

ARTÍCULO ORIGINAL

CONTRIBUCIÓN DE LA REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA AL DESARROLLO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN PERÚ

Luis Távora Orozco^{1,2}

¹ Director Asociado / Associate Editor, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

² Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos / Chairman, Sexual and Reproductive Rights Committee, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG)

Declaración de conflicto de intereses / Conflict of interest

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses en esta publicación / The author discloses any actual or potential conflict of interest with this publication.

Artículo recibido el 5 de enero de 2015 y aceptado para publicación el 15 de enero de 2015 / Paper received on January 5, 2015 and accepted for publication on January 15, 2015.

Correspondencia / Correspondence:
Dr. Luis Távora Orozco

✉ luis.tavara@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Verificar el número de publicaciones y la temática en relación a los derechos sexuales y reproductivos que han aparecido en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia desde el año 1993 al año 2015. **Metodología:** Se revisó los archivos electrónicos y se identificó los temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos que han sido publicados desde el año 1993 hasta el año 2015, período de vigencia del actual Comité Editorial. Los títulos relacionados fueron agrupados para facilitar su clasificación y aparecen en forma correlativa de acuerdo a su fecha de publicación. **Resultados:** Se encontró un total de 121 trabajos sobre derechos sexuales y reproductivos publicados en nuestra revista, que representan 14,58% del total de publicaciones en este período. La mayor proporción de trabajos publicados estuvo relacionada con la mortalidad materna y con la planificación familiar.

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

CONTRIBUTION OF REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA TO PROGRESS OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS IN PERU

ABSTRACT

Objective: To determine the number of articles and topics related to sexual and reproductive rights that have been published in Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia since the year 1993 to the year 2015. **Methods:** We reviewed the electronic records and identified issues related to sexual and reproductive rights published between the years 1993 and 2015, in force period of the current editorial board. Related titles were grouped to facilitate classification and appear correlatively according to their date of publication. **Results:** A total of 121 articles on sexual and reproductive rights were published in Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, representing 14.58% of the total number of articles in this period. The highest proportion of papers was related to maternal mortality and family planning.

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



INTRODUCCIÓN (*)

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

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

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

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

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

INTRODUCTION (*)

(*) The text of this introduction is mostly taken from a publication by the author that appears in reference 3.

Nowadays, health care should be provided with a human rights (HR) approach based on respect for the dignity of persons, given that the human being is the State's centre of action. This implies equal treatment and non-discrimination in health care⁽¹⁻³⁾.

HR are faculty or prerogative of persons requiring a certain conduct from a third party. They are the expression of certain values: dignity, freedom, equality. It refers to the rights of citizens from the State and the community. The State has the obligation of guaranteeing the enjoyment and access to rights, not hindering persons to enjoy a right, to eliminate barriers that prevent enjoyment and access to rights. This means adapting the legislation and/or its interpretation. HR are interdependent and progressive, and should be interpreted in the most favorable sense for the people (*pro homine*)⁽⁴⁾.

We can say that HR are universal; the States are responsible for their protection and their violation; they ought to be guaranteed without discrimination; they are non-discretionary, they are not social goals nor political aspirations, they have legal and political mechanisms to establish the accountability and responsibilities, and their protection and promotion is of legitimate interest to the international community⁽⁵⁾.

The international normative framework acknowledges sexual and reproductive rights (SRR) as an inalienable, integral and indivisible part of the universal HR. However, reality shows us that the development of these rights still has low levels of recognition, deepening and exercise, especially among the most vulnerable groups of the population. Practically every single right shows deficiencies and obstacles that are very difficult to overcome, even in the most basic aspects⁽⁶⁾.

SRR are universal HR, based on freedom, dignity and equality, inherent to all human beings⁽⁵⁻⁹⁾.

Sexual rights consist in:

- Faculty of having sexual relations free of any form of violence, abuse or harassment.



