como inherente a la experiencia humana con igual poder para participar en la vida social desde las diversas identidades, subjetividades y modos de vida. Este enfoque incluye la diversidad sexual, étnica, cultural, etc. Su integración en el marco de las políticas públicas implica un gran avance hacia la igualdad, la convivencia democrática y la justicia social. Pero a la vez implica deconstruir una serie de mitos, estigmas, creencias y prejuicios que sostienen las múltiples discriminaciones, reconocen y derriban las causas que legitiman y reproducen estos mecanismos en las instituciones y las sociedades. Especial consideración en el marco de la diversidad merece el enfoque de la diversidad sexual, en la concepción de la existencia de diferentes subjetividades, orientaciones e identidades sexuales. El mismo implica la ruptura de los modelos hegemónicos de sexualidad masculina y femenina. (18)

Algunos temas claves son los adolescentes privados de libertad, situación de discapacidad, embarazo y transexualidad.

a. ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERTAD

La sexualidad en las cárceles e instituciones data desde que existen las mismas, como parte de la integralidad de los individuos que la habitan. Toda persona que se encuentra privada de libertad por haber infringido la norma penal o incluso aquellas

institucionalizadas por situaciones sociales a las que han sido expuestas, experimenta mediante el aislamiento un trastorno de su ambiente social y sobre todo de sus equilibrios emocionales, psíquicos y físicos. La falta de contacto con su grupo familiar, el estado constante de alerta de su integridad física, la privación de intimidad con su pareja, llevan al recluso a experimentar un alto grado de degradación, indignidad y frustración de la masculinidad o feminidad.

Los cambios en la conducta sexual exponen a los reclusos a riesgos adicionales para la salud. Las tasas de VIH/SIDA se incrementan, y las tasas de hepatitis C son muy altas dentro de los recintos penales.

En lo que respecta a las visitas conyugales o íntimas, muchos espacios carcelarios no cuentan con una infraestructura apta para la formalización de estos encuentros en los denominados "venusterios" (habitación especial en que las personas presas tienen relaciones sexuales con la pareja visitante), y así de esta forma entregar condiciones óptimas de dignidad, seguridad, privacidad e higiene. Esto, sin duda, favorece las agresiones sexuales con el consiguiente riesgo de la transmisión de infecciones de transmisión sexual y de prostitución clandestina.

De los recintos femeninos se conoce menos, pero las evidencias muestran que si bien el porcentaje de mujeres reclusas es menor, las tasas de transmisión de VIH son mayores en este grupo, producto de la falta de estrategias internas y de programas efectivos de prevención. Esto constituye otro ejemplo más que ilustra las diferencias y la violencia de género establecida en nuestra sociedad en todos los ámbitos.

Los derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes privados de libertad han sido históricamente descuidados e ignorados, situación que atenta contra los derechos humanos fundamentales. No se encuentran artículos que aborden esta problemática, y menos aún políticas públicas tendientes a brindar una solución a esta violación a los derechos humanos que se ejerce frente a estos jóvenes.

Las experiencias de violencia en la adolescencia en situaciones de privación de libertad tendrán un impacto en la capacidad del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de esta población.

b. ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

La sexualidad en los adolescentes con discapacidad sigue siendo un tema poco atendido. Aún hoy las palabras sexualidad y discapacidad parecen no ir de la mano según nuestra sociedad. La combinación de estas palabras, muchas veces en forma errónea, despierta alarma y anticipa problemas.

El abordaje de este tema está signado de algunos conceptos erróneos. En primer lugar, y aunque parezca sorprendente luego de todo lo que se ha avanzado en los últimos años, cabe aclarar que muchas veces se confunde la definición de sexualidad. Hay aún quienes consideran que la sexualidad es igual a las relaciones sexuales, y que además, estas se reducen al coito. Por lo cual, si no se puede tener coitos, no se puede ejercer la sexualidad.

Como ya hemos mencionado, la sexualidad se manifiesta desde que el ser humano nace hasta su muerte. Desde que nacemos somos seres sexuados. Manejando este simple concepto, entenderíamos que la sexualidad abarca a todas las personas, incluso a las personas con discapacidad.

Por otro lado, debemos destacar que existe un gran abanico de discapacidades, que pueden incluir las motoras, las físicas y las cognitivas. A su vez, cada uno de estos subgrupos incluye una gran variabilidad de manifestaciones que requieren modificaciones y ajustes razonables en su entorno para el ejercicio de la sexualidad. Esto significa que no todas las discapacidades tengan las mismas capacidades cognitivas, necesidades de apoyo, funcionamiento corporal y genital, o habilidades sociales, entre otras; y abre un abanico de posibilidades que hace que un enfoque desde la diversidad sea la norma y no la excepción.

No debemos olvidar además que los jóvenes y adolescentes con discapacidad no dejan de ser jóvenes. Como personal de salud, no podemos ignorar que ***todos*** los jóvenes son sujetos de derechos y que, como tales, debemos garantizarles el adecuado ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Todos tienen derecho a recibir educación sexual, entendiendo como tal una educación sexual integral, que abarque las distintas formas de vivir la sexualidad. Debemos alejarnos, tanto en la asistencia en salud como en el ámbito educativo, del concepto histórico y socialmente aceptado de la sexualidad coitocéntrica.

El abordaje de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos de esta población requiere adecuar el entorno a las ne-

cesidades cada uno, espacios accesibles y profesionales entrenados.

Las Prácticas recomendadas en el abordaje de la sexualidad en adolescentes con discapacidad

- Primero no dañar, asesorarse y formarse, o en caso contrario, derivar.
- Tratar el tema siempre, no ignorarlo o pretender que la sexualidad no se vive en esta población.
- Abordaje integral de la sexualidad, no limitándonos a un enfoque coitocéntrico de la sexualidad, e incluyendo las distintas formas de vivir placenteramente la misma.
- Adecuar el lenguaje o el mensaje a la discapacidad presente. Por ejemplo, en discapacidades cognitivas se pueden utilizar dibujos o libros infantiles para el abordaje de esta temática.
- Abandonar la noción de sexualidad coitocéntrica y abordar otras formas de vivir la sexualidad.

Individualizar, realizar un traje a medida, es un concepto frecuentemente utilizado y aceptado en la asistencia en salud. Sin embargo, los adolescentes expuestos a situaciones diferentes, como los privados de libertad y aquellos con discapacidades, encuentran múltiples obstáculos para el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, tanto en el ámbito social y educativo, como en el ámbito asistencial, situación de la que el equipo de salud es directamente responsable. (19, 20)

c. EMBARAZO ADOLESCENTE

En el mundo anualmente se registran 16 millones de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, y aproximadamente 1 millón de embarazos en niñas y adolescentes menores a 15 años.

En Uruguay, en los últimos años se produjo un descenso sostenido en el tiempo de las tasas de embarazo adolescente, que alcanzó su mínimo histórico en 2018, siendo de 36 cada mil entre las adolescentes entre 15 y 19 años, y 0,6 cada mil en menores de 15 años. Esto aleja a Uruguay del resto de los países de Latinoamérica, pone fin a diez años de estancamiento del indicador a nivel nacional y supera las metas propuestas para el año 2020. Estos datos pueden modificarse según los distintos departamentos y zonas del país considerados, así como también según el nivel socioeconómico.

El aporte que realiza el descenso de los nacimientos en madres adolescentes representa el 29 % del descenso total de los nacimientos en Uruguay, siendo el principal aporte del mismo.

Este descenso en las tasas de embarazo adolescente se ve sobre todo entre los 15 y 19 años, y secundario a la prevención de la recurrencia de embarazo adolescente y la utilización de métodos anticonceptivos de larga acción reversible en el posparto inmediato. No se explica el descenso por la interrupción voluntaria del embarazo ya que en los adolescentes se ha demostrado una disminución de la misma desde 2005 a 2008, tanto para menores de 15 años, como entre los 15 y 19 años.

Tabla 1. Evolución del número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo en Niñas y adolescentes en Uruguay entre 2015 y 2018.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EN URUGUAY ENTRE 2015 Y 2018				
	2015	2016	2017	2018
MENORES DE 15 AÑOS	94	74	64	56
15 A 18 AÑOS	1603	1597	1476	1472
TOTAL	1697	1671	1540	1528

Datos del MSP: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PresentaciónnatalidadfecundidadymortalidadinfantilenUruguay2018

El embarazo en niñas o adolescentes, especialmente aquel que ocurre en menores de 15 años, expresa una multiplicidad de vulneraciones y carencias en la defensa de los derechos humanos y en la vigencia de políticas públicas. Es una expresión de desigualdad y segmentación social que agudizan situaciones de exclusión, vulnerabilidad y ejercicio efectivo de derechos sociales, económicos, culturales y sobre todo derechos sexuales y reproductivos. Implica aspectos de salud, sociales, de género, justicia y derechos humanos; y constituye un indicador de desarrollo y bienestar social, y marcador de situaciones de alta vulnerabilidad. (21, 22)

A esto se suma que el embarazo adolescente se asocia a serios riesgos biológicos, sociales y psicológicos. Los riesgos biológicos asociados al embarazo adolescente se encuentran ampliamente descritos en la bibliografía e incluyen muerte materna, infecciones puerperales y del tracto urinario, eclampsia, fístula obstétrica, parto prematuro y mortalidad neonatal. Estos riesgos son mayores al analizar exclusivamente a la población menor a 15 años. El riesgo de muerte materna en menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores. Un estudio retrospectivo, que analizó los datos del Sistema Informático Perinatal entre 1983 y 2003, encontró que las niñas y adolescentes de 15 años o menos tenían una probabilidad 4 veces mayor de mortalidad materna al comparar con el grupo etario de 20 a 24 años. También tenían una probabilidad 4 veces mayor de endometritis puerperal, 60 % más probabilidad de eclampsia (no significativa) y de hemorragia posparto, y 40 % más probabilidad de anemia. Al comparar con los hijos de madres de 20-24 años, aquellos nacidos de madres de 15 años o menos tenían una probabilidad 60 % mayor de tener bajo peso al nacer o de ser prematuros; y una probabilidad ajustada 50 % mayor de nacer pequeños para su edad gestacional y de muerte neonatal temprana. (22)

Los riesgos psicosociales incluyen síntomas de depresión y ansiedad, situaciones de estrés postraumático, ideación suicida. El embarazo adolescente, especialmente el de adolescentes menores a 15 años, determina un cambio brusco y generalmente radical y de deserción del ciclo educativo, de sus relaciones sociales, de sus perspectivas de inserción laboral y generación de ingresos. (22)

Los riesgos biopsicosociales del embarazo adolescente precoz llevan a multiplicar la vulnerabilidad de esta población a la pobreza, la exclusión, la violencia, y la dependencia. Debe sumarse a esto que muchos embarazos que ocurren en adolescentes menores de 15 años, y en particular antes de los 13 años, son producto de violencia sexual o bajo distintas formas de coerción, a diferencia de lo que ocurre en la franja de 15 a 19 años, donde se registra una incidencia importante de embarazos debido a una iniciación sexual temprana consensuada. (22) El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM) introduce en 2015 el concepto de Embarazo Infantil Forzado, que tiene lugar cuan-

do una niña menor o igual a 14 años queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. Esta situación muestra una doble vulneración de los derechos de estas niñas y adolescentes, expuestas a una maternidad no deseada tanto por el progenitor de dicha gestación como por el personal de salud y distintas figuras gubernamentales. En Uruguay, durante el año 2018, el 28 % de las situaciones de violencias hacia niños, niñas y adolescentes (NNA) atendidas por el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) correspondió a abuso sexual. En tres de cada cuatro de estas situaciones las víctimas fueron niñas y adolescentes, y en el 83 % de los casos los agresores fueron hombres. Además, siete de cada diez víctimas habían sufrido esta forma de violencia de modo recurrente, y el 92 % de los casos llega en etapas de cronicidad, lo cual se constituye como un claro escenario de riesgo de embarazo producto de relaciones abusivas para las niñas y adolescentes. (23)

Los hechos que llevan a la realidad del embarazo adolescente son diversos e implican la interrelación de factores que van mucho más allá de lo meramente biológico. Implica también la participación de factores sociales y psicológicos, mandatos de género y familia, acceso a servicios de salud y educativos, entre otros. Esto hace a la complejidad del abordaje de estas situaciones y a la necesidad de incluir la intersectorialidad.

En Uruguay se desarrolló en el año 2019 la "Ruta de Atención para niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo". Está dirigida a la detección o sospecha de estas situaciones en distintos ámbitos: salud, educación, deporte, organizaciones sociales o socioeducativas y comunidad, entre otros. Está orientada fundamentalmente a la identificación de situaciones de abuso sexual. Identifica dos grupos etarios, menores de 12 años y mayores o iguales a 12 años. Los embarazos en pacientes menores de 12 años se consideran siempre productos de violación. Otros elementos que sugieren la presencia de abuso sexual son la diferencia de edad de la pareja sexual mayor a 10 años y la ausencia de consentimiento. En niñas y adolescentes de 12 años o más se considera igualmente una situación que amerita protección y garantías, y en la cual también debe valorarse la presencia de situaciones de violencia. (21)

Más allá de estas categorizaciones, resulta fundamental que la consideración de la edad y el grado de consentimiento implicado en la relación que dio origen al embarazo esté mediada por la valoración y evaluación del nivel de desarrollo de la niña o adolescente, la presencia de relaciones de violencia o asimétricas y el interés superior, su derecho a ser escuchado y, de acuerdo a su madurez, su capacidad de decidir. (21)

Ante la sospecha de abuso sexual este mapa de ruta establece los pasos a seguir por el profesional que identifica estas situaciones, incluyendo el informe a las autoridades institucionales y, en caso de ser necesario, la judicialización. También contempla las acciones a seguir frente a embarazos en niñas entre 12 y 14 años, productos de una relación consentida entre pares, que, si bien no ocurren en el contexto de un abuso sexual, también son escenarios de vulnerabilidad. (21)

El acceso al texto completo del Mapa de Ruta puede realizarse a través del link: https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Mapa de Ruta Embarazo en menores de 15.pdf.

Por último, dado todo lo expuesto, resulta estratégico abordar este fenómeno de manera multidimensional, integral e intersectorial, generando acciones de política pública que intervengan en diferentes áreas y niveles, y que la maternidad y paternidad en la adolescencia no redunden en mayores situaciones de exclusión y vulnerabilidad.

Prácticas recomendadas para el abordaje de niñas y adolescentes menores a 15 años en situación de embarazo

- Habilitar espacios que propicien confidencialidad y seguridad a las niñas y adolescentes durante todo el proceso, tanto en la primera aproximación como en las subsiguientes.
- Valorar riesgos físicos y psicoemocionales de forma oportuna y estructurada.
- Tener alto índice de sospecha para situaciones de abuso sexual en estas situaciones: tomar en cuenta edad de la paciente, edad de la pareja y consentimiento.
- Valorar autonomía progresiva (recordar)
- Identificar un adulto protector.
- Acompañar en la toma de decisiones respecto a la continuidad o no del embarazo, los distintos pasos de la ruta de los

servicios de salud y los distintos espacios de circulación de las niñas y adolescentes.

Prácticas ***no*** recomendadas en el abordaje de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo

- Acudir a referentes adultos de la niña sin la apropiada valoración previa del carácter protector de estos. Recordar que la comunicación o búsqueda de un adulto referente requerirá el consentimiento de la niña o adolescente dependiendo de su madurez o autonomía progresiva.
- Imponer requisitos adicionales a la IVE.
- Generar indicaciones o acciones que deriven en demoras en referencia y contrarreferencia, a nivel local o interdepartamental, de servicios que garanticen la oportuna disponibilidad de IVE y atenciones correspondientes.

d. TRANSEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

El estudio de la transexualidad en población adulta ha evolucionado en los últimos años, alcanzando mayor visibilidad actualmente gracias a las iniciativas de los colectivos trans y al incremento de personas que acuden a atención primaria por problemas de identidad de género.

La experiencia trans en la infancia y la adolescencia continúa siendo una de las situaciones más negadas e incomprendidas, y expone a las personas a situaciones de maltrato tanto en el ámbito familiar y de pares, como también en el ámbito educativo y de asistencia en salud. (24)

En el ámbito asistencial a su vez existe una patologización de la niñez trans, que se evidencia en múltiples circunstancias, incluyendo la nomenclatura utilizada para tratar el tema. El DSM V describe este proceso bajo el nombre de Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia o Disforia de Género en la Adolescencia. La OMS adopta inicialmente la nomenclatura del DSM V, cambiándola posteriormente a Incongruencia de Género en la Infancia. Esto da un mensaje de que la diversidad o variante de género en niños o adolescentes es una enfermedad o patología. De todo esto se desprende la importancia de los profesionales de la salud en el mantenimiento de los estigmas que rodean esta situación, y contribuye a mantener la desinformación sobre el adecuado manejo de la misma. (26) Todo esto sin mencionar

siquiera que la transexualidad es una de las principales reivindicaciones antagonizadas desde los grupos antiderechos. Resultados de estudios científicos que evaluaron la transexualidad en la infancia y la adolescencia han planteado históricamente que la experiencia trans en la infancia puede no ser definitiva. Se ha encontrado que la experiencia trans que se manifiesta en la niñez llega a la etapa adulta en un 6 a 23 % en varones, y en un 12 a 27 % en mujeres. En cambio, la persistencia es mayor cuando ocurre en la adolescencia, siendo cercana a un 100 %. Basados en estos datos, el asesoramiento brindado por los profesionales de la salud a pacientes y familiares con experiencias trans no siempre es adecuado, tendiendo a minimizar la misma a una "fase" o un "evento transitorio". Sin embargo, lo que muchos desconocen es que estos estudios en su mayoría presentaron sesgos en la selección y seguimiento de pacientes, incluyendo en los participantes a personas con actitudes no concordantes a su género (gestos, juegos, ropas o juguetes que se identifican con el estereotipo del sexo opuesto), y no solamente a aquellos niños que se identificaban con el sexo opuesto. (25)

Esta carencia de evidencia científica de calidad, sumada a la falta de información y formación en el tema y a un sistema de creencias socialmente compartido que no reconoce las necesidades de las personas trans, determina que en el ámbito sanitario no haya un reconocimiento de esas necesidades en la población adulta, que es aun más acentuado en la población de niños/as y adolescentes. Al no encontrar respuestas en los servicios de salud, se agudiza la discriminación social de las personas trans y los obliga a buscar soluciones fuera del sistema médico, exponiéndose a riesgos y daños a su salud a corto y largo plazo, vulnerando los derechos a la Salud Sexual y Reproductiva y a la salud integral. (26)

Los ambientes idealizados en el imaginario social como espacios de protección de la infancia como son la escuela, el hogar y los servicios de salud, son espacios violentos para las personas trans.

Actualmente en el Uruguay, según lo establecido en la Ley N.° 19.864 –la ley integral para personas trans–, no se mandatan límites de edad para el cambio de identidad y el inicio de la evaluación y tratamiento de las personas trans. En casos de menores de edad, estas acciones serán guiadas según la evolución de sus capacidades, como se establece en el artículo 11° bis del Có-

digo de la niñez y la Adolescencia. Se priorizará en todo caso la autonomía progresiva del niño/a o adolescente.

El tratamiento hormonal en niños/as y adolescentes incluye no sólo la terapia masculinizante o feminizante, sino que también incluye en algunos casos el retraso del empuje puberal con análogos de GnRH, opción que no debería olvidarse en el abordaje de estos adolescentes.

Con respecto a la cirugía, la ley establece que para que las personas menores de 18 años accedan a intervenciones quirúrgicas irreversibles con el fin de adecuar su cuerpo a su identidad de género, será necesaria la autorización de los padres o representantes.

Prácticas recomendadas para el manejo de niños/as y adolescentes trans en la consulta:

- Primero no dañar. Si no se sabe cómo acompañar, simplemente derivar.
- Capacitación del personal de salud en su conjunto sobre el abordaje de estos pacientes.
- Reconocer que la transexualidad en la niñez y la adolescencia existe.
- Reconocer que existen discursos brindados por el personal de salud que dañan, especialmente a los niños/as y adolescentes, induciendo a un trauma y una posterior dificultad en la expresión de su identidad de género.
- Tomar en cuenta que las expresiones discriminatorias, de rechazo o patologizantes no son solo verbales, sino que se pueden transmitir desde gestos, miradas o curiosidad.
- Consultas en horarios y lugares iguales a los que se atiende el resto de la población de su edad, para evitar la segregación y favorecer la inclusión social.
- Evitar el uso de términos patologizantes como los utilizados por la OMS y el Manual DSM V, para el abordaje de estas situaciones.
- Evitar intervenciones “normalizantes”.
- Utilizar el nombre de pila elegido por el paciente, independientemente de si este es el que figura en su documento de identidad. En caso de ser una primera consulta en el servicio, preferir utilizar apellidos hasta tener certeza del nombre con el que se identifica. Registrar el nombre en la historia clínica

para evitar que otros profesionales utilicen el nombre asignado según su sexo biológico.

- Asesoramiento de las familias en la consulta:
  - Explicar que no es una elección.
  - Flexibilizar el género.
  - Explicar que el rol de padre/madre no varía, el afecto y los límites deberían ser los mismos.
  - Trabajar mitos y prejuicios. Manejo del duelo.
    - Intervención social con familia, escuela, entorno social.
    - En caso de internación preguntar a la persona si se siente más cómoda en un sector designado según su identidad de género, o si por el contrario, lo hace en un sector designado según su sexo biológico.

V. EDUCACIÓN SEXUAL

La educación sexual es un proceso activo que busca potenciar a la persona humana para el encuentro libre, pleno y responsable con otras personas y con la propia sexualidad, en correspondencia con sus deseos y necesidades, garantizando la capacidad de elegir, los límites de la práctica sexual y el respeto por las personas con las cuales se relaciona.

La educación sexual es el conjunto de conocimientos que favorecen el vivir una sexualidad placentera y responsable, además de prevenir conductas de riesgo. Requiere del desarrollo de la autoestima, el respeto por el otro, el desarrollo de actitudes no discriminatorias, y el integrar la práctica sexual con el placer. La educación sexual se inicia con el desarrollo de la vida y es desde entonces que el niño aprende la manera de relacionarse con su cuerpo, un aprendizaje fundamental para su salud sexual futura.

Históricamente, la educación sexual (o carencia de la misma) ha sido una responsabilidad casi exclusiva de la familia, lo que lleva a una educación sexual no generalizada, selectiva, excluyente y no homogénea en muchos casos. La educación sexual en este contexto pasa a ser otra manifestación de las diferencias sociales, un bien reservado para un sector de la población.

La educación sexual es un terreno de disputa destacada entre los grupos antiderechos y los defensores de los DDHH. En el momento actual existe una fuerte polémica a nivel global en-

tre los sectores conservadores, vinculados con la Iglesia Católica de Roma, el mundo musulmán y algunos países que pretenden que la educación sexual sea solo realizada por las familias.

La educación sexual limitada al ámbito informal expone a su vez a ahondar diferencias de género. Un estudio realizado en población adolescente en nuestro país describe diferencias en el acceso a la información entre hombres, que prefieren fuentes de información "impersonales", y mujeres, donde predominan formas "relacionales" o "interpersonales" de obtener información. (17, 27)

Dejar librada la educación sexual al ámbito familiar no mejora el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes. (17) Según datos aportados por la UNESCO, a nivel mundial, donde el ámbito familiar e informal domina la educación sexual, solo el 34% de los jóvenes puede dar prueba de un conocimiento preciso sobre la prevención y la transmisión de algunas ETS. En algunas partes del mundo, dos de cada tres niñas afirmaron que no tenían idea de lo que les estaba pasando cuando tuvieron su primera menstruación. (24) Según un estudio multicéntrico de Naciones Unidas, los aprendizajes de los adolescentes de hasta 20 años se producen en el contexto informal en un 80%. (22)

Por las razones expuestas en este capítulo, la educación sexual integral universal debe considerarse como un bien ineludible para el ejercicio de los derechos humanos de niñas/os y adolescentes. Es obligación de todos garantizar el acceso a la misma. (3)

Expuestas ya las razones que nos alejan de la educación sexual limitada al ámbito familiar, es necesario analizar los demás ámbitos en los que debe abordarse esta temática.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que hay muchos aspectos de la formación y desarrollo sexual de un niño o adolescente en los que ni la escuela o la salud, ni la educación sexual que allí se ofrezca, influirá significativamente. Debemos tener esto en cuenta para registrar el límite de la misión educativa: la identidad sexual, la elección sexual y las vicisitudes del objeto amoroso habrán de construirse en una matriz privada, que no es precisamente la escolar ni la sanitaria.

Sin embargo, la educación, la información, la oportunidad de preguntar y escuchar, la invitación a dialogar y pensar, son ele-

mentos que sí influyen (y mucho) en los recursos con que un individuo aborda los desafíos de su crecimiento y desarrollo como persona. Especialmente allí es donde las familias no consiguen ofrecer lo que se espera de ellas, el espacio escolar y sanitario (los maestros y profesionales de la salud cuando están preparados, otros adultos, los pares) puede alojar constructivamente algunas de las preguntas, silencios, narraciones, que le den cauce a las curiosidades e incertidumbres de la sexualidad. En la medida en que la escuela y las instituciones de la salud se hacen capaces de integrar estas dimensiones del crecimiento y desarrollo de los niños al núcleo de su proyecto educativo, aparecen nuevas herramientas que enriquecen el proceso de enseñanza-aprendizaje aportando motivación y significado a la construcción de conocimientos.

Se desprende de esto la necesidad de contar con políticas públicas que formalicen la integración de conceptos fundamentales sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en la currícula formativa, tanto de profesionales de la salud como de educadores. La falta de formación y recertificación de estos debe ser inaceptable.

Las instituciones y los profesionales de la salud deben posicionarse desde un rol fundamental en la educación sexual.

Por un lado, se debe tener en cuenta que en Uruguay 4 de cada 10 jóvenes no logran culminar la educación obligatoria. Si bien el análisis de las razones que explican esto excede el objetivo de este capítulo, se considera que las características socioeconómicas de dichos jóvenes afectan significativamente la permanencia en el sistema educativo. Basándonos en esto, queda claro que abordar la educación sexual solamente desde el ámbito educativo favorecería la inequidad social y no garantizaría el ejercicio universal de los derechos. (29)

Los profesionales de la salud se encuentran en una posición privilegiada para lograr un mayor alcance de la Educación Sexual. Sin embargo, en la práctica, las publicaciones e iniciativas llevadas a cabo por este sector no siempre han tenido el impacto esperado. Esto puede deberse a la tendencia a reducir la sexualidad a sus aspectos meramente biológicos, situación a la que el personal de salud es especialmente vulnerable, y de lo que debe tratar de escapar. Por otro lado, la educación sexual se ve muchas veces influenciada por creencias morales o religiosas,

lo cual atenta contra la laicidad obligatoria (de la que no están exentos los profesionales de la salud) y contra el correcto ejercicio de la medicina. Además, históricamente las intervenciones llevadas a cabo por el equipo de salud son puntuales, con diferentes grupos de adolescentes, a diferentes edades, dirigidas y coordinadas por diferentes actores en forma separada. Queda claro en la bibliografía consultada que estas intervenciones no logran los resultados esperados por ser limitadas en el tiempo y ser, por lo general, de corta duración, y también por ser aplicadas en adolescentes y jóvenes que ya han sido expuestos e influenciados por múltiples estímulos externos. (28)

La educación sexual debe realizarse en forma precoz, incluso en edades preescolares o como forma tardía en edades escolares, lo cual no es habitualmente contemplado por los profesionales de la salud. Si bien este es un elemento a modificar, la intervención de los profesionales de la salud no debe limitarse a este grupo etario. La intervención sobre la familia y como educadores sociales no debe ignorarse. Una forma de lograr la universalización de los conceptos de una educación sexual integral es la formación entre pares, principalmente mediante el desarrollo de jóvenes formadores de opinión y la formación en salas de espera. (28, 29)

El momento de la consulta, por razones sociales y también institucionales, resulta escaso, insuficiente o incluso poco amigable para el abordaje de la educación sexual en su sentido más amplio. Desplegar espacios de escucha fuera del consultorio, donde se generen intercambios entre pares o con profesionales y donde se encuentre un lugar para volcar dudas, inquietudes o aclarar conceptos, enriquece la función y facilita la tarea de promoción y protección integral de la salud. La actividad en la sala de espera busca precisamente que ese primer contacto de adolescentes con el sistema de salud condicione positivamente su relación con él. Es un espacio de comunicación que trata, por un lado, de relativizar las posibles aprehensiones que puede desencadenar el acto de por sí traumático que significa la consulta médica y, por otro, aprovechar el tiempo inerte de la espera para trabajar aspectos relacionados con la integralidad de la salud. (28, 29)

Para este abordaje resulta fundamental horizontalizar la relación profesional/adolescentes y adolescentes/servicio de salud, que lleven a una mejor comunicación y escucha activa, y derribe

en forma efectiva los enfoques paternalistas tradicionales a los que estamos acostumbrados.

La participación efectiva y activa de jóvenes en actividades de formación en Derechos Sexuales y Reproductivos, compromiso adquirido por el Uruguay en el Consenso de Montevideo, permite lograr este proceso de "horizontalización" en la educación sexual. El desarrollo de jóvenes formadores de opinión debe considerarse como una herramienta que facilite un mayor alcance de la educación sexual y nos aleje de la educación sexual selectiva y no homogénea a los que exponemos hoy a nuestros jóvenes. (3)

Las orientaciones contienen ocho conceptos clave que revisten igual importancia, se refuerzan mutuamente y se deben enseñar de manera conjunta. (30)

Los conceptos clave de las orientaciones en educación sexual son:

1. Relaciones
    a. Familias.
    b. Amistad, amor y relaciones románticas.
    c. Tolerancia, inclusión y respeto.
    d. Compromisos a largo plazo y crianza de los hijos.
2. Valores, derechos, cultura y sexualidad
    a. Valores y sexualidad.
    b. Derechos humanos y sexualidad.
    c. Cultura, sociedad y sexualidad.
3. Comprensión del género
    a. La construcción social del género y las normas de género.
    b. Igualdad de género, estereotipos y prejuicios.
    c. Violencia de género.
4. Violencia y seguridad
    a. Violencia.
    b. Consentimiento, privacidad e integridad física.
    c. Uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC).
5. Habilidades para la salud y el bienestar

a. Normas e influencia de los pares en el comportamiento social.
b. Toma de decisiones.
c. Comunicación, rechazo, y habilidades de negociación.
d. Alfabetización mediática y sexualidad.
e. Cómo encontrar ayuda y apoyo.

6. El cuerpo humano y el desarrollo
   a. Anatomía y fisiología sexuales y reproductivas.
   b. Reproducción.
   c. Pubertad.
   d. Imagen corporal.
7. Sexualidad y comportamiento sexual
   a. Sexo, sexualidad y ciclo de vida sexual
   b. Comportamiento y respuestas sexuales.
8. Salud sexual y reproductiva
   a. Embarazo y prevención del embarazo.
   b. El estigma del VIH y el SIDA, cuidados, tratamiento y apoyo.
   c. Entender, reconocer y reducir el riesgo de contraer ITS.

Al analizar la temática a abordar en estas estrategias se puede apreciar que la educación sexual entendida en el marco biológico utilizado en nuestro país ampliamente, incluye solamente dos de los conceptos claves, y es por lo tanto incompleta. La sexualidad y la educación sexual en la actualidad deben enfocarse desde múltiples perspectivas, que incluyan y acompañen no sólo lo biológico, sino también los cambios sociales y el desarrollo de nuevas tecnologías. (30)

Al pensar en la educación sexual de los jóvenes y adolescentes de la actualidad, no debe olvidarse el contexto en el que se están desarrollando, donde la sexualidad está más presente y más explícita que nunca en los medios de comunicación, y no existen diferencias con respecto a esto en diferentes niveles socioeconómicos de la población. En las últimas décadas se observó un cambio en la relación entre lo “público” y lo “privado”. Las barreras entre estos dos conceptos se han borrado, dando lugar

a nuevos fenómenos como el *sexting* o la exhibición *online*, frecuentes en la población adolescente.

Hoy la sexualidad adquiere una relevancia especial en la cotidianidad de nuestros adolescentes, quienes establecen relaciones entre sí mediadas por la red y generan nuevos vínculos motivados por sus necesidades. En esta era de la informática, la sexualidad adolescente se vive en el mundo "real" y en el mundo "virtual", existiendo una interacción permanente entre ambas dimensiones. Este fenómeno presenta beneficios y perjuicios en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Si bien, por un lado, la influencia de la tecnología en la sexualidad adolescente permite ampliar la forma de expresar la sexualidad y facilita el acceso a la información sobre el tema, las características propias de los adolescentes, como la omnipotencia y la curiosidad, los coloca en una posición de vulnerabilidad que los expone a situaciones de riesgo. A todo esto debemos sumar la ausencia de legislación clara y acorde a los problemas surgidos de la tecnología. Es por esto que deben también abordarse en forma primordial estas situaciones dentro de la consulta ginecológica. Con respecto a esto, los jóvenes no son los únicos que necesitan educación sobre el comportamiento seguro en línea. De hecho, estudios han demostrado que el 62% de los padres no creen que sus hijos se puedan ver involucrados en problemas graves en línea, y el 80% desconocen cómo averiguar qué están haciendo sus hijos en internet. Más aun, el 74% de los padres refieren sentirse frustrados y reconocen desinterés con respecto al tema. Aunque un 39% de los padres intenta supervisar el comportamiento en línea de sus hijos, se ha demostrado que los adolescentes, con más conocimiento de la tecnología, evitan su vigilancia. Preocupa la desconexión digital que existe cuando se trata de comunicar información sobre la seguridad de internet. El 71% de los padres cree que han tenido conversaciones con sus hijos sobre un comportamiento en línea adecuado, mientras que sólo el 44% de los jóvenes están de acuerdo con ello. Esto debe impulsarnos a promover conversaciones más directas sobre el tema, tanto en el ámbito familiar como en la consulta médica, de una forma que repercuta claramente en el comportamiento de jóvenes y adolescentes.