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

Son derechos sexuales:

- La facultad de tener relaciones sexuales libres de cualquier forma de violencia, abuso o acoso.
- El ejercicio de una sexualidad libre y placentera, independiente de la reproducción y sin riesgo para la salud y la vida.
- El acceso a una educación en sexualidad, que sea oportuna, integral, gradual, científica y con enfoque de género.
- El respeto de las personas a su preferencia sexual.
- Contar con información y servicios de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana VIH-sida.

Son derechos reproductivos:

- Tomar decisiones reproductivas libres y responsables, lo cual comprende el derecho a decidir tener hijos o no, el número de los mismos y el tiempo a transcurrir entre cada uno.
- Acceder plenamente a los métodos para regular la fecundidad por propia decisión.
- Contar con servicios de calidad para el cuidado de la SSyR durante todo el ciclo de vida.
- Recibir atención de emergencia y contar con todos los insumos para garantizar la maternidad segura, antes, durante y después del parto.
- No ser discriminada en el trabajo, la escuela y en la sociedad por estar embarazada o por tener o no tener hijos/as.
- Tener información sobre salud reproductiva (SR) y sobre la existencia de servicios de atención.

La sexualidad es un aspecto natural y precioso de la vida; es una parte esencial y fundamental de nuestra humanidad. Para que las personas

• Exercise of a free and pleasant sexuality, independent of reproduction and without risk to health and life.

- Access to a comprehensive, integral, gradual and scientific education on sexuality, focused on gender.
- Respect for the sexual preference of every person
- Access to information and services for prevention and treatment of sexually transmitted infections (STI), including HIV / AIDS.

Reproductive rights are:

- To make free and responsible reproductive decisions, including the right to decide whether to have children or not, how many of them, and the lapse between them .
- Full access to methods of fertility regulation by own choice.
- Existence of quality services for sexual and reproductive health (SRH) throughout the life cycle.
- To receive emergency care and to have the supplies to guarantee a safe maternity before, during and after labour.
- To not be discriminated at work, school and society for being pregnant or for having or not having children.
- To have information on reproductive health (RH) and on the existence of specialized services.

Sexuality is a natural and precious aspect of life; it is an essential and fundamental part of our humanity. For people to achieve the highest standard of health, they must first be empowered to exercise their decisions regarding their sexual and reproductive lives; they must feel trust and confidence to express their own sexual identity. At present, discrimination, stigma, fear and violence pose real threats for many people. These threats and actions prevent many people from exercising their sexual rights (SR) and reach sexual health. Their SR must be respected in all services^(10,11).

The SR should ensure sexual health, which means to be sexually responsible, satisfying



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

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

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

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

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

and safe, free of disease, injuries, violence, disability, unnecessary pain or risk of death. On the other hand, reproductive rights (RR) must ensure the reproductive health (RH), which is a state of physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity in all matters relating to the reproductive system and its functions and processes^(7,8).

The concept of reproductive health is one of the landmarks of the 20th century social history. It was developed as a result of the experience during the 1970s and 1980s and acquired universal validity with the consensus of the International Conference on Population and Development in 1994 in Cairo. The difference between women in rich and poor countries lies in the level of RH^(8,9).

Many of the health issues related to sex or sexuality are dependent on the nature of the relations of power between men and women. A key indicator of the differences between men and women is maternal death (MD). As we know, there is no 'paternal death' related to pregnancy or childbirth, because it only occurs in women. One of the main causes of MD is abortion, something men don't experience either⁽²⁾.

We must also add that women suffer more gender-based violence⁽¹²⁾, a higher STI load, a higher HIV infection rate due to heterosexual relations; were all this not enough, women suffer more social and economic inequalities, expressed as less education, less economic capacity, and less decision capacity⁽³⁾.

A perspective based on gender and rights goes beyond biological explanations for women's vulnerability due to mental disorders, and considers this vulnerability to be due to a range of violations of their HR⁽¹³⁾.