El profesional de la salud debe posicionarse entonces un paso más allá de su mero rol asistencial, debe buscar también

participar como educador, no sólo de los jóvenes y adolescentes sino también del resto del grupo familiar.

VI. ASPECTOS CENTRALES EN EL ABORDAJE DE LA ADOLESCENTE EN LA CONSULTA

En la edad adolescente el mayor uso de los servicios de salud es por consultas no programadas y en los servicios de emergencia y urgencia. Por esta razón debe considerarse la consulta adolescente, independientemente del lugar en el que está siendo asistido, así como del motivo de consulta, como una oportunidad para conocer al paciente, orientar intervenciones y reconocer factores protectores y de vulnerabilidad individual o familiar. A pesar de la probada evidencia de los beneficios del cribado de situaciones de riesgo y la consejería sobre la promoción de hábitos de vida saludables, prevención de enfermedades y mortalidad, hay estudios que demuestran que hasta el 70-80 % de las consultas adolescentes carecen de los mismos. El hecho de que una o un adolescente viva una situación aguda, subaguda o crónica, que requiera atención en un servicio específico, no debe contraponer el control en salud integral e integrado, multidisciplinario e interdisciplinario que requiere, evitando de esta forma las barreras de acceso y la pérdida de oportunidades. De esto se desprende la importancia de contar con flexibilidad de horarios y centros de atención para esta población, y de no perder de vista la integralidad.

Si bien la frecuencia y el tiempo de controles deben ser individualizados, muchos autores y comités recomiendan al menos una visita anual y de una duración no menor a 30 minutos. Debemos tener en cuenta, a pesar de estas recomendaciones, que las acciones en salud en esta población no empiezan ni terminan en una sola consulta. No sólo es necesario el tiempo en cada consulta, sino el acompañamiento en el tiempo. Debemos dejar creada la necesidad de continuidad.

Uno de los objetivos principales de los controles en salud en la adolescencia debe ser crear un vínculo de confianza entre el equipo de salud, el/la adolescente y la familia. Para el logro de este objetivo resulta de fundamental importancia ofrecer y asegurar un momento a solas con el adolescente durante toda consulta y respetar la confidencialidad de la consulta, tanto en la presencialidad como en el manejo de las herramientas de regis-

tro de la historia clínica. Esto incluye también respetar la elección de acompañante del/la paciente en el momento de la consulta, ya que esta elección es parte de su derecho como usuario del sistema de salud. Trabajar desde un rol profesional es mandatorio, e implica presentarse como técnico de la salud, no como par ni como madre o padre.

Desde el inicio de la entrevista y al trabajar con las herramientas de registro, se pondrá en conocimiento del paciente que tanto la historia clínica como el registro del Sistema Informático del/la adolescente (SIA) son propiedad del adolescente, aunque permanezcan en custodia de la institución.

Los y las profesionales que atienden adolescentes deberían estar dispuestos y ser capaces de mantener un diálogo con escucha atenta, lenguaje claro y de acuerdo a la etapa evolutiva de la persona, sin usar juicios de valor, realizando preguntas abiertas, respuestas en espejo y resumiendo. Puede resultar útil en muchos casos utilizar diversos métodos de comunicación durante las explicaciones: verbal, gestual, imágenes, ejemplos, figuras, entre otras. Si bien el lenguaje debe ser adaptado a la edad del paciente se recomienda hablar como un adulto y no imitando a un niño.

Se recomienda realizar orientaciones en forma positiva, destacando los aspectos positivos de la entrevista y la normalidad en el examen físico. Manejar que la normalidad asienta en la diversidad del ser humano. Ser diferente es parte de la normalidad humana. Estos dos momentos de la entrevista deben realizarse en un clima de tranquilidad, partiendo de la base de que el consentimiento de la/el paciente será lo que guíe la consulta. Este consentimiento deberá obtenerse incluso para la realización de un examen físico, luego de explicada la importancia y la información que se buscará a través del mismo. No es posible recabar el consentimiento del paciente sin brindar una información completa y ajustada a la realidad del/la paciente, y sin valorar el grado de autonomía progresiva que posee.

El profesional debe ser cauto con los diagnósticos o pronósticos brindados, sobre todo en las primeras consultas. Trabajar en conjunto con otros integrantes del equipo asistencial en una misma consulta, y no en forma independiente, puede constituir una herramienta de gran valor en el abordaje de las/los adolescentes.

Las Prácticas recomendadas en el abordaje de la consulta adolescente

- Flexibilidad de horarios y lugares de consulta, ajustados a los hábitos y actividades de la población adolescente.
- Respetar la confidencialidad de la consulta como un deber inherente al accionar médico. Garantizar la privacidad de esta instancia.
- Recabar el consentimiento de la/el adolescente tanto para procedimientos básicos como para aquellos complejos.
- Adecuar el lenguaje y utilizar material didáctico durante el asesoramiento.
- Ser concreto, con mensajes firmes y directos como forma de obtener compromisos concretos.
- No realizar juicios de valor (verbales o no verbales).
- Escucha activa.
- Utilizar la consulta adolescente como una ***oportunidad*** para realizar educación y prevención de conductas de riesgo independientemente del motivo de consulta.
- Realizar un abordaje integral de la salud del adolescente, con énfasis en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, despistando vulnerabilidades y visibilizando diferentes realidades.
- Pensar en el/la adolescente más allá de su rol de paciente y realizar un asesoramiento tendiente a desarrollar Jóvenes Formadores de Opinión, que puedan contribuir en la difusión de los conceptos integrales de salud desde una perspectiva de género, derechos y diversidad.

VII. PERSPECTIVAS

Los derechos sexuales y reproductivos constituyen un elemento clave para el desarrollo de la salud adolescente. Factores socio-culturales y religiosos, así como también el desarrollo de nuevas tecnologías, influyen en el ejercicio de los mismos.

Es el momento de construir, elaborar y consolidar todos los elementos que propicien un correcto acceso y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en particular de la niñez, adolescencia y la juventud.

Los equipos asistenciales de salud deben posicionarse como líderes de estos cambios, tanto desde el punto de vista asisten-

cial, asegurando un enfoque de derechos, género y diversidad, como también desde el punto de vista educativo.

Es clave entonces generar equipos multidisciplinarios que puedan abordar todos los aspectos desarrollados, que tengan capacidad de engarce con el sistema educativo y con las figuras representativas de la familia de las/los adolescentes en consulta.

Para ello se deben realizar cambios normativos haciendo obligatoria la conformación de equipos de adolescentes, que emulen los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en el contexto de la ley 18426; mientras se mejore simultáneamente la formación y capacidad profesional de todos aquellos que se relacionan con pacientes en este período tan importante de la vida.

En base a todo lo analizado en este capítulo, la atención médica de excelencia en adolescentes debe estar basada en los principios de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia. Como forma de garantizar esta atención de excelencia debemos alejarnos del modelo paternalista y selectivo al que históricamente hemos expuesto a nuestros jóvenes y adolescentes.

Las acciones a tomar deben enfrentarse y adaptarse a los desafíos socioculturales históricos y tecnológicos actuales, y enfocarse en la educación sexual integral de los jóvenes y adolescentes, y también de sus familias como unidad social.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Abero B, Pérez de Sierra I, Quesada S. Sexualidad y Derechos. Aportes para el trabajo con adolescentes y jóvenes. Programa Género y Cultura FLACSO Uruguay. 2015. Uruguay.
2. ONU y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población el Desarrollo, El Cairo. 1994*, 1995. Disponible en: https://www.refworld.org.es/docid/4ad4349b2.html.
3. ONU. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo. 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf.
4. ONU: Asamblea General. *Convención sobre los Derechos del Niño*. 1989. Naciones Unidas. Disponible en: https://www.refworld.org.es/docid/50ac92492.html.
5. Tratados Regionales, Acuerdos, Declaraciones y Otros. *Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes*. 2005. Disponible en: https://www.refworld.org.es/docid/57f76d4ca.html.
6. Colegio Médico del Uruguay. Código de ética médica. Ley 19.286. 2014. Disponible en: https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2017/03/codigo-de-etica-medica-web.pdf.
7. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Ley 18.335 de los derechos y obligaciones de los usuarios de servicios de salud. 2008. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008.
8. Barcia M, Zunino C. Reflexiones sobre el consentimiento informado en niños, niñas y adolescentes en la atención clínica. Revista Médica del Uruguay. 2019, 35(2): 147-151.
9. Grisso T, Appelbanm PS, Mulvey EP *et al*. The Mac Arthur Treatment Competence Study: measures of abilities related to competence to consent to treatment. Human Behavior. 1995, 19: 127-148.
10. Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2008, 28 (102): 325-348.
11. Hein IM, Troost, Lindeboom R, *et al*. Accuracy of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) for Measuring Children's Competence to Consent to Clinical Research. JAMA Pediatric. 2014, 168 (12):1147-1153.

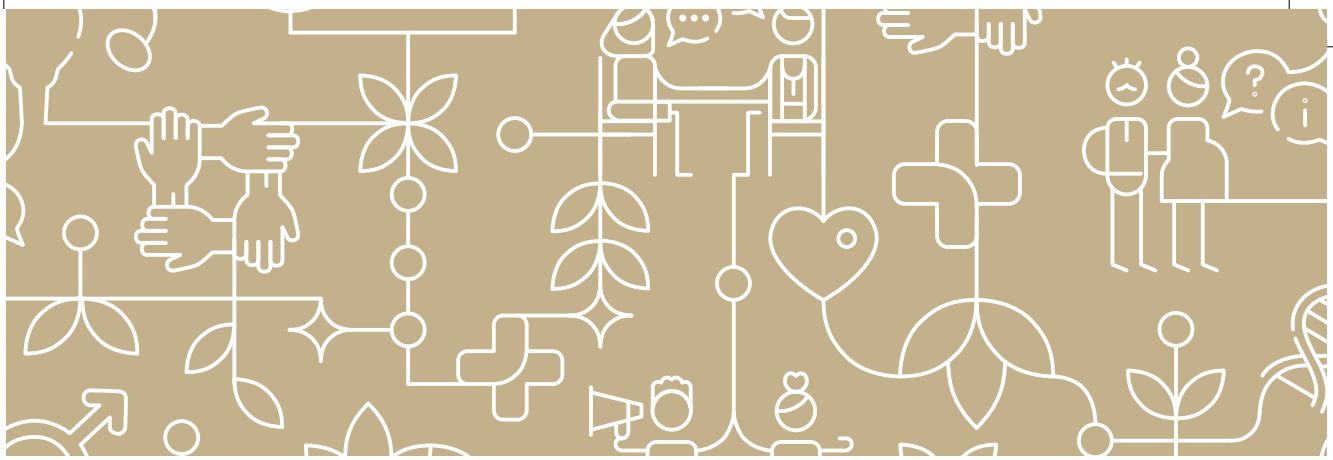
12. Berro Rovira G. El consentimiento del adolescente: sus aspecto médicos, éticos y legales. Revista Archivos de Pediatría del Uruguay. 2001; 72(1): 45-49.
13. Outomuro M. Manual de Fundamentos de Bioética. 2004. Editorial Magíster. Buenos Aires. Argentina Wekerle C, Wolfe DA. The role of child maltreatment and attachment style in adolescent relationship violence. Development and Psychopathology. 1998, 10: 571-586.
14. Red Uruguaya Contra la Violencia Doméstica y Sexual. Asociación Nacional de Educación Primaria. Nunca más a mi lado. Campaña de denuncia y prevención de la violencia doméstica. 2013. Disponible en: https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/Archivos/publicaciones/libros-digitales/ntvg%20el%20libro%20final.pdf.
15. Ministerio de Salud Pública del Uruguay y UNICEF. Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2019. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ProtocoloparaelabordajedesituacionesdeviolenciasexualhaciaNNAenelmarcodelSistemaNacionalIntegradodeSalud.pdf.
16. Tufró *et al*. Modelo para armar. Nuevos desafíos de las masculinidades juveniles. ONU Mujeres. 2012. Argentina.
17. Ministerio de Desarrollo Social. Masculinidades jóvenes desde una perspectiva de género. 2017. Disponible en: http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/915/revista-mirada-joven-4-2017%20Masculinidades%20j%C3%B3venes.pdf.
18. Fernandez-García o *et al*. Transexualidad y adolescencia: una revisión sistemática. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2018, 2 (1).
19. Helien A. Diversidad sexual en la niñez y la adolescencia. Ponencia en Congreso de la Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires Argentina. 2016. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016Mes8%20Adolescencia/VIE/VIE%20Helien_Adolescencia%20trasgenero.pdf.
20. Olson, K. R., & Gülgöz, S. Early Findings From the TransYouth Project: Gender Development in Transgender Children. Child Development Perspectives. 2017, 12 (2), 93–97.
21. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Guía clínica en hormonización de personas trans. Uruguay. 2016. Disponible en: http://endosuem.org.uy/wp-content/uploads/2017/12/Guia-Clinica-para-la-Hormonizacion-en-personas-Trans-MSP-Uruguay-2016-version-con-Fe-Erratas.pdf.
22. Facultad de Psicología UDELAR. Larroca Moreira D. Trabajo Final de Grado: Sexualidad y adolescencia en situaciones de discapacidad motriz. Uruguay. 2016. Disponible en: https://sifp.

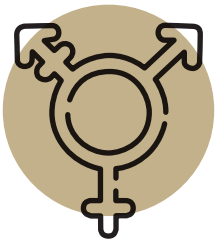
psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfgdeniselarroca2016.pdf.

23. Caricote E. Sexualidad en Adolescentes Discapacitados. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. 2012, 16 (2).
24. Ministerio de Salud Pública. Administración de Servicios de Salud del Estado. Mapa para atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. Uruguay. 2019. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/es/publications/mapa-de-ruta-para-la-atenci%C3%B3n-de-ni%C3%B1as-y-adolescentes-menores-de-15-a%C3%B1os-en-situaci%C3%B3n.
25. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Resumen ejecutivo: Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. 2018. Disponible en: www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001079cnt-ninas-dolescentes-menores-15-anos-embarazadas.pdf.
26. CLADEM. Niñas madres: embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. 2015. Disponible en: https://cladem.org/publicaciones/balance-regional-ninas-madres/.
27. ONU. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia. 2018. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_spa.
28. Miradas desde el Sur e Iniciativa Sudamericana. Seminario de propuestas. Educación sexual en Uruguay: La materia pendiente. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_INLATINA_Public_Ed-Sexual.pdf.
29. Facultad de Psicología, Universidad de la República; UNFPA. López Gómez, A. Adolescencia y Sexualidad. Investigación, acciones y politica pública en Uruguay (2005 – 2014). 2015. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescentes%20y%20sexualidad.pdf.
30. Ministerio se Salud Pública. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. Uruguay. 2019. Disponible en: https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-y-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no.
31. Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Informe sobre el estado de la Educación en Uruguay 2017-2018. 2019. Disponible en: https://www.ineed.edu.uy/images/ieeuy/2017-2018/pdf/Informe-sobre-el-estado-de-la-educacion-en-Uruguay-2017-2018.pdf.

OTRAS REFERENCIAS CONSULTADAS

- ONU. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach. Revised edition. 2018. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/265335spa.pdf.
- Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil SAGIJ. Manual de Ginecología Infanto Juvenil. Editorial Journal. 2014. Buenos Aires, Argentina.
- Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y la Juventud. Ministerio de Salud Pública y UNFPA. Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel. 2015. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/aportes-para-el-abordaje-de-la-salud-adolescentes-en-el-1er-nivel-de.





SEXUALIDAD EN LA PRÁCTICA GINECOOBSTÉTRICA

MÓDULO 7. ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Promover las sexualidades libres, responsables y placenteras, asegurando el acceso a la contracepción en todos los casos

SUMARIO

I. ANTECEDENTES

II. CONCEPTOS GENERALES
   a. Definiciones
   b. Modelos de respuesta
   c. Sexualidad a lo largo de la vida
   d. Sexualidad como búsqueda del placer

III. PRÁCTICA CLÍNICA
   a. Sexualidad en perspectiva de ciclo de vida
   b. Abordaje clínico y resumen de la historia
   c. Manejo práctico de las principales disfunciones sexuales
   d. Aproximación inicial al abordaje de la transexualidad

IV. CONCLUSIONES

V. BIBLIOGRAFÍA

I. ANTECEDENTES

La salud sexual es un indicador de bienestar y de salud general del individuo y un derecho a ser reclamado. Los servicios de salud deberían tener cómo estándar de atención, incluir la salud sexual como un indicador más de bienestar. Es deseable que preguntar a los pacientes sobre su sexualidad sea tan natural como interrogar sobre otros aspectos biológicos cotidianos. (1)

En la actualidad, aun el abordaje y la promoción de los DDSS (Derechos Sexuales) no es una práctica habitual en la consulta médica. Tampoco se realiza de manera sistemática en la consulta ginecológica. Es un hecho que en la consulta de SSR (Salud Sexual y Reproductiva) no se aborda la sexualidad ni la promoción de sus derechos. Existen diferentes instancias donde las personas acuden a controles en salud como ser el espacio adolescente, los controles pediátricos, las clases de preparación del parto y los controles en salud de la mujer, momentos importantes para realizar intervenciones en este tema.