THE SCIENTIFIC MEDICAL SOCIETIES COMMITMENT

In the year 2002, during the Latin American Congress of Obstetrics and Gynecology that took place in Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, the Latin American Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (FLASOG being its acronym in Spanish) officially created the Committee for Sexual and Reproductive Rights



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

COMPROMISO DE LAS SOCIEDADES MÉDICO CIENTÍFICAS

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

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

Se toma como marco la relación de derechos cuya defensa ha sido asumida por FLASOG y, como consecuencia, por todas las Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología afiliadas. Siendo la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) filial de la FLASOG, vamos a examinar el rol cumplido por la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (RPGO) durante los últimos 22 años en el desarrollo y consolidación de los DSyR en el país entre los médicos ginecoobstetras.

(SRR Committee). At the same congress, the FLASOG assembly approved the Declaration of Santa Cruz, in defence of the following sexual and reproductive rights:

- Right to a healthy and safe maternity without the risk of dying.
- Right to a sexual life that is free of violence and free of the risk of STIs and unwanted pregnancies.
- Right to the regulation of fertility through access to contraceptive methods, including emergency contraception.
- Right to the interruption of pregnancy within the legal framework.
- Right to information about sexual and reproductive health.
- Right to access to sexual and reproductive health services.

The framework is the set of rights whose defense has been assumed by FLASOG and, as a result, by all the affiliated scientific societies of Obstetrics / Gynecology. Being the Peruvian Society of Obstetrics and Gynecology (SPOG) an affiliate of FLASOG, we will examine the role played by the Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (RPGO) during the past 22 years in the development and consolidation of SRR in the country among gynecologists and obstetricians.

METHODS

This research was carried out with the aim of verifying how much and in what manner the RPGO has helped to develop and strengthen SRR among the Peruvian gynecologists and obstetricians through publications in its official journal.

For this, we reviewed the electronic files, and we identified the issues related to SRR published between the years 1993 and 2015, term of the current editorial board. Articles related to SRR were grouped to facilitate sorting. They appear in the Results section, in an order correlative to their date of publication.



MÉTODOS

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

Para ello se revisó los archivos electrónicos y se identificó los temas relacionados con los DSyR que han sido publicados desde el año 1993 hasta el año 2015, período de vigencia del actual Comité Editorial. Los títulos relacionados con los DSyR, fueron agrupados para facilitar su clasificación y aparecen en la sección de resultados en forma correlativa de acuerdo a su fecha de publicación

RESULTADOS

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Durante el período de 22 años transcurridos han sido publicados 10 trabajos en relación al tema:

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

RESULTS

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH

Ten papers related to the topic have been published during the 22 past years:

- Role of the Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología in women's integral health
- Reproductive health
- Analysis of training in reproductive health at the undergraduate level
- Knowledge of reproductive health in adolescent postpartum women treated at the Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1994
- Sexual and reproductive health of young people living in a district of Lima
- III Latin American workshop on maternal mortality and sexual and reproductive rights
- Symposium: Bioethics in sexual and reproductive health
- Professional secrecy and confidentiality in the provision of sexual and reproductive health services
- Informed consent in the provision of sexual and reproductive health services
- Reproductive rights.

SAFE MOTHERHOOD AND MATERNAL MORTALITY

Five papers have been published on safe motherhood:

- Safe motherhood. International experience
- Project "Maternity without risk": clean labor and delivery strategy
- Safe motherhood: a perspective for the 21st century
- How to achieve safe motherhood in Peru
- A new analytical tool for healthy and safe maternity programmes.



MATERNIDAD SEGURA Y MORTALIDAD MATERNA

Sobre maternidad segura han sido publicados cinco trabajos:

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

Sobre mortalidad materna se han publicado en la RPGO 37 trabajos:

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

On maternal mortality 37 papers have been published in the RPGO:

- Apropos of maternal mortality
- Septic abortion as a cause of maternal morbidity and mortality
- Mortality due to septic abortion at Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1985-1992
- Maternal mortality
- Obstetric high risk, maternal death
- Maternal mortality at the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, IPPS 1958-1991
- Evolution of maternal mortality in the Southern Cone of Lima
- Maternal mortality at the Hospital Nacional Cayetano Heredia (1985-1992)
- Risk factors associated with maternal mortality
- Maternal mortality in Callejón de Huaylas (1981-1995), Chavín Region
- Maternal mortality in Peru, everyone's responsibility
- Maternal mortality in Bolivarian countries
- Maternal mortality in three hospitals in Trujillo
- Maternal mortality at the Instituto Materno Perinatal in the five-year period 1991-1995
- Maternal mortality 1958-1996. Experience at the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 38 years
- Ten years of maternal mortality at Hospital "María Auxiliadora": analysis of the causes
- Current status of maternal mortality in hospitals of Peru
- Advanced maternal age as risk factor for maternal and perinatal morbidity and mortality
- Maternal and perinatal mortality in the Yauli District, Huancavelica, 1997



- Mortalidad materna en el Instituto Materno Perinatal en el quinquenio 1991-1995
- Mortalidad materna 1958-1996. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins- 38 años
- Diez años de mortalidad materna en el Hospital "María Auxiliadora": Análisis de las causas
- Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú
- La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbilidad materna y perinatal
- Mortalidad materna y perinatal en el distrito de Yauli, Huancavelica, 1997
- Mortalidad materna y perinatal en el Síndrome HELLP en el Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Eclampsia y mortalidad materna y perinatal. Hospital Cayetano Heredia. Julio 1991-Diciembre 1997
- Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios como estrategia para reducir la mortalidad materna y perinatal
- Mortalidad materna 1991-1999. Hospital Regional de Loreto
- Mortalidad materna en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" 1991-1999
- Mortalidad materna. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud 1958-2002
- Mortalidad materna. Experiencia de 4 años en el Hospital Nacional "Cayetano Heredia"
- Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú
- Rol de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en la toma de decisiones
- Mortalidad materna en la División de Salud Lima Ciudad V. 2000-2004
- Maternal and perinatal mortality in HELLP syndrome, Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Eclampsia and maternal and perinatal mortality. Hospital Cayetano Heredia. July 1991-December 1997
- Improvement of the quality of service delivery as a strategy to reduce maternal and perinatal mortality
- Maternal mortality 1991-1999. Hospital Regional de Loreto
- Maternal mortality at the Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" 1991-1999
- Maternal mortality. Experience at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital, EsSalud 1958-2002
- Maternal mortality. Experience of 4 years at the Hospital Nacional "Cayetano Heredia"
- Contribution of adolescents to maternal death in Peru
- Role of the epidemiological surveillance of maternal mortality in decision-making
- Maternal mortality at the Lima City V Health Division. 2000-2004
- Maternal mortality. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2000-2004
- Factors related to maternal mortality at the Loreto Region, 1999-2002
- Interventions to reduce maternal mortality in Peru
- Abortion as a cause of maternal death
- Introduction: Emergency obstetric care as a strategy for reduction of maternal death
- Maternal mortality
- Maternal mortality in the Regional Health Office Ancash
- Trends of maternal mortality in Peru. Pending challenges.



- Mortalidad materna. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2000-2004
- Factores relacionados a la mortalidad materna en la Región Loreto, 1999-2002
- Intervenciones para reducir la mortalidad materna en el Perú
- Aborto como causa de muerte materna
- Introducción: Los cuidados obstétricos de emergencia como estrategia para la reducción de la muerte materna
- Mortalidad materna
- Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash
- Tendencia de la mortalidad materna en el Perú. Desafíos pendientes.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Tres publicaciones se dieron durante este período:

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

ANTICONCEPCIÓN

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

- Anticoncepción quirúrgica
- Inserción transcesárea del DIU TCu 200 filamento largo
- Experiencia con el implante de levonorgestrel en el Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Barreras médicas para la anticoncepción
- Vasectomía sin bisturí en el Hospital Nacional Cayetano Heredia

FAMILY PLANNING

Three publications were made during this period:

- Post abortion counseling and contraception
- Responsible parenthood
- Family planning requires special attention as a strategy to reduce maternal mortality.