En 1975 la Organización Mundial de la Salud, ha hecho recomendaciones sobre la enseñanza de la sexología y el tratamiento de las dificultades sexuales: programa de formación para los profesionales de la salud. (Reporte Técnico número 572). Si bien ONU no ha realizado una declaración de DDSS como tal, muchas declaraciones al respecto, están disponibles de sociedades y organismos internacionales. En el Consenso de Montevideo del año 2014 (2), en el Apartado B sobre Derechos, Necesidades, Responsabilidades y Demandas de Niños, Niñas y Adolescentes, se acuerda en el punto N.º 12 "Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes... para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos y tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable...". Este concepto se retoma en el punto N.º 14 donde se prioriza el acceso la educación integral en sexualidad.

En nuestro país, los avances en este sentido se ven reflejados en la ley N.º 18.426 (Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva), del año 2008, que establece que el Estado debe garantizar las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. La legislación plantea también la promoción de la salud mental desde la óptica de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención

de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias.

Esta ley establece que el Ministerio de Salud Pública debe:

- Dictar normas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de toda la población.
- Capacitar recursos humanos para la atención de los servicios.
- Promover el ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos.
- Vigilar y controlar la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los sucesos que afectan la salud sexual y reproductiva.
- Promover la investigación en salud sexual y reproductiva como instrumento para la toma de decisiones políticas y técnicas.

Los profesionales de la salud, como tales y como agentes sociales de transformación, deben plantearse como promotores y ejecutores directos de estas políticas.

La promoción y rehabilitación de la salud sexual debe ser encarada como prioridad sanitaria tanto a nivel público como privado entendiendo que el goce de la sexualidad es un factor determinante en el bienestar integral del ser humano.

Facilitar el acceso a servicios de salud sensibilizados en la temática puede contribuir a que las personas consulten y sepan que es posible lograr una sexualidad plena.

El aspecto educativo es un terreno en disputa y nuestro rol como profesionales debe ser el de brindar información de excelente calidad, actualizada y confiable.

Se cuenta para esto con herramientas educativas probadas para introducir el tema de la sexualidad desde las etapas más precoces del desarrollo y favorecer las preguntas y la resolución conjunta de las dudas.

Es prioritario realizar un enfoque desde la **Educación**, promoviendo la plena aplicación de los programas de Educación Sexual que estimulen la comunicación en el sector formal, educativo, en el hogar y en la salud. En la educación formal se incorporan **Conocimientos Científicos** que deben ser reforzados desde el sector de la salud, incluyendo los conocimientos de la

sexualidad en las distintas **Etapas del Desarrollo.** Esta información debe formar parte de los conocimientos impartidos desde los diferentes saberes de la salud. Debe involucrarse en este proyecto educativo desde la salud, a otros técnicos como Enfermería: licenciadas y auxiliares, obstetras parteras, licenciada en Psicología y en Sociología (3). Existen especialidades médicas que sería de mucha importancia que asistieran a talleres o cursos de Medicina Sexual, como por ejemplo, los médicos de familia, los urólogos, los ginecólogos, los endocrinólogos, los pediatras, los psiquiatras entre otras especialidades.

El Conocimiento Científico que debe compartirse incluye Conocimiento de los conceptos actualmente consensuados sobre sexo biológico, cromosómico, género, identidad de género, rol de género, estereotipo, orientación sexual y diversidad.

En cuanto a las etapas del desarrollo es fundamental explicar que, de acuerdo a la etapa de la vida de la persona deberá abordarse la sexualidad de manera diferente.

Esta diferencia en el abordaje, surge del conocimiento sobre las etapas de maduración claramente diferentes en preescolares, escolares, adolescentes, adultos y adultos mayores. En estas etapas de la vida, es claro que los aspectos madurativos son disímiles y debe ofrecerse información adaptada a la capacidad de comprensión y a las preguntas que se planteen.

Una barrera importante a vencer es la reticencia de los padres a abordar la sexualidad, tanto ante la pregunta del niño, como cuando se plantea la necesidad de intervenir.

Los adultos referentes esgrimen múltiples argumentos a la hora de abordar la sexualidad con sus hijos, entre ellos:

- Miedo a que sus hijos pierdan la inocencia
- Vergüenza.
- No han preguntado nada aún.
- No sé responder las preguntas.
- Miedo a que hagan preguntas en lugares inapropiados.
- Miedo a dar demasiada información.
- Desconocimiento a qué palabras utilizar para hablar de las partes del cuerpo.
- Si les hablo de sexo ¿no los estoy estimulando a tener sexo?
- Mis hijos son muy chicos.

- Mis hijos no quieren escuchar esto de mí.
- Debe ser una “gran” conversación.
- Mis hijos sabrán lo que es importante llegado el momento.
- Deberían aprenderlo en la escuela.

Quienes cuestionan la educación sexual en la infancia esgrimen como argumentos que la introducción precoz de conocimientos sexuales en niños, propende a la adquisición de conductas sexuales precoces. Por otro lado los adultos encuentran grandes dificultades a la hora de abordar la sexualidad con sus hijos, pero al mismo tiempo, no se sienten cómodos dejando que este tema se aborde desde los sectores educativos. La falta de educación sexual (tanto formal como en la familia) le quita al niño la posibilidad de preguntar a referentes de su confianza sobre temas sensibles, les imposibilita conseguir información útil para prevenir la violencia y el abuso e impide la toma de decisiones informadas y consentidas.

Los mensajes deben ser adecuados a la edad y la pregunta disparadora, pero lo más importante es que la información debe ser proporcionada sin prejuicios y de manera clara evitando eufemismos que los niños más pequeños no logran decodificar. En la etapa adolescente es importante conocer la adquisición de la madurez sexual y biológica de las diferentes etapas. (4)

En este momento de la vida de las personas, es frecuente el enfrentamiento y el desafío, por lo que es importante conocer el desarrollo cerebral y los patrones de conducta que tiene el cerebro de los adolescentes para poder comprender las mismas.

Es necesario un enfoque integral atendiendo que los adolescentes se exponen frecuentemente a mayores conductas de riesgo, no sólo en las prácticas sexuales sino también ante el consumo de sustancias y actitudes peligrosas. (5)

Es clave que el o los adultos referentes puedan acercarse desde la confianza y conociendo al adolescente y su entorno. Es frecuente que los grupos de pares sean fuente de información y de presiones sociales y culturales a los que no todos los adolescentes pueden enfrentarse. (6)

Se abordarán los diferentes aspectos mencionados en el apartado anterior de manera individual con fines didácticos.

II. CONCEPTOS GENERALES

Las definiciones operativas deben ser consensuadas de manera multidisciplinaria desde varios sectores que incluyen la psicología, la sociología y medicina sexual. Es importante entender que detrás de estas definiciones, se enmarcan aspectos sociales que son convenciones que marcan relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, perpetuando el modelo patriarcal y hegemónico, binario en cuanto a la sexualidad. El romper con estos estereotipos y modelos instruidos sin duda nos interpela con respecto a la importancia de deconstruir los conceptos hasta ahora utilizados, para dar significado a la sexualidad y los cuerpos y la interpretación de cada persona sobre su percepción de su cuerpo sexuado. Esto debe enmarcarse en una política pública en la que se garanticen derechos y acceso a la salud, derecho a la educación y al ejercicio de los derechos sexuales que se consagran en el Consenso de Montevideo y que se retoman frecuentemente en declaraciones de varios organismos internacionales científicos.

a. DEFINICIONES

A continuación se proponen algunas definiciones para tener presentes: (7, 8)

Sexo cromosómico, está dado por el cariotipo, 46 XX o 46 XY, entran también en esta definición las disgenesias gonadales con alteraciones de los cromosomas sexuales.

Sexo biológico, Se refiere sólo a los aspectos biológicos de ser: Hembra, Macho o Intersexual. Es importante destacar que es una asignación dada al momento del nacimiento. Al observar los genitales del recién nacido, se aplica la convención de que la presencia de pene debe llevar a la asignación de "varón" y la ausencia de pene (más que la presencia de la vulva) lleva a la asignación de "Hembra". Los estados intersexuales se refieren a la presencia de genitales externos ambiguos que no evocan ni "macho" ni "hembra". Es de destacar que en estos casos, se consideraba importante "asignar" un sexo biológico de manera inmediata, esto sometía al recién nacido a una serie de cirugías, que desde hace ya un tiempo, se consensuó que deben ser diferidas hasta que el individuo exprese su sexo en la medida que adquiera madurez, en los primeros años de la vida. (9)

Género. Construcción social y cultural de los atributos, roles e identidades esperadas y asignadas a las personas en función de su sexo. Es la suma de los valores, actitudes y papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Existe históricamente, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre los hombres y las mujeres. En la medida que es construido social y culturalmente, es plausible de ser reinventado, deconstruido, modificado y redefinido por la propia cultura.

Rol de Género. Son los diferentes papeles, conductas esperadas y prácticas que se atribuyen diferencialmente a varones y mujeres en un marco social e histórico determinado. Los roles de género refieren a la asignación social de comportamientos permitidos y prohibidos para varones y mujeres en una sociedad determinada. Son el conjunto de expectativas acerca de lo que se considera apropiado para las personas en función de su sexo.

Estereotipo de género. Creencias sobre las características de los roles típicos que los hombres y las mujeres tienen que tener y desarrollar en una etnia, cultura o en una sociedad, en general, son compartidos por mucha gente. Atribuyen rasgos y comportamientos diferentes a mujeres y a hombres. No son conscientes, tienen una connotación negativa implícita en el concepto "Los varones no lloran, las mujeres son débiles" da un atributo que no es positivo, sino que transparenta un concepto de desigualdad o de inferioridad de un género sobre otro.

Identidad de Género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuyen al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o alguna combinación de los dos: CISGÉNERO - TRANSGÉNERO - AGÉNERO.

Expresión de género se vincula a cómo mostramos nuestro género al mundo, a través del nombre, de la vestimenta, cómo actuamos y nos comportamos: Femenino, Masculino, Andrógino.

Identidad sexual. Es la parte de la identidad total de las personas que les permite reconocerse, aceptarse, asumirse y actuar como seres sexuales. La constitución de las identidades sexuales es un proceso dinámico y complejo que se extiende a lo largo de toda la vida. Incluye la manera como la persona se identifi-

ca como hombre o como mujer o como una combinación de ambos y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el transcurso de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo en la base de sexo, género y orientación sexual y desenvolverse en la sociedad conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales: "¿qué soy? ¿varón? ¿mujer? ¿intersexual? ¿cis? ¿trans?

Orientación Sexual. Es la organización específica del erotismo y/o del vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.

La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos. No es una opción personal, implica la integración y análisis de los diferentes elementos antes comentados y la interpretación que cada persona tienen de estos elementos. Implica un grado de análisis sobre los elementos subjetivos, y también elementos biológicos, epigenéticos *Nature vs Nurture* (crianza, ambiente, sociedad, etc.).

Diversidad sexual. Refiere de manera inclusiva a toda la diversidad de sexo, orientación sexual e identidad de género (Figura 1).

Figura 1. Campaña #Notengomiedo www.notengomiedo.pe. (10)

Placer/erotismo. El placer sexual es aquel placer que se siente o experimenta al estar excitado sexualmente. El placer sexual mejora la salud y el bienestar. Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas, que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y que por lo general, se identifican con placer sexual. Se construye tanto a nivel individual como colectivo, con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano. Figura 2. "La persona Genderbread". (11)

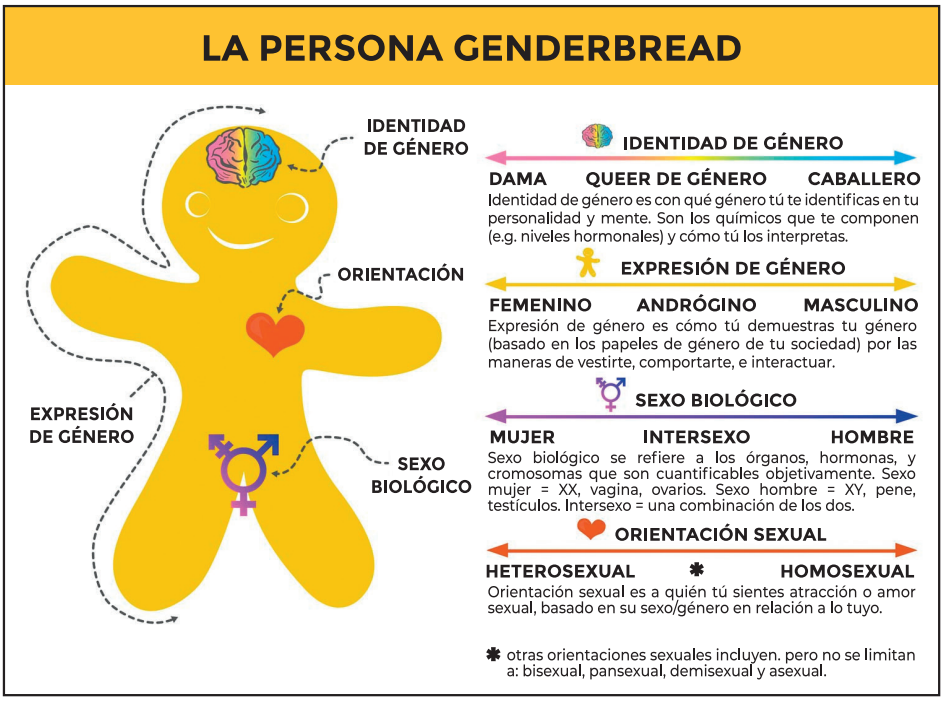


Figura 2. La Persona Genderbread.

b. MODELOS DE RESPUESTA SEXUAL

La respuesta sexual se define como los cambios psicológicos, neurofisiológicos, vasculares y hormonales asociados a la realización de actos sexuales (fenómeno multisistema), es un evento biológico que se experimenta de manera interpersonal en un contexto cultural.

Es una secuencia cíclica de etapas o fases características, cuyos mecanismos interactúan reforzándose o inhibiéndose recíprocamente.

Por tanto, el ciclo sexual es una serie de cambios emocionales y físicos que ocurren cuando una persona se encuentra sexualmente excitada y se involucra en actividades sexuales, incluye masturbación y relaciones sexuales.

Modelo lineal de 4 etapas de Masters y Johnson

Uno de los primeros modelos de respuesta sexual fue descrito en 1966, propuesto por el ginecólogo William Masters y la sexóloga Virginia Johnson. (12)

Es uno de los modelos lineales llamados EPOR: Excitación, *Plateau*, Orgasmo y Resolución.

Asume una progresión lineal donde aumenta la excitación sexual desde el inicio del estímulo hasta el orgasmo y resolución.

No contempla diferentes respuestas de la mujer de acuerdo a la edad y etapas de la vida

No tiene en cuenta aspectos subjetivos, fisiológicos o interpersonales.

Asume que una mujer "sexualmente funcionante" siempre responde al estímulo, sin darle demasiada importancia al deseo sexual, ver Figura 3 a continuación.

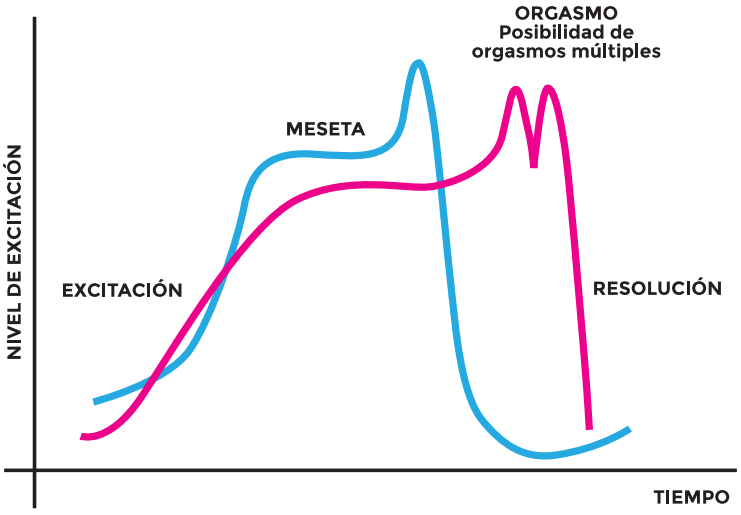


Figura 3. Respuesta sexual del varón y la mujer. Tomado de Human Sexual response.

En 1974, la psicóloga especialista en sexología y terapia sexual Helen Kaplan, describe el modelo linear de 4 etapas, Modelo DEOR Deseo, Excitación, Orgasmo y resolución, donde añade una fase, el deseo sexual. (13)

Con la descripción de este modelo, se abre la discusión sobre la diferencia de desear el sexo y sentirse excitado.

La primer etapa del deseo consiste en cambios fisiológicos y psicológicos que involucran el sistema límbico, hormonal en el entorno sicosocial de la persona.

El deseo es un precursor necesario para desarrollo adecuado de la excitación y posterior orgasmo en varones y mujeres. (Ver Figura 4).

Más tarde, se hacen populares los modelos circulares, entre ellos el de Whipple-Brash-Mc Greer's. (14)

Se mencionan en este modelo 4 etapas de la respuesta circular:

- **Primera:** Seducción (deseo)
- **Segunda:** Sensaciones (excitación y placer)
- **Tercera:** "Surrender" (Orgasmo)
- **Cuarta:** Reflexión (Resolución)

Afirman que la respuesta sexual en la mujer se refuerza dependiendo de la experiencia previa (negativa o positiva).

Propone un modelo cíclico si bien remeda los modelos lineales previamente vistos.

A partir de esta propuesta se establece que los modelos lineales no se aplican a todas las mujeres ya que puede existir orgasmo sin haber habido deseo previamente por ejemplo.

Con el cambio de siglo, en 2002, surge el primer modelo circular específico para la respuesta sexual femenina propuesto por la psiquiatra canadiense Rossemary Basson. (15, 16)

Propone un *feedback* entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Otorgándole un carácter emocional de la respuesta sexual. En la cual son fundamentales aspectos como comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, la autoestima, entre otros.

Se trata del primer modelo circular, que intenta explicar la respuesta sexual en parejas de larga evolución. Los dos grandes dominios son el sentimiento de intimidad y la excitación. Es destacable el concepto de excitación subjetiva y que esta no se correlaciona siempre con la excitación objetiva.

Se propone una superposición de fases en una secuencia temporal variable.

Propone que el deseo se puede producir en respuesta a la excitación sexual (secundario, receptivo "responsive") (Figura 4).

- La respuesta sexual en la mujer está vinculada a la búsqueda de intimidad, más que a la excitación sexual física, liberación de tensión o deseo espontáneo.
- No hay correlación entre la excitación objetiva y subjetiva, las emociones y sentimientos tienen más peso.
- La mujer puede sentir más deseo secundario que espontáneo
- La respuesta orgásmica es altamente variable.

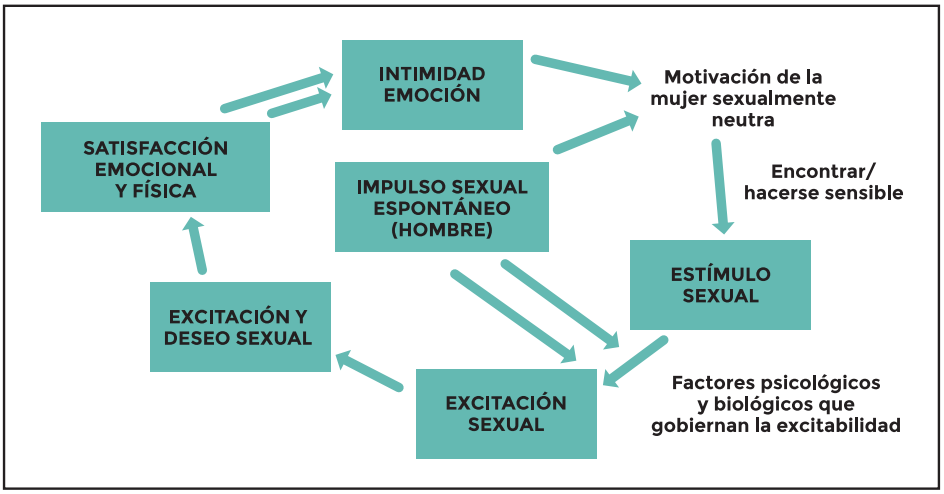


Figura 4. Modelo de respuesta sexual tomado de Basson R. The female sexual response: A different model.

Fisiología de la respuesta sexual

La respuesta sexual es un acontecimiento fundamentalmente encefálico.

Los estímulos pueden ser internos, como fantasías o pensamientos de carácter erótico, o externos como estimulación sensorial táctil, visual, olfatoria, auditiva o gustativa.

El procesamiento se lleva a cabo en estructuras de la base del encéfalo y tronco encefálico, incluyendo el sistema límbico y

la corteza frontoorbital, hipotálamo, amígdala e hipocampo. (ver Figura 6)

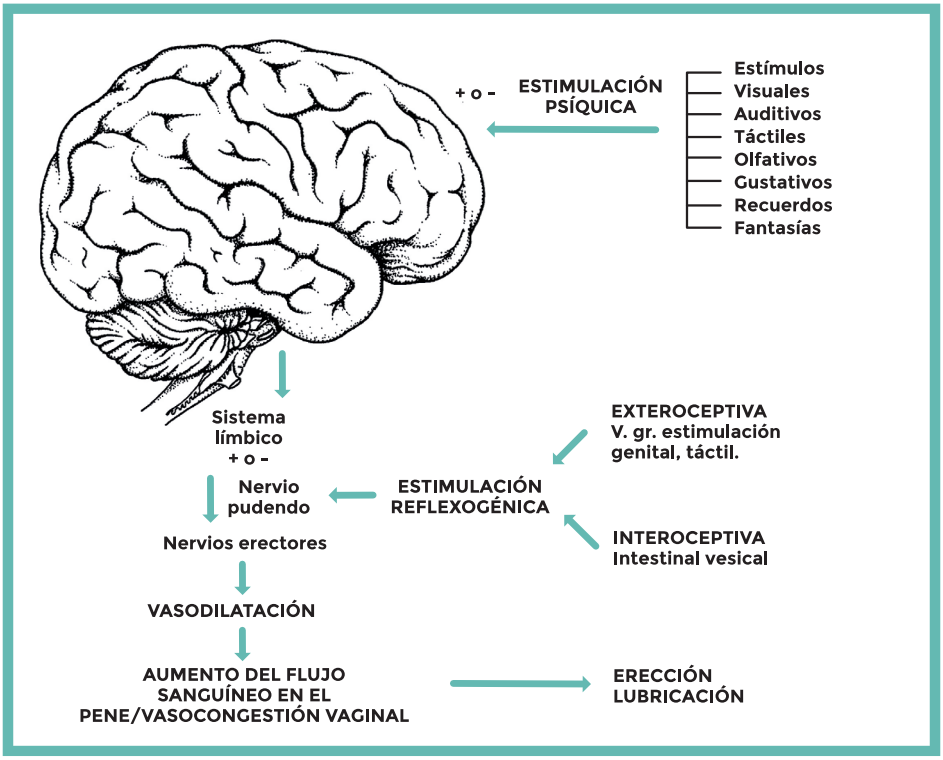


Figura 6. Técnicas de estimulación Sexual. Sexualidad Humana de Mc Gary (17)

El estímulo erótico visual inicia en muchos casos, una descarga nerviosa en el cerebro que transcurre a través de los centros medulares responsables de la congestión pélvica. El tono simpático basal se ve de esta forma parcialmente inhibido, permitiendo la excitabilidad genital.

En la médula, el arco reflejo tanto de la erección como de la lubricación vaginal, se encuentra nivel dorsolumbar, D11-L2, integrando por fibras simpáticas cuando hay un estímulo psíquico el impulso del plexo hipogástrico, que llega los efectores (genitales femeninos y masculinos).

A nivel sacro (S2-S4) se integra, la estimulación genital directa.

Ambos estímulos actúan sinérgicamente para producir la tumescencia genital. Se consigue por inducción cerebral y se mantiene durante el acto sexual por el contacto y el arco reflejo sacro. Las órdenes nerviosas producen una vasodilatación cuya consecuencia es la erección del pene y la lubricación de la vagina.

Durante la respuesta sexual intervienen diferentes neurotransmisores, siendo los responsables de la activación y perpetuación e inhibición de cada etapa:

Excitación/Deseo: *Favorecen:* Dopamina, ACH, VIP, Prostaglandinas *Inhiben:* Prolactina, Gaba.

Orgasmo: *Favorecen:* oxitocina, dopamina, prolactina, péptidos opioides.

Resolución: Favorece la prolactina.

En la mujer se pueden apreciar los siguientes cambios mencionados en la Tabla 1 a continuación.

Tabla 1. Cambios genitales y extragenitales asociados a la respuesta sexual

Fase	Órganos genitales	Reacciones extragenitales
Excitación	Lubricación vaginal Tumescencia del clítoris, labios menores y uretra Alargamiento y dilatación del fondo vaginal (*tenting*) y elevación del útero Estrechamiento del tercio externo e la vagina ("Plataforma orgásmica") Elevación del cuerpo y del glande del clítoris ("Retracción del clítoris") Congestión intensa de los labios menores	Erección de los pezones Aumento progresivo de la frecuencia cardíaca y la presión arterial Aumento de la ventilación pulmonar "Rubor sexual", eritema de la cara y las nalgas (inconstante) Ingurgitación de las aréolas mamarias Aumento de la tensión muscular
Orgasmo	Contracciones de la "plataforma orgásmica" vaginal (músculos pubococcígeo y bulboesponjoso) Contracciones del ano Emisión de secreciones uretrales y parauretrales (gl de Skene) (Inconstante) Contracciones uterinas (variables)	Espasmos musculares en el abdomen, el cuello y los miembros (variables) Pico de la frecuencia cardíaca y la presión arterial Jadeo, vocalizaciones (variable) Secreción de oxitocina Secreción de prolactina Alteración del estado de consciencia (distorsión de la percepción temporal, elevación del umbral del dolor)
Resolución	Disminución lenta de la congestión pélvica Posible retorno a la fase orgásmica o entrada en el "período refractario", con pérdida de la tumescencia vulvar y reducción de la lubricación vaginal	Descongestión rápida de la aréolas mamarias Descenso rápido de la frecuencia cardíaca y la presión arterial a valores basales Sudoración Secreción elevada de prolactina sostenida (20-60 minutos)

Fisiología de la erección

Es importante recordar que la erección se produce en los cuerpos eréctiles presentes en el pene (cuerpo esponjoso y cavernoso y en el clítoris).

La erección es un fenómeno vascular, regulado por señales nerviosas (de origen reflejo o psicógeno) y del propio tejido eréctil, modulado por el medio hormonal.

Es un evento primario de naturaleza vascular (dilatación arterial y oclusión venosa) coadyuvado por mecanismos accesorios de musculatura estriada.

En el caso del varón, ocurre cuando el flujo de entrada de sangre en los cuerpos cavernosos excede al de su salida, esto se produce por la liberación de neurotransmisores, principalmente óxido nítrico, de los nervios erectores y del endotelio.

Cómo hemos mencionado previamente, la salud sexual es un marcador de bienestar y ausencia de enfermedad, como vemos en la Tabla 2 a continuación, muchas patologías médicas muy frecuentes, afectan las diferentes etapas de la respuesta sexual.

Tabla 2. Afectación de las etapas de la Respuesta Sexual dependiendo de la presencia de patología orgánica.

FASE RESPUESTA SEXUAL	PATOLOGÍA
Excitación	HTA, DM, Dislipemia, Sd metabólico. Pat. Neurológica (EM, lesión medular), cirugía urológica y proctológica oncológica (neovejiga y recto), ooforectomía
Deseo	DM, ERC, Hiperprolactinemia, Pat. Neurológica (EM, lesión medular, Insuf. Androgénia (ooforectomía, FOP, etc.). Pat. oncológica
Orgasmo	DM, HTA, Hipoestrogenismo, hiperprolactinemia, ISRS

C. SEXUALIDAD A LO LARGO DE LA VIDA

La sexualidad, **es un constructo dinámico,** ya que presenta cambios dados por la dinámica de la vida misma, los cambios producidos en cada una de las etapas vitales de las personas.

Los humanos vivimos insertos en una familia, comunidad, entorno del que no podemos escindirnos, repercutimos en él y éste en nosotros. Somos además seres biopsicosociales, con características particulares que nos hacen seres únicos e irrepetibles, con nuestra historia personal y familiar, nuestras creencias, mitos, aprendizajes, que serán diferentes a su vez para cada cultura. (18)

¿Cómo afectan las crisis en las familias a la sexualidad?

Etimológicamente crisis significa separación y elección, entonces es un proceso dinámico con 2 acciones, separación (de algo-alguien), y elección (de algo-alguien) con consiguiente evolución madurativa (un antes y un después). (19)

Las crisis pueden definirse como una situación vital que provoca cambios, amenazas o dificultades, desequilibrio personal, o familiar en relación al equilibrio anterior alcanzado, con consecuencias negativas o positivas. (20)

Podemos referirnos a las crisis familiares de 2 maneras: las normativas y las paranormativas. (21)

Crisis normativas: crisis vinculadas con el tránsito por las etapas del ciclo vital, puede derivarse de factores del desarrollo, como la pubertad, embarazo o edad madura. Las crisis normativas son además transitorias, no por el tiempo de duración, sino porque posibilitan el paso de una etapa a otra del ciclo vital de la familia o de la vida familiar, ejemplos: matrimonio, el nacimiento de un hijo, la jubilación.

Crisis no transitorias o paranormativas: provocadas por situaciones, o hechos accidentales, generadores de estrés: divorcio, abandono, padecimiento de una enfermedad crónica, muerte de un miembro de la familia. Al contrario de las normativas, no están relacionadas con los períodos del ciclo vital familiar, sino que ocurren en cualquiera de sus etapas de desarrollo. (22)

Estas crisis suelen tener un impacto más desfavorable en la familia y un costo mayor para la salud y sexualidad.

La resolución de la crisis está dirigida a la adaptación y a la recuperación del equilibrio familiar. Las acciones de prevención estarían orientadas fundamentalmente a fomentar dicha capacidad adaptativa de la familia. (23)

Tal como veníamos explicando, la sexualidad presentará cambios dependiendo de todos los factores mencionados previamente.

d. SEXUALIDAD COMO BÚSQUEDA DEL PLACER

La sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

El término "sexualidad", se refiere a una dimensión fundamental del ser humano. (24)

La sexualidad, está conformada por 4 holones o subsistemas: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva. La estructuración mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales, a saber: la de procrear, la de pertenecer a una especie, la de experimentar placer durante la respuesta sexual y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas. (25)

Si analizamos nuestras conductas y prácticas sexuales, tanto individuales como colectivas, nos es fácil ver que, cuando nos abocamos a desempeñar una actividad sexual, mayoritariamente lo hacemos con una finalidad hedonista, de establecer vínculos sexo-afectivos con otras personas y básicamente con el fin de obtener bienestar.

Sin embargo, el abordaje de las instituciones de salud y educación, hacia la sexualidad suele ser desde una perspectiva reproductiva (ya sea en pos de ella o de la anticoncepción) o de reducción del daño con énfasis en la prevención de ITS.

Poco se habla y menos aún se instruye sobre la obtención del placer o detección y tratamiento de disfunciones sexuales.

Salud sexual, es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Se observa en las expresiones libres y responsables, de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social.

No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, o enfermedad, o de ambos. Para que la salud se logre, es necesario

que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Placer es un concepto que refiere al deleite o regocije que se experimenta al hacer o lograr alguna cosa que provoca agrado. Se puede entender al placer como aquello positivo que se siente al satisfacer una necesidad de conseguir un objetivo. Existen, por lo tanto, múltiples fuentes de placer de acuerdo al contexto.

En todo lo relacionado al placer es fundamental la libertad para expresarse, la libertad que puede sentirse ante un compañero/a que nos otorgue con la tolerancia y el respeto que nuestra intimidad requiere, y la libertad de haber accedido al conocimiento y la información clara y precisa, forman el sendero por el cual se puede proyectar el placer.

Cada pareja es única ya que se despliegan en forma única e irrepetible formas, ritmos, imágenes, posturas, gestos caricias, palabras y silencios diferentes. Por eso ninguna pareja es igual en la intimidad, ni formas de ser buenos o malos amantes, todo consiste en lo que a cada uno le guste en lo más profundo de su deseo. Explorar, descubrir y saber transmitir. Así se puede realizar y llegar a saber todos los tabúes, dudas, ansiedades, de todas las restricciones familiares y culturales que absorbimos, y que nos complicaran a la hora de sentirnos plenas/os y expresarnos en los aspectos más desdibujados de la intimidad, entrega, satisfacción, y sensualidad.

Es Importante cultivar el yo individual, porque para ser dos, primero hay que ser uno y propiciar un buen estado físico, emocional y espiritual. Una manera de lidiar con mitos y tabúes es tener información valida, para tener una buena sexualidad con goce del placer para lo cual fundamental tener conocimiento y correcta información.

El ejercicio del placer sexual es el poder recorrerse, construirse y deconstruirse, enfrentarse con fantasmas y temores, buscar información, preguntar, activar la imaginación y las fantasías y entregarse a la libertad para ejercer y sentir plenitud.