CONTRACEPTION

In the period covered by this study, 22 papers were published:

- Surgical contraception
- Transcesarean insertion of the long filament TCu 200 IUD
- Experience with the levonorgestrel implant at Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Medical barriers to contraception
- No-scalpel vasectomy at the Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Contraception in adolescents
- Post partum IUD insertion in Peru: experience in nine hospitals
- Post-partum contraception; experience at the Hospital María Auxiliadora
- Advances in contraception
- Barriers to contraception
- Post partum contraception
- Three years of experience with the IUD copper IUD at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Knowledge and attitudes on voluntary surgical contraception in patients at the Colcabamba Health Center, Tayacaja, Huancavelica
- Knowledge and attitudes regarding voluntary surgical contraception in women of childbearing age at Nueva Cajamarca - San Martín Region



- Anticoncepción en adolescentes
- Inserción del DIU posparto en el Perú: Experiencia en nueve hospitales
- Anticoncepción posparto; experiencia del Hospital María Auxiliadora
- Avances en anticoncepción
- Barreras en anticoncepción
- Anticoncepción posparto
- Tres años de experiencia con el dispositivo intrauterino medicado con cobre (TCu-380 A) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria en pacientes en el Centro de Salud Colcabamba, Tayacaja, Huanavelica
- Conocimientos y actitudes en relación a la AQV en las mujeres en edad fértil de la localidad de Nueva Cajamarca-Región San Martín
- Acetato de medroxiprogesterona más ciprotonato de estradiol: evaluación en el Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Embarazo accidental en usuarias del dispositivo intrauterino T de cobre 380 A
- Papel de los anticonceptivos con progestágeno solo en mujeres con factores de riesgo
- Satisfacción de las usuarias de implantes de levonorgestrel. Experiencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Electrocoagulación tubárica monopolar con sección y remoción como método de esterilización quirúrgica permanente
- Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú
- Anticoncepción
- Proyecto PIENSA (Programa de investigación y educación en Salud Reproductiva): impacto
- Medroxyprogesterone acetate plus estradiol cypionate: evaluation at the Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Accidental pregnancy in users of the 380 A copper T intrauterine device
- Role of progestogen-only contraceptives in women with risk factors
- Satisfaction of users of levonorgestrel implants. Experience at the Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Monopolar tubaric electrocoagulation with section and removal as a permanent surgical sterilization method
- Analysis of the supply of contraceptives in Peru
- Contraception
- Project PIENSA (research and reproductive health education program): Impact of counseling on choice of contraceptive method in Peruvian women.

EMERGENCY CONTRACEPTION

Three papers were published in this 22-year period:

- Statement of the Colegio Médico del Perú on oral emergency contraception
- Statement of the SPOG on oral emergency contraception
- Why is the use of emergency oral contraception in the public sector delayed.

VIOLENCE AGAINST WOMEN

During this period six papers were published:

- Detection of gender-based violence in three reproductive health services
- Impact of gender-based violence on women's health
- Maternal and perinatal implications of gender-based violence



de la asesoría en la elección anticonceptiva en mujeres peruanas.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Se publicó tres trabajos en este período de 22 años:

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

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Durante este período se publicó 6 trabajos:

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

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

ABORTO

En este rubro fueron publicados 19 trabajos:

- Reflexiones sobre el aborto. Editorial

- Women's perspective on gender-based violence as an impoverishing factor
- Management of sexual violence
- Self-care of health professionals who assist victims of sexual violence.

As we can see, very little attention has been paid to this topic in the RPGO publications. Violence against women is the most frequently found "pathology"; however, it did not deserve the same interest as other topics. It is worthwhile to reverse this gap over the next few years.

ABORTION

Nineteen works were published under this heading:

- Reflections on abortion. Editorial
- Outpatient management of abortion as a strategy to increase coverage and reduce costs
- Characteristics of abortion among adolescents at the Hospital Dos de Mayo
- Intravaginal misoprostol in the treatment of missed abortion
- Abortion as a health problem
- Recurrent abortion
- Septic abortion: management
- Humane care of incomplete abortion: three techniques of ambulatory management, reduction of costs and post abortion family planning
- Etiologic factors involved in recurrent abortion
- Abortion as a health problem in metropolitan Piura
- Septic abortion in adolescents
- Effectiveness of intracervical vs oral misoprostol in missed abortion and fetal death
- Abortion as a public health problem in Peru



- Manejo ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los costos
- Características del aborto en las adolescentes del Hospital Dos de Mayo
- Misoprostol intravaginal en el tratamiento del aborto retenido
- Aborto como problema de salud
- Aborto recurrente
- Aborto séptico: manejo
- Atención humanizada del aborto incompleto: tres técnicas de manejo ambulatorio, reducción de costos y planificación familiar post aborto
- Factores etiológicos implicados en el aborto recurrente
- El aborto como problema de salud en Piura metropolitana
- Aborto séptico en adolescentes
- Eficacia del misoprostol vía intracervical y oral en aborto frustrado y óbito fetal
- El aborto como problema de salud pública en el Perú
- Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública
- Manejo del aborto
- Clarificación de valores para la transformación de actitudes; una herramienta para el mejoramiento de la calidad de la asistencia a mujeres en situación de aborto
- Costos de la atención post aborto en hospitales de Lima, Perú
- Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol
- Opiniones, percepciones y prácticas de médicos ginecoobstetras respecto a informar de
- Epidemiological aspects of abortion and its impact on public health
- Management of abortion
- Clarification of values for the transformation of attitudes; a tool for the improvement of the quality of care to women having an abortion
- Costs of post abortion care in hospitals in Lima, Peru
- Controversies in the treatment of incomplete abortion, MVA versus medical treatment with misoprostol
- Opinions, perceptions and practices of medical gynecologists and obstetricians with regard to inform patients with induced abortion to the police, Lima-Peru 2014.

TEEN PREGNANCY

In this area, there are 16 publications:

- Adolescence as a reproductive health problem
- Knowledge and attitudes regarding pregnancy and contraception in teen puerperae
- Pregnancy in adolescents: experience at the Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1992-1994
- Factors that determine the use of contraceptives in teenage mothers
- Childbirth in adolescents. Study of 3 groups: early and late adolescence, and control group
- Teen pregnancy. Study in Acobamba-Huancavelica, 1998
- Teen pregnancy: a risk approach
- Teen pregnancy: obstetric complications
- Reproductive health characteristics in pregnant women attending a differentiated care service for adolescents
- Care at the adolescent OB/GYN clinic
- C-section in adolescents. Hospital Hipólito Unanue, Lima-Peru



las pacientes con aborto inducido a la Policía, Lima-Perú 2014.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

En este rubro se dispone de 16 publicaciones:

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

- Abortion in adolescents. Experience at the Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Teen pregnancy
- Maternal and perinatal complications of pregnancy among teen primigravidae: A case - control study
- Teen pregnancy
- Maternal and neonatal impact of pregnancy in adolescence.

To facilitate the reading of these results we have produced table 1. Out of a total of 830 articles published during this period, 121 were related to the SRR and were distributed as follows.

DISCUSSION

Within the 22 years of the present RPGO Editorial Committee, 121 articles related to SRR of Peruvian women have been published. We can see an important breakthrough in the number of articles. We also see that the authors tend to identify the issue of women's rights to enjoy sexual and reproductive health (SRH) free of the risks due to lack of health care, within the different topics addressed. Every time we talk with more emphasis about women's rights.

RIGHT TO SAFE MOTHERHOOD AND TO PREVENT MATERNAL MORTALITY (MM)

Maternal mortality is defined as the death of a woman during pregnancy or during the 42 days following childbirth, regardless of the duration and site of the pregnancy, from causes related or aggravated by the pregnancy or its manage-

TABLE 1. RPGO PUBLICATIONS REGARDING TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH (SRH).