El erotismo, es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual, orgasmo y que, por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo, se construye tanto a nivel individual como social, con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano. (26)

La vinculación afectiva, es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo, se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo. (27)

III. PRÁCTICA CLÍNICA

a. SEXUALIDAD EN PERSPECTIVA DE CICLO DE VIDA

Se analizaran las diferentes claves, para el abordaje clínico, a lo largo de la peripecia vital de las personas para la situación clínica diaria.

DURANTE LA NIÑEZ

A modo de ejemplo, en el **niño/a pequeño/a,** una aproximación frecuente y natural a la sexualidad es a través de la autoexploración y autoestimulación.

Es importante que el adulto referente, sepa orientar estos impulsos naturales del niño, para introducir los conceptos de espacios públicos y privados y las conductas esperados en ellos. Es una buena oportunidad, a través del juego practicar el concepto de permiso, pedirlo y darlo, cuál es mi cuerpo, cuál es el del otro, límites, situaciones potencialmente peligrosas o incómodas para el niño, como herramientas de prevención de abuso.

Otro tema importante es la identidad sexual, que se va desarrollando lentamente desde las primeras etapas de su desarrollo y que se consolida en etapas más avanzadas incluso en algunos casos llegada la adultez.

DURANTE LA ADOLESCENCIA

En la **adolescencia** los cambios hormonales marcan una serie de modificaciones no solo corporales sino comportamentales que deben ser también adecuadamente acompañados, aplicando la educación sexual comprensiva del ser humano, es decir abarcar, entender, explicar y acompañar la sexualidad a lo largo de las diferentes edades.

No debe llamar la atención las conductas homosexuales, las que pueden formar parte del desarrollo normal del ser humano, en la adolescencia, que no implican tratamientos ni terapias específicas.

Asimismo en esta etapa, como en todas, es importante mantener un dialogo abierto y desprejuiciado con los adolescentes para que puedan sentirse libres y seguros de plantear sus dudas con un adulto referente continente.

Sin dejar de lado la educación específica sobre prevención de ITS y embarazo no planificado, es importante que cada familia utilice esta etapa para reforzar los valores que considere importante inculcar (aspectos religiosos, morales, entre otros).

Es importante esta instancia para dar sentido al hecho sexual en si (cualquiera sea la finalidad, hedonismo, descubrimiento, estar a la altura de lo que se espera, búsqueda de placer, embarazo, compromiso, intimidad, entre otros motivos), entendiendo y promoviendo las conductas consensuadas, libres de coacción, respetadas y con perspectiva de disminución de riesgo (en cuanto a ITS/embarazo y sustancias).

DURANTE LA EDAD ADULTA

En la etapa adulta, las diferencias de género deben ser tenidas en cuenta.

Debemos estar atentos, empáticos y receptivos a como cada quien expresa su sexualidad, orientación, expresión, género, ya que la diversidad en todos los aspectos y su respeto es primordial para las relaciones humanas.

DURANTE EL EMBARAZO

Tendremos situaciones específicas que mencionaremos brevemente como el cambio en la sexualidad en la embarazada.

En el primer trimestre existe una tendencia a que disminuya el deseo sexual vinculado muy frecuentemente a los síntomas del embarazo, en el segundo trimestre la literatura está a favor de una mayor excitabilidad y deseo lo que tiende a disminuir a lo largo del tercer trimestre vinculado muchas veces al temor de daño del feto.

No podemos dejar de mencionar los cambios en la sexualidad del varón que acompaña este proceso.

Es frecuente que en el puerperio la sexualidad también se afecte no solo por la presencia del recién nacido sino también por los cambios genitales que se producen por la lactancia.

A modo de sugerencia general, es esperable retornar a los cambios previos al embarazo pasados al menos 8 semanas del nacimiento, teniendo en cuenta la adaptación a esta etapa de la vida.

DURANTE LA MADUREZ

En la madurez es frecuente la aparición o el diagnóstico tardío de enfermedades crónicas (médicas, quirúrgicas, malignas o no malignas, mentales, entre otras) que pueden producir por sí mismas, cambios en la expresión de la sexualidad.

Sumado a estos, es posible observar el efecto de medicaciones en la sexualidad que deben ser investigadas para su adecuado control y tratamiento.

DURANTE LA VEJEZ

No debemos olvidar la sexualidad en la vejez, donde es importante notar que la pareja puede ya no estar presente, a lo que sumamos otras formas de expresión de la sexualidad que deben apoyarse y darle espacio en la consulta.

SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Especial mención merece la sexualidad en las personas en situación de discapacidad, donde es frecuente la infantilización de la sexualidad en adultos que no presentar retraso cognitivo, hasta situaciones de total negación de las conductas sexuales de las personas.

Es importante acompañar y pensar la sexualidad de las personas con condiciones cognitivas o físicas diversas, donde la prevención del abuso es fundamental, así como la prevención de embarazo no planificado e ITS, respetando sus derechos y promoviendo la búsqueda del placer.

b. ABORDAJE CLÍNICO Y RESUMEN DE HISTORIA

Se propone un modelo de Historia Clínica orientado a abordar los aspectos básicos de la sexualidad de las personas desde el lugar del médico general, que pueda también incorporar el residente de Ginecología y el especialista.

Es fundamental que la escucha sea atenta, desprejuiciada confidencial y respetuosa. Debemos vencer nuestros propios prejuicios para poder preguntar desde el lugar de conocer prácticas sexuales de riesgo, entender globalmente a la persona que consulta, conocer su estado de bienestar general, despistar violencia y abordar la sexualidad como un elemento más de salud y bienestar.

En la consulta ginecotocológica existe la a oportunidad también de indagar sobre posibles disfunciones de la pareja, ya que la mujer tiene a lo largo de su vida, muchos más controles en salud que el varón y muy frecuentemente es vehículo de los problemas de su pareja.

Los conceptos anteriores brindan el marco de conocimiento que el médico debe tener para poder realizar un diagnóstico de disfunción, entendiendo por tal un síntoma sexual que se asocie con malestar significativo de la persona que consulta.

Con estos conocimientos se podrá orientar sobre la fase de la respuesta sexual que podría estar alterada, brindar información y educación sobre esta y ofrecer una respuesta capaz de aliviar la ansiedad que trae a la consulta el paciente.

Para esto proponer el modelo PLISSIT, reconocido como un modelo efectivo para un primer abordaje, validando además que las consultas subsiguientes se puedan realizar con un especialista en Medicina Sexual.

El modelo **PLISSIT** implica:

P. *Permission,* dar permiso para hablar sobre el tema que preocupa.

LI. *Limited Information,* dar información limitada y basada en conocimientos científicos, sobre el motivo de consulta o la preocupación de la persona.

SS. *Specific Suggestions,* brindar sugerencias específicas, que la persona pueda aplicar para sobrellevar el problema hasta poder avanzar en la resolución (ejemplo en una pacien-

te post menopausia que consulta por dispareunia, sugerir el uso de lubricantes).

IT. *Intensive Therapy.* En el caso de que la consulta exceda a la posibilidad del médico, proponer un tratamiento intensivo con especialista (ejemplo, desensibilización en vaginismo).

Se promueve el uso de formularios utilizados por especialistas en medicina sexual, aplicados de consistente en la consulta, y cuya información permita medir la calidad de las terapias y del servicio, generando un proceso de aprendizaje y mejora continua.

Breve reseña sugerida de preguntas a incorporar en la práctica diaria.

Con respecto a la sexualidad

¿Ud. se identifica como homosexual, heterosexual, bisexual, asexual?

¿Mantiene relaciones sexuales?

¿Mantiene relaciones sexuales anales o vaginales o ambas?

¿En el último tiempo ha sentido deseo sexual o ha tenido pensamientos relacionados con actividades sexuales?

Cuando mantiene relaciones sexuales, ¿Usted se excita?

Durante la actividad sexual, ¿siente humedad genital o lubricación?

¿Siente dolor durante el coito o presenta dificultad o incapacidad de ser penetrada?

¿Ante la posibilidad de tener relaciones sexuales ha sentido miedo o ansiedad?

¿Ha alcanzado el orgasmo en sus actividades sexuales?

¿Siente placer?

En caso de parejas heterosexuales es posible preguntar sobre alteraciones de la erección, deseo, eyaculación y orgasmo masculino a través de preguntas específicas por ejemplo:

¿Su pareja tiene dificultad para mantener o conseguir la erección?

¿Pierde la erección antes de penetrar o luego de la penetración?

¿Tiene dificultades para excitarse?

¿Tiene dificultades para alcanzar el orgasmo?

Aunque excede los objetivos de este capítulo, merece especial mención, el enfoque en la atención de personas trans y la importancia, relevancia y empatía que implica el abordaje de la sexualidad en esta población.

c. MANEJO PRÁCTICO DE LAS PRINCIPALES DISFUNCIONES SEXUALES

Introducción a las disfunciones

Como se dijo antes, la sexualidad involucra aspectos de las personas en sus múltiples dimensiones biopsicosociales.

Es por esto que el abordaje de una disfunción sexual implica un profundo conocimiento de los aspectos biológicos dónde se basan las patologías, manejo de aspectos psicológicos de la persona y comprender el entramado social en el que asienta el desorden.

El abordaje de la patología sexual implica comprender que las disfunciones tienen una fuerte influencia de factores biopsicosociales y que es imprescindible tener en cuenta que su diagnóstico se basa en que:

- La disfunción solo existe cuando la satisfacción sexual esta reducida o ausente.
- Las disfunciones sexuales son esencialmente auto reportadas por lo que su investigación tiene como objetivo determinad la causa subyacente, determinar y tratar las posibles consecuencias de este problema y proporcionar opciones terapéuticas.
- La valoración de los resultados debe estar dirigida en la reducción del *distress* generado por la disfunción y/o la resolución de algunos síntomas, sino también en mejorar el bienestar sexual global del individuo.

Las disfunciones sexuales deben ser abordadas desde la perspectiva del paciente, no de la enfermedad teniendo en cuenta las ideas y expectativas del mismo y las dimensiones sociales y

psicológicas. El objetivo final del abordaje de las disfunciones sexuales en varones y mujeres es disminuir o eliminar el estrés que conlleva esta disfunción, teniendo en cuenta el bienestar general de la persona.

Debemos diferenciar las disfunciones, es importante comprender si el paciente tiene una preocupación, una dificultad, una disfunción o una alteración. La importancia de la educación sexual aquí se hace evidente, es una oportunidad para despejar dudas, educar, permitir re estructurar conductas y evacuar preguntas y conceptos equivocados.

Debemos diferenciar las patologías en orgánicas y psicógenas, sabiendo que coexisten ambas etiologías en grado variable en casi todos los casos.

Es importante determinar cuál de ellas influye más.

Es indispensable aplicar evaluaciones y tratamientos basados en evidencia.

Se debe utilizar un manejo unificado en la evaluación y tratamiento de los problemas sexuales. (28)

En 2010 el *International Consultation in Sexual Medicine* propuso el ICSM-5 (29) para realizar un abordaje y tratamiento sistematizado de las disfunciones sexuales en varones y mujeres siguiendo pasos estructurados en un algoritmo.

Paso 1: implica evaluación básica, historia médica y psicosexual, obligatorio para cada paciente, el examen físico y los estudios de laboratorio se recomiendan pero no son obligatorios.

Paso 2: interpretación de los hallazgos e identificación de la necesidad de interconsulta con especialistas.

Paso 3: educación de la pareja y el paciente, paso previo fundamental para la toma de decisiones informadas y compartidas.

Paso 4: estrategias y planes de tratamiento mutuamente acordados, evaluando la evidencia disponible y las preferencias de los pacientes.

Paso 5: seguimiento, teniendo en cuenta que el objetivo general del tratamiento es mejorar la percepción subjetiva del paciente de su experiencia sexual y no solamente aliviar los síntomas.

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y/o restaurar la función sexual, reducción del malestar o el *distress* y mejorar el bienestar sexual de la pareja o del paciente. En el entendido de que estamos tratando un área de particular sensibilidad en la visión global de la salud de las personas, la entrevista orientada a despistar disfunciones sexuales debe ser exhaustiva.

Dado que cada paciente es único el médico nunca debe asumir la orientación sexual del paciente, así como sus prácticas o comportamientos, antes de completar la historia clínica.

Además de recoger los detalles del motivo de consulta de manera minuciosa y detallada, debemos prestar especial atención a los aspectos individuales, relacionales historia familiar y contexto sociocultural.

Para lograr que el paciente se sienta cómodo en esta entrevista es importante contar con un espacio adecuado, agradable, donde quien consulta se sienta contenido, respetado y no juzgado. Debemos atender las diferencias culturales, sociales, religiosas y adecuar el mensaje para las personas con dificultades visuales o auditivas. (30) El personal de enfermería no debe presenciar la consulta.

Clasificación de las disfunciones sexuales

No hay consenso suficiente para una clasificación única. (31) Diferentes sociedades y organismos han desarrollado clasificaciones que difieren desde el punto de vista práctico y conceptual.

Los más usados en el ámbito médico son el CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM V TR (32) APA, siendo esta última la de mayor relevancia para el manejo clínico.

La clasificación de DSM utiliza un sistema multiaxial diagnóstico incorporando varias dimensiones prácticas.

Diferencia las disfunciones:

- Dependiendo del inicio en: adquiridas o de “toda la vida”.
- Dependiendo de si es persistente u ocasional: Generalizadas o situacionales.
- Dependiendo de la severidad la clasifica: en “total” si es completa o “parcial” si hay algún grado de respuesta. (33)

De esta manera veremos que cada trastorno debe catalogarse de acuerdo al siguiente algortimo.

A. Se debe experimentar alguno de los siguientes síntomas en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%-100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos) y sin que el individuo desee que aparezca el síntoma:
   1. Síntoma marcado.
   2. Marcada infrecuencia o ausencia.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

   Especificar si:

   - De por vida: el trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
   - Adquirido: el trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.
   - Generalizado: no se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
   - Situacional: ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

   Especificar la gravedad actual:

   - Leve: evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.
   - Moderado: evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.
   - Grave: evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Disfunciones sexuales más frecuentes en el varón

Disfunción eréctil. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%-100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):

1. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
3. Reducción marcada de la rigidez de la erección.

Alteraciones de la eyaculación

Eyaculación precoz. Un patrón persistente o recurrente en que la eyaculación producida durante la actividad sexual en pareja sucede aproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo[1].

Eyaculación retardada/ausente. Se debe experimentar alguno de los siguientes síntomas en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%-100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos) y sin que el individuo desee el retardo:

1. Retardo marcado de la eyaculación.
2. Retardo marcada o ausencia de eyaculación

Eyaculación retrógrada - es un patrón especial de la aneyaculación con orgasmo preservado, alteración de la fase de eyección dónde el semen pasa a la vejiga debido a incompetencia del esfínter interno de la vejiga o descoordinación entre el cierre del cuello vesical y la relajación del esfínter externo.

Alteraciones del orgasmo

Disminución de la intensidad del orgasmo o pérdida de la sensación orgásmica - disminución de la intensidad del orgasmo luego de la eyaculación, grado máximo anorgasmia.

1 Aunque el diagnóstico de eyaculación prematura (precoz) se puede aplicar a individuos que practican actividades sexuales no vaginales, no se han establecido criterios específicos de duración en dichas actividades.

Alteraciones del deseo sexual/Disminución del deseo/alteraciones de la excitación Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo.

Síndrome de Enfermedad post orgasmo (POIS, Post Orgasmic Illness Syndrome) - fenómeno raro de reciente diagnóstico que ocurre habitualmente 30 minutos luego de un orgasmo normal y que incluye uno o todos de los siguientes síntomas, síntomas generales de impregnación viral, dolor muscular, congestión nasal, ocular, boca y garganta y reacciones alérgicas, cansancio extremo, disminución de la capacidad de concentración que puede ser incapacitante.

Disfunciones sexuales más frecuentes en la mujer

Trastorno del interés/excitación sexual femenino

Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes:

1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla.
4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%-100%) de la actividad sexual en pareja.

   Trastorno del interés/excitación sexual femenino (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).
6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%-100%) de la actividad sexual en

pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).

Alteración del orgasmo femenino (FOD) - Se tiene que experimentar uno de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%-100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):

1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo.
2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.

   Trastorno de dolor genitopélvico/penetración.

Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:

1. Penetración vaginal durante las relaciones.
2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

Una consideración especial en cuanto a este tema por demás importante. Las consideraciones del DSM4 en este punto, que resultan muy claras en la práctica clínica diaria:

El vaginismo y la dispareunia fueron considerados dos entidades diferentes.

Dado que muchas veces se unían ambos síntomas, sin poder separarse en la práctica clínica, en el DSM-5 se decidió unirlos. Sin embargo, **revisiones sobre el tema apuntan a que son entidades diferentes.**

Síndrome de Excitación Genital Persistente (PGAD, Persisting Genital Arousal Disorder) - es la excitación genital persistente que en ausencia de sensaciones conscientes de deseo. La información es limitada, es característica la respuesta fisiológica de congestión y sensibilidad genital que puede durar días u ho-

ras y no desaparece sólo ni con la masturbación o provocación de orgasmo. Es una sensación intrusiva, no buscada que puede comenzar por estímulos sexuales o no sexuales y que provocan gran malestar a la paciente.