Publications on rights to:	Number of publications	Percentage in relation to all publications on SRR	Percentage in relation to RPGO publications
Enjoy SRH	10	8.26	1.20
Safe motherhood and avoidance of MM	42	34.71	5.06
Access to family planning, contraception and EOC	28	23.14	3.37
Enjoy sexuality without violence and unwanted pregnancy	6	4.96	0.72
Abortion within the legal framework	19	15.70	2.29
Reduce pregnancy in adolescence	16	13.22	1.93
Total	121	100%	14.58%

RPGO = Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; MM = maternal mortality; EOC = emergency oral contraception



- Aborto en adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Embarazo en adolescentes
- Complicaciones materno-perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control
- Embarazo en adolescentes
- Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia.

Para facilitar la lectura de estos resultados hemos elaborado la tabla 1. Sobre un total de 830 trabajos publicados en este período se encontró 121 relacionados con los DSyR, que se distribuyen de la forma que se señala.

DISCUSIÓN

En los 22 años transcurridos del presente Comité Editorial de la RPGO se han publicado 121 trabajos en relación a los DSyR de las mujeres peruanas y se aprecia un avance importante no solo en el número de artículos sino en la incorporación que han hecho los diferentes autores de identificar en el tema abordado por ellos el derecho que tienen las mujeres a disfrutar de una salud sexual y reproductiva, sin los riesgos que implica la falta de cuidados de la salud. Se habla cada vez con más énfasis de los derechos de las mujeres.

Derecho a una maternidad segura y a evitar la mortalidad materna (MM)

ment; it does not include incidental or accidental causes⁽¹⁵⁾. It is the most sensitive indicator of the level of reproductive health care, because it usually expresses the large gaps within populations, where women are most unprotected, excluded and discriminated, and end their pregnancy with a tragic death⁽¹⁶⁾.

Once the Safe Motherhood Initiative was launched in Nairobi-Kenya in 1987, many interventions were developed to achieve the reduction in maternal deaths. Considering the limited progress achieved in the following years, a re-assessment of the proceedings was done and the most effective interventions to decrease the deaths were determined^(5,17,18):

- Intrapartum care in health units, administered by qualified staff,
- Emergency obstetric care,
- Prenatal care,
- Post partum care,
- Family planning,
- Abortion under safe conditions,
- Do not neglect the multifactorial origin of maternal deaths.

This review shows that the topic with the highest number of publications in the RPGO (over one third of them) is maternal mortality and safe maternity. In these, we can see that many of the aforementioned interventions have been

TABLA 1. PUBLICACIONES DE LA REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN RELACIÓN A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSyR).

Publicaciones sobre derecho a:	Número de publicaciones	Porcentaje en relación al total de publicaciones sobre DSyR	Porcentaje en relación a publicaciones RPGO
Disfrutar de una SSyR	10	8,26	1,20
Maternidad segura y evitar MM	42	34,71	5,06
Acceder a PF, anticoncepción y AOE	28	23,14	3,37
Disfrutar la sexualidad sin violencia y sin embarazo no deseado (END)	6	4,96	0,72
Aborto dentro de la ley	19	15,70	2,29
Reducir el embarazo en la adolescencia	16	13,22	1,93
Total	121	100%	14,58%

MM = mortalidad materna; AOE = anticoncepción oral de emergencia



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

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

- El cuidado intraparto en las unidades de salud por personal calificado,
- Cuidados obstétricos de emergencia,
- Cuidado prenatal,
- Cuidado posparto,
- Planificación familiar,
- Aborto en condiciones seguras,
- No descuidar el origen multifactorial que tienen las muertes maternas.

La presente revisión nos evidencia que el tema que más ha merecido el mayor número de publicaciones en la RPGO es el de mortalidad materna y maternidad segura (poco más de la tercera parte), en donde se puede advertir que muchas de las intervenciones antes mencionadas han sido llevadas a cabo en el Perú en los últimos años al haberse aumentado la proporción de mujeres embarazadas