Aproximación al tratamiento Psicosexual en Medicina sexual

La evolución del tratamiento de las disfunciones sexuales ha variado, dejando algo atrás el modelo más psicoanalítico propuesto por Freud, el cual se mantuvo vigente hasta los años 1960, y que planteaba que las alteraciones sexuales eran resultantes de un marcado conflicto intrasíquico. (34)

Con el desarrollo de las diferentes teorías y modelos de respuesta sexual, ya explicadas previamente, Masters y Johnson revolucionan el tratamiento de las disfunciones sexuales proponiendo un modelo breve: "the new sex therapy", con foco en el problema, soluciones dirigidas a resolver el conflicto con una intervención eminentemente comportamental. (35)

En los años 1970, Helen Kaplan aporta su visión de una "nueva terapia sexual" con un modelo sistémico, psicodinámico y comportamental, que incluía también farmacoterapia de ser necesaria (36), y en caso de no ser efectiva, recurría al psicoanálisis convencional.

En los años 1960-1970 se desarrolla una nueva aproximación a la terapia sexual llamada "pensamiento consciente" que implica que el comportamiento sexual está fuertemente influenciado por las percepciones y creencias personales sobre la sexualidad. Con esta base, a mediados de 1980 Barlow propone un modelo que se basa en que las disfunciones sexuales son el resultado de los pensamientos (distracciones cognitivas) que interactúan con emociones negativas como la ansiedad. (37)

Al entender y profundizar el conocimiento en la interrelación entre los pensamientos, las emociones y las conductas es que surge la disciplina "Terapia Cognitivo-Conductual" que se enfoca en ayudar a los pacientes a desafiar sus pensamientos no realistas sobre la sexualidad, implementando cambios de comportamiento orientados a alcanzar la satisfacción sexual.

También en los años 80 se aplica el modelo sistémico para abordar las patologías sexuales, entendiendo que el individuo

está integrado en una pareja y que el entorno y su influencia repercuten en su sexualidad entre otros aspectos relacionales. (38)

La terapia sistémica se enfoca en la dinámica interpersonal y sus patrones de interacción con los otros para el tratamiento de las disfunciones.

Con la introducción en el mercado en 1998 de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, se crea globalmente la falsa expectativa de que las disfunciones tendrían una solución simple y permanente, si bien es indiscutible la eficacia y seguridad de estas drogas, no suplen una terapia sexual bien conducida, sino que la podrían complementar. (39)

Los modelos vigentes recomendados globalmente para el manejo de las disfunciones sexuales son modelos combinados integrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Las dimensiones que maneja este modelo *multidimensional* involucran:

- *Factores biológicos:* abordando estilo de vida, salud vascular, neurológica, metabólica y hormonal
- *Factores o dimensión psicológicos CCE:* Cogniciones, comportamientos y emociones
- *Factores relacionales ICIE:* identidad, cooperación, intimidad emocional
- *Habilidades psicosexuales:* cognición, comportamiento, habilidades emocionales y aspectos interpersonales en la relación sexual.

Terapia sexual integral combinada

Aspectos comportamentales

Se basa en comprender que los comportamientos que despiertan una emoción positiva tienden a ser repetitivo y adoptado como agradable y placentero. Si la experiencia sexual se asocia con emociones negativa (miedo, rechazo, culpa, etc.) serán evitadas.

Trabajar en los aspectos comportamentales de la respuesta sexual implica proponer intervenciones comportamentales para el paciente solo y con su pareja y experimentos conductuales cuyo objetivo es que el individuo identifique, analice y

experimente modificar su conducta para que pase de ser una experiencia negativa a una positiva. Dentro de las intervenciones comportamentales se describen la focalización sensorial, la desensibilización sistémica (8), la técnica de *stop-start* (40), las técnicas de estimulación guiadas (13), masturbación directa (41), y técnicas de *mindfulness*, fomentando la atención plena, con mente de principiante, enfocándose en el "aquí y ahora".

Aspectos cognitivos

Las intervenciones en el plano cognitivo están dirigidas a estar más atentos a los pensamientos automáticos que distorsionan el comportamiento y no son útiles, por ejemplo, ante el fracaso en alcanzar la erección es frecuente que los pensamientos automáticos sean del tipo: "no voy a lograr una erección, siempre me pasa lo mismo, nunca voy a poder, esto quiere decir que soy poco hombre...".

Más que distorsionar la realidad (el fracaso en la erección) este modelo está dirigido a poner de manifiesto los pensamientos irracionales y lograr patrones de conducta más creíbles, alcanzables y funcionales. (42)

Las intervenciones consisten en:

- identificar los pensamientos o creencias que influyen en las emociones;
- evaluarlos profundamente y de manera realística utilizando lógica y evidencia;
- modificarlos de la manera más adecuada y útil.

Aspectos sistémicos

Las intervenciones sistémicas o relacionales se centran en la dinámica entre los individuos que comparten una relación sexual. Cada integrante lleva a la pareja el bagaje cultural, experiencias, creencias, que ha vivido a lo largo de la vida y se deben amalgamar con la experiencia del otro y en el contexto de la relación general de la pareja. El frecuente ver en la práctica que las disfunciones sexuales son en ocasiones la causa de los problemas de pareja, pero muchas veces son el resultado de una relación sexual insatisfactoria o disfuncional.

La terapia de pareja incluye muchas veces terapia sexual, aunque es importante entender que si hay problemas de base

en la pareja, estos deberán ser abordados previamente a la terapia sexual. (43)

Algunos conceptos en la terapia sistémica son:

- *Interdependencia:* la influencia mutua que tiene el comportamiento de un integrante de la pareja en el otro.
- *Sistemas de retroalimentación:* se refiere a un modelo circular donde un estímulo es integrado al sistema y transformado en otro, en la mayoría de los casos con un balance neutro o positivo. Los sistemas de retroalimentación con estímulos negativos tienden a perpetuarse o empeorar.

En el modelo sistémico aplicado a terapia de pareja es importante implementar estrategias conductuales y cognitivas:

- *Habilidades de comunicación:* se trata de aprender a comunicarse de forma tal de no solo "hablar" sino "hacerse entender"

Distorsiones cognitivas a tener en cuenta:

- Inferencias arbitrarias.
- Personalización.
- Magnificación o minimización.
- Pensamiento dicotómico.
- Habilidades para resolver problemas.
- Acuerdos contractuales.

Aspectos psicodinámicos

El abordaje psicodinámico implica que la disfunción sexual es un síntoma que expresa una alteración en el desarrollo de la personalidad. Se enfoca no en el síntoma sino en trabajar el conflicto que lo origina. (44)

Impacto del tratamiento

Indudablemente el tratamiento con un enfoque biopsicosocial es primordial en terapia sexual. Es importante tener en cuenta la habilidad y experiencia del profesional en las diferentes estrategias antes mencionadas y tratar de utilizar combinaciones de propuestas de ser posible. El apoyo farmacológico puede ser necesario en muchos casos.

Hay factores más allá de los evaluados en los estudios de eficacia como los factores extra terapéuticos, es decir, la motivación de la pareja o el paciente, situaciones particulares como conocer una nueva pareja, relación con el terapeuta, y la adaptación del paciente al modelo propuesto.

El lector podrá encontrar una revisión completa de las intervenciones propuestas en las Recomendaciones en Disfunciones Sexuales en varones y mujeres de acuerdo al *3rd International Consultation on Sexual Medecine*. (45, 46)

Breve reseña de intervenciones en las disfunciones sexuales más frecuentes, tomado de *3rd International Consultation on Sexual Medicine,* Tabla 3.

Tabla 3. 3rd International Consultation on Sexual Medicine.

	Mujer	
DISFUNCIÓN	Alteración del deseo y excitación	TCC, ejercicios comportamentales (*mindfulness*, focalización sensorial)
	Alteración del orgasmo	Intervenciones conductuales, ejercicios de masturbación o combinación con TCC
	Alteraciones por dolor	Ejercicios de desensibilización TCC, ejercicios de relajación
	Varón	
	Eyaculación precoz	Ejercicios comportamentales (*start stop*), educación, reducción de la ansiedad
	Disminución del deseo sexual	Terapia psicosexual

d. APROXIMACIÓN INICIAL AL ABORDAJE DE LA TRANSEXUALIDAD

La diversidad es una característica inherente a todos los seres humanos, ya que tanto el material genético, la historia per-

sonal y las circunstancias socioculturales, hacen a cada individuo único en su especie. Esto no ha evitado que a lo largo de la historia, ciertos individuos, grupos, y/o etnias hayan sido considerado inferiores a causa de esta diversidad: en un intento por perpetuar modelos hegemónicos sobre 'lo natural' o 'lo normal' la discriminación, como cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecta a una persona, reflejando el estigma, forma de control que castiga a quienes se apartan de las normas sociales.

Esto ha sido muchas veces legitimado por leyes existentes, así como también por omisión de políticas, que tratan de hacer invisible la situación de ciertos colectivos.

La Población ante el Estigma y la Discriminación: actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, y personas que viven con VIH. (47)

Este ha sido el caso histórico de la población trans en el Uruguay. Solo en años recientes la situación a nivel legislativo ha empezado a cambiar. Aun así, hay mucho camino por recorrer en la implementación de estas leyes, así como el desarrollo de instituciones de salud y educación inclusivas libres de transfobia, y de la erradicación de la discriminación sistemática, muchas veces reproducida por los medios de comunicación que a través de estigmas y/o lenguaje inapropiado perpetúan la exclusión de la población trans. (48)

De acuerdo con la definición acuñada por la organización no gubernamental Transgender Europe (TGEU) las personas trans son las que "en sistemas de género binarios (hombre-mujer), se entiende como aquellas personas que tienen una identidad de género que es diferente al género asignado al nacer, y también aquellas personas que desean retratar su identidad de género de manera diferente a su género asignado al nacer. Esto comprende a aquellas personas que sienten que tienen (o prefieren, o eligen) presentarse de una forma que entra en conflicto con las expectativas del rol de género asignado al nacer, ya sea a través de lenguaje, vestimenta, accesorios, cosméticas o modificación corporal. Esto incluye, entre muchas otras, a personas transexuales y transgénero, travestis, *cross-dressers,* personas no género, multigénero o *genderqueer,* además de personas *intersex* y variantes de género que se sienten rela-

cionadas o se identifican con cualquiera de los términos arriba mencionados." (49)

Desde hace varios años, la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) promueve los más altos estándares de salud para las personas Transexuales, Transgénero y no binarias. Las guías disponibles están basadas en la mejor calidad de evidencia profesional y científica y surge de consensos. (50)

En fundamental comprender que la identidad de género es la experiencia personal y subjetiva del propio género. (51) La identidad de género no es dicotómica hembra o macho, sino que existe un amplio espectro entre los 2 "extremos". La evidencia es creciente sobre las personas no conformes con el modelo binario que se perciben como agénero, pangénero, neutras o *gender queer*.

Los datos estadísticos disponibles muestran que la población trans en Uruguay vive en un estado de máxima vulnerabilidad, comprendiendo al colectivo con menor acceso a los sistemas de salud y educación, bajo ingreso al mercado laboral formal y acceso a la vivienda. Con la suma de estas vulnerabilidades, según los primeros datos demográficos recolectados por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), se puede estimar que la esperanza de vida de una persona trans en el Uruguay es de 40 años, lo cual corresponde a casi la mitad de la esperanza de vida de la población uruguaya en general (76,91 años) según el Banco Mundial. (52)

Es necesario comprender esta vulnerabilidad en un marco complejo de las discriminaciones existentes por parte de individuos, instituciones, y sistemas, como una red en las cuales se interconectan y se potencian. Así como también es necesario comprender que la población trans es un diverso grupo humano que debe ser visto desde una perspectiva interseccional, ya que categorías como etnia, clase social, religión, edad e incluso el sexo de nacimiento o crianza, crean realidades muy distintas entre sí.

El abordaje integral de las personas trans significa un cambio de paradigma para la Especialidad de Ginecotocología, ya que esta es una especialización inicialmente asociada exclusivamente a la salud de la mujer, niñas y adolescentes. Históricamente la ginecología participaba en el tratamiento de los usuarios trans

desde el punto de vista de la patología y el tratamiento de enfermedades ginecológicas o trastornos psiquiátricos.

El abordaje integral de las personas de género no binario, se basa en el ***abordaje no patologizador*** como concepto de salud general en los aspectos biopsicosociales del individuo. (52)

El desarrollo de la identidad de género depende de múltiples factores biológicos, pre y post natales, regulación génica y hormonal. Hay importante influencia socio cultural, familiar, por parte de los pares, aceptar y cumplir normas, cuestiones legales, religiosas y del entorno en que vive y crece esa persona.

El peso de los roles de género no puede dejarse de lado, esto es causa de malestar y discriminación hacia las personas no binarias por parte del entorno.

La mayoría de los recién nacidos se sentirán acordes con el sexo y genero asignado al nacer (esta forma de plantear el género está cobrando cada vez más aceptación, asignado varón o mujer al nacer, esta es otra forma de poner en evidencia que existe una arbitrariedad a la hora de asignar el género.

Las personas trans pueden presentar disforia en caso de existir *distress* o malestar o no conformidad con su cuerpo. Esta situación no es la regla y muchas personas trans se sienten conformes con su cuerpo y lo disfrutan.

Es importante destacar que hay diferencia entre la identidad de género y orientación. Es claro que la identidad de género y la orientación sexual son dos conceptos diferentes y que la orientación de las personas trans o no binarias o agénero puede ser heterosexual, homosexual, (*gay*/lesbiana) bisexual, pansexual o asexual.

Es importante incluir una discusión exhaustiva sobre la sexualidad de las personas antes del inicio del tratamiento hormonal o de re adecuación genital para evaluar las expectativas de las personas con respecto a la sexualidad y la procreación, recalcando el carácter irreversible de algunas intervenciones o la experiencia del equipo en determinados procedimientos. (53)

IV. CONCLUSIONES

La incorporación a la práctica clínica de las dimensiones de sexualidad como búsqueda del placer y los cambios de la sexualidad a lo largo de la vida permite que las personas conozcan y ejerzan los DDSS.

Para lograr esto deber realizarse una promoción activa de los DDSS.

Esta promoción debe abordarse desde un enfoque de salud integral, sacando el foco en la patología y la prevención de ITS y embarazos no planificados, aunque no debieran dejarse de lado totalmente.

Es esencial incorporar al varón para lograr este objetivo ya que la mayoría de las veces el cuidado de la sexualidad recae en la mujer. Esto es un desafío.

En la consulta debe realizarse una escucha libre de prejuicios, con preguntas claras y sencillas, permitiendo que las personas realicen las preguntas que necesiten para definir sus dudas.

Esta instancia en el consultorio debe tomarse como una importante oportunidad de prevención en salud, ya que sabemos que las disfunciones pueden preceder en varios años la aparición de enfermedad cardiovascular o metabólica.

Para esto se propone una historia clínica resumida que puede aplicarse para conocer si existen disfunciones o utilizar esta instancia para promover lo DDSS.

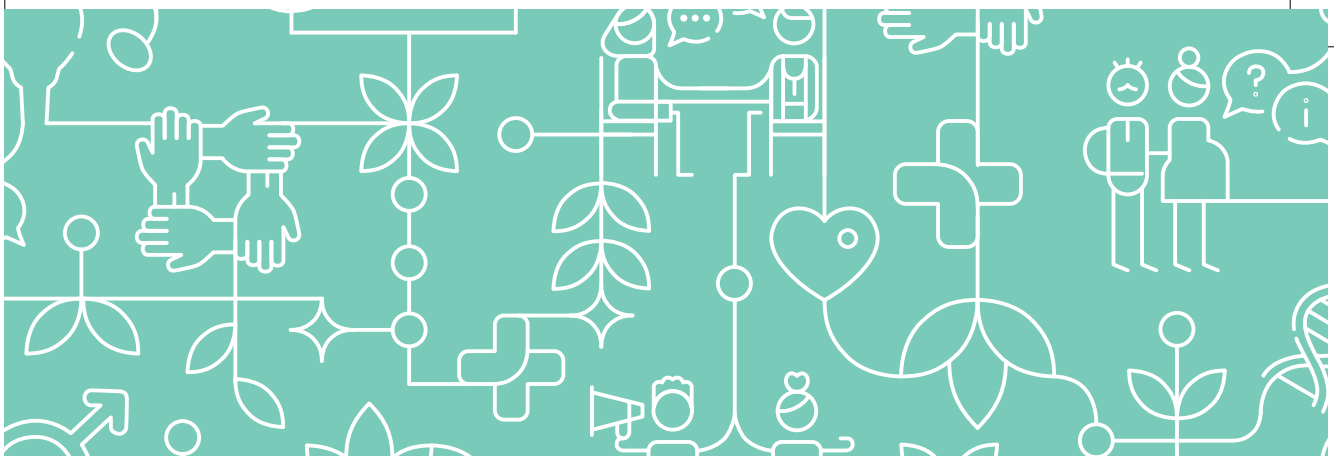
En caso de detectar disfunciones es aconsejable el uso de cuestionarios validados de función sexual en el varón y la mujer.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson H MA. Sexual Health: Foundations for practice. Bailliere Tindall. 2000 xi.
2. Consenso de Montevideo. I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Marzo de 2014. In.
3. UdeLaR UOA. Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas en barrios de la periferia crítica de Montevideo. Montevideo: MSP; Noviembre 2016.
4. UNFPA MOO. Guía para la atención integral de la Salud de Adolescentes. MOntevideo: MSP; 2017.
5. UNAIDS. International technical guidance on sexuality education. An evidence –informed approach.
6. UNFPA. Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y políticas publica en Uruguay 2005-2014 Universidad de la República.. Salud FdPIdPdl, editor.; 2015.
7. UNFPA FdPCON. Salud y Diversidad sexual Guía para profesionales de la Salud. República. MAUdl, editor.; Diciembre 2015.
8. Cruz N. Tratado de Andrología y Medicina Sexual. 2nd ed. Panamericana , editor.: Panamericana; 2011.
9. Albsert al Se. Hormonal Research Paediatrics. J Med Genet C. 2017; 175.
10. miedo C. www.notengomiedo.pe. [Online].; 2012 [cited 2020 07. Available from: www.notengomiedo.pe.
11. Person G. https://www.genderbread.org/. [Online].; 2018 [cited 2020 07.
12. Master WH JV. Human Sexual response Boston: Little Brown; 1966.
13. HS. K. The New Sex Therapy New York: Bruner Mazel; 1974.
14. RD H. Circular and linear modelling of female sexual desire and arousal. J Sex. Res. 2011. 2011; 48(130-141).
15. R. B. The female sexual response: A different model.. J Sex Marital Ther. 2000; 26(51-65).
16. R. B. Human Sex response cycles.. J Sex Marital Ther. 2001; 27(33-43).
17. Mc Gary. Sexuallidad Humana. 139157th ed. Mexico: Manual Moderno; 1996.
18. OMS. La salud y la familia. Estudios sobre la demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud.. Ginebra: Serie de Informes Técnicos, OMS; 1978.
19. Hamilton I MCAFC. Stress and family. Coping with catastrofe. 2550th ed. New York:; 1983.

20. Patterson J GA. Levels of meaning in family stress theory.. Fam Process. 1994 Mar; 33(3 (287-304)).
21. J. P. Families experiencing stress family.. Syst Med. 1988 Feb; 6(200-30).
22. C. P. Crisis familiares no transitorias. Rev Med Gen Integr. 1992 Aug; 2(144-51).
23. Y. S. Características de las manifestaciones del estrés y su relación con la familia. La Habana: Pueblo y educación; 1991.
24. OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción". Antigua Guatemala, Guatemala. : Apéndice III, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS).
25. Porrúa DERAMÁ. "Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana, en Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo I. Población CNd, editor.; México.
26. MYSU. http://www.mysu.org.uy/haceclick/folletos/03-la-orientacion-sexual.pdf. [Online].; 2019 [cited 2020 07. Available from: http://www.mysu.org.uy/haceclick/folletos/03-la-orientacion-sexual.pdf.
27. Rinaldi RPR. Enriquecimiento sexual para parejas.. In. Ciudad Autonoma de Buenos Aires:.Primera edicion-. Editorial 2019.
28. K. W. Assessment & Management of sexual problems in women. JRSM. 2007; 100(547-50).
29. Hatzichristou D RRBGCACBDLea. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. The Journal of Sexual Medicine. 2004 Jan; 1(49-57).
30. BASHH FP. National Guidelines – consultations requiring sexual history-taking. J STD AIDS. 2007; 18(17-22).
31. Noceto DMN. Introducción a la Terapia Sexual , Capítulo 3 "Trastornos Sexuales" Montevideo; 2019.
32. DSM-5®. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES. QUINTA EDICIÓN ed.; 2016.
33. Cabello DF. Clasificación y evaluación de los trastornos sexuales. Manual de Sexología y terapia Sexual. ; 2010.
34. M. W. The state of theory in sex therapy. J Sex Res. 1998 Jan; 35(88-99).
35. Masters W JV. Human Sexual Inadequacy Boston: Little Brown&Co; 1970.
36. HS K. The new Sex therapy New York: Brunner; 1974.

37. D B. Causes of sexual Dysfunction; the role of anxiety and cognitive interference. J Consult Clin Psychol. 1986 Feb; 54(140-148).
38. Verhulst J HJ. A systems perspective on sexual desire. Sexual desire disorders. New York:. 243267th ed. In:leiblum S RR, editor. New York: Guilford Press; 1988.
39. S. A. What ´s new in sex therapy. J Sex Med. 2010 Jan; 7(5-13).
40. S L. Principles and Practices of Sex Therapy New York: Guilford Press; 1997.
41. LoPiccolo J LW. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction.. Arch Sex Behav. 1972 Feb; 2(163-171).
42. Nobre P PGJ. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunctions.. J Sex Res 2006. 2006 Jan; 43(68-75).
43. Jurich J MBK. Systems theory and its application to research on human sexuality.. J Sex Res. 1998 Jan; 35(72-87).
44. Leiblum S. Principles and Practices of Sex Therapy. Press G, editor. New York; 2007.
45. Basso R WMLJBL. Summary of the recommendations on Sexual Dysfunction in Women. J sex Med 2010. 2010 Feb; 7(314-326).
46. Montorsi F AGBEea. Summary of the recommendations on sexual dysfunction in men. J Sex Med. 2010 Jan; 7(3572-3588).
47. Montevideo: Agencia Nacional de Investigación e Innovación; 2013...
48. Social MdD. Lukomnik J. La identidad de género en las políticas sociales: informe de monitoreo de las políticas de inclusión para población trans. Montevideo:; 2013.
49. Terminología - Trans Respect vs Transphobia - TvT. [Online].; 2016 [cited 2016 7 25. Available from: http://transrespect.org/es/working-definitions/.
50. 7 SoCV. WPATH. [Online]. Available from: wpath.org/publications/soc.
51. J B. Human Sexuality and its problems. : Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2009.
52. Datos.bancomundial.org. Esperanza de vida al nacer, total (años) |. [Online].; 2014. Available from: http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=UY.
53. GuyT ´Sjoen JDa. Gender incongruence and dysphoria. In The ESSM manual of Sexual Medicine.; 2015.



EPÍLOGO Y PERSPECTIVAS

A MODO DE EPÍLOGO: CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

A principios del tercer milenio, la humanidad se enfrenta a desafíos extraordinarios y difíciles de imaginar, tan solo algunos años atrás.

La emergencia de la pandemia COVID 19 ha colocado a la especie humana, en un estado de incertidumbre global, sin precedentes. Aunque impredecible en su aparición y gravedad, la pandemia era esperable ya que explicita procesos vinculados a la crisis ecológica global, cuya expresión más clara es el calentamiento global vinculado, fundamentalmente, a los modelos de producción intensiva que están destruyendo el hábitat animal a escala global. Hoy, más que nunca está claro que la salud humana está en íntima interrelación con la salud animal y la salud ambiental. Se promueve desde la OMS la consigna de "una sola salud".

Pero además de la crisis ecológica, lo que pone en riesgo mayor a nuestra especie, fue, es y seguirá siendo la desigualdad y la vulneración de derechos de amplios sectores de la humanidad, fenómeno este que se ve agravado por la crisis climática y tiene el correlato en la desnutrición (más en exceso que en déficit de calorías ingeridas) y en la obesidad, la epidemia del siglo XXI. Se conceptualiza la "sindemia global" como la interrelación de las 3 epidemias: obesidad-desnutrición-cambio climático, que comparten los mecanismos etiológicos y los circuitos de retroalimentación, nuevamente vinculado al modelo productivo global.

La sindemia afecta a toda la humanidad, pero en particular, a los sectores de intersección de vulneraciones, como las que ocurren con mujeres e infancia, en condiciones de pobreza, migrantes y/o integrantes de minorías étnico-raciales, víctimas de violencia social e intrafamiliar entre otras. Esta situación ha sido abordada oportunamente por la Comisión de determinantes so-

ciales de la salud de la OMS en el año 2012, presentando la propuesta: “eliminar la desigualdad en una generación”.

Esta propuesta se enmarca en el amplio espectro de la agenda de los derechos humanos, y, en particular, de los derechos sexuales y reproductivos y la agenda de población y desarrollo, que se originan en la Conferencia de población y desarrollo en el Cairo en 1994. El seguimiento de esta agenda universal dio lugar al plan de acción de Cairo primero, las Metas de desarrollo del milenio, luego y hoy por hoy los Objetivos de desarrollo sustentable.

Pero hay más. Existe un nuevo riesgo indescifrable en toda su dimensión al momento actual. En los albores del tercer milenio, por primera vez en la historia de la humanidad, estamos en los prolegómenos fruto de la combinación de la biotecnología-bioinformática, la terapia génica y la microrrobótica, de que aquellos poderosos que hayan acaparado el suficiente capital, podrán hacer cambios en su propia biología, que los podrán convertir potencialmente, en una subespecie del *homo sapiens*. Puede sonar a ciencia ficción, pero la posibilidad existe y es probablemente la mayor amenaza para la libertad, la paz y la justicia social, para las futuras generaciones, planteando desde ya dilemas éticos inconmensurables. Cómo posicionarnos frente a esto marcará la agenda mundial

En este contexto de incertidumbres con respecto al futuro de la humanidad, navega en mares turbulentos la medicina, emblemática profesión de cuidados y empatía con las personas y su salud integral, en búsqueda de mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades y luchar contra las enfermedades y la muerte prematura, injusta y dolorosa.

Si la medicina navega en mares turbulentos, la situación es particularmente crítica en especialidades como la Ginecotocología. Profesión histórica, ligada a los cuidados de la salud de la mujer y el proceso reproductivo, junto a una amplia pléyade de profesionales como las obstetras parteras, los/as psicólogos/as y todos los integrantes del equipo de salud.

Por un lado por el desarrollo sin precedentes del conocimiento científico y tecnológico aplicado a las diferentes subespecialidades dentro de la ginecotocología; por otro, por las justas reivindicaciones de la agenda de mujeres y feminista a escala

global, que son por otra parte, el sujeto principal de nuestra especialidad.

Por lo tanto, lo que se considere de válido en cuanto a la agenda de derechos de las mujeres y el posicionamiento de los profesionales frente a ellos, aparece como el más importante desafío para la ginecotocología, en un contexto sin precedente de incertidumbres como fueron enumeradas antes. Enfrentando el modelo del paternalismo médico, expresión en la actividad médica del modelo patriarcal de relacionamiento social, desde el colectivo integrante de la Clínica Ginecotocológica A de la FMED-UDELAR, hemos sistematizado un posicionamiento profesional al que hemos denominamos "Compromiso profesional de conciencia". Esta, por así decirla actitud profesional, está sólidamente apoyada en 5 pilares, que son, en primer lugar, los valores profesionales –el profesionalismo médico–, en segundo lugar una fuerte impronta en el abordaje bioético, en tercer lugar la búsqueda sistemática de la concepción de calidad de atención mediante la conformación de equipos multidisciplinarios, en cuarto lugar la incorporación de la perspectiva de vulneración de derechos y en quinto lugar, el abordaje de género tanto para la relación médico paciente, como así también, en la relación interprofesional.

Desde este posicionamiento que intenta contribuir a una ginecotocología más integral e integradora, auténticamente pro vida y pro derechos de las mujeres, en la medida que demostramos con lo que hacemos que defendemos la vida y la salud de mujeres, la infancia y toda la sociedad, es que propiciamos el enfoque de la centenaria tradición ginecoobstétrica, desde la óptica de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Intentamos retomar la rica herencia histórica de la mejor Ginecotocología nacional, la de Tourenne, Crotoginni, Álvarez y Caldeyro, entre otros y otras, y, sistematizarla en una aproximación moderna, que contemplando los posicionamientos globales de la especialidad, principalmente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstétrica, de respuestas integrales a las problemáticas reales de nuestras pacientes en los contextos desafiantes de la actualidad, intentando no caer en las prioridades espurias impuestas desde agendas mercantilistas con la complicidad sorda de los conflictos de interés.

Este nuevo enfoque académico decidimos presentarlo en forma de módulos que transverzalizan varios sectores de la es-

pecialidad, habitualmente considerados como subespecialidades. Los módulos así desarrollados en la publicación dan cuenta de los que hemos considerado las prioridades en la transformación de la especialidad.

En lo que respecta a la humanización de los cuidados, dando cuenta de la necesidad de personalizar la atención, asegurando la calidad y seguridad de los procesos asistenciales, Así, creemos que la ginecotocología del siglo XXI debe integrar inequívocamente la humanización de los cuidados en el embarazo y nacimiento, como mecanismo de prevención de cualquier violencia obstétrica, así como, la humanización de la atención ginecológica a lo largo del ciclo de vida de la mujer, en conjuntos con equipos de salud multidisciplinarios y calificados.

En el abordaje de la vulneraciones de derechos, es clave una perspectiva holística e integradora de los procesos salud-enfermedad en ginecotocología, que incluye las vulneraciones de derechos que significa en lo social la reproducción en contextos desfavorables, lo que por mecanismos epigenéticos explica las enfermedades crónicas del adulto y también la vulnerabilidad más grave que hoy viven las mujeres, la violencia basada en género.

La especialidad es particularmente desafiante en el abordaje de situaciones especiales, en las cuales las concepciones sociales tradicionales y dominantes, actúan como barreras para una atención en salud adecuada. Se presentan así muchas veces problemas éticos en la atención que deberán resolverse desde la doctrina y el profesionalismo. Se destacan por un lado el abordaje de la atención a las mujeres que viven embarazos no deseados no aceptados, más allá del marco jurídico existente por un lado y también, la peculiaridad que significa la preparación para brindar una atención integral de adolescentes y jóvenes

Por último, la incorporación sistemática de la sexualidad humana como forma de subsanar la deuda histórica de una especialidad, las más de las veces disciplinante, en el abordaje de este aspecto tan relevante del comportamiento humano.

Mas allá de la labor académica en lo que respecta a la docencia, como universitarios integrantes de la UDELAR, nos corresponde desarrollar también el rol asistencial, de investigación y de extensión universitaria.

En lo asistencial, el cambio de las prácticas clínicas con nuestras pacientes y sus familias y entorno, es el propósito principal de este libro. Hacerlo o no, dependerá no solo de la sensibilización y capacitación de los equipos, sino de la exigencia desde las usuarias y del desarrollo de mecanismos de contralor asertivo basado en la implementación de las estrategias de seguridad de los pacientes.

En la investigación, desarrollando de manera permanente el monitoreo y evaluación de la implementación de todas las políticas descritas arriba y que permitirán saber en tiempo real los resultados a favor de la vida y la salud de las mujeres, la infancia y sus entornos.

En la extensión, involucrándonos, desde la evidencia científica, con el mejoramiento permanente de las políticas públicas, en este caso, en todo lo relacionado a los DDSSRR. A pesar de todo lo que se a avanzado queda mucho por hacer en todos los ítems abordados en los sucesivos módulos. Desde mejorar la regionalización y los traslados en el proceso del nacimiento, a mejorar las leyes en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, por ejemplo eliminando la figura aborto de la jurisprudencia; Desde auspiciar acciones en los cambios del estilo de vida saludable en el envejecimiento, hasta el apoyo a los cuerpos docentes de primaria y secundaria en la formación con respecto a la sexualidad, mucho tiene que hacer la Academia en relación al entramado social.

Desde los valores profesionales de la vocación, la disciplina, la competencia y el compromiso, enmarcados en los valores universales de la laicidad, la verdad, la compasión, la justicia, la libertad, la responsabilidad y la valentía, le damos razón a nuestra concepción de “vivir la profesión y no solo ocuparnos de ella”. Para hacerlo, un requisito siempre vigente es mantenernos alerta y no dejar de indignarnos frente a las injusticias, los prejuicios y los privilegios, intentando siempre impulsar las mejores acciones en pos del desarrollo social y en particular en los temas que nos conciernen, previniendo que la ignorancia y la hipocresía, avancen sobre el cuerpo doctrinario de los derechos y las evidencias científicas.

Desde esta perspectiva de valores, si esta humilde construcción colectiva, en formato editorial, puede colaborar con este propósito, habremos cumplido nuestra misión coyuntural y marcando explícitamente nuestra dirección estratégica con

el futuro que queremos, redoblamos el compromiso de cada día, de ser parte de la solución a los principales problemas que aquejan a nuestras pacientes y la sociedad donde vivimos. Procurando una mejor especialidad, para más vida y más salud de las mujeres e infancia y para una sociedad más sana, plena, empoderada y con mayor felicidad pública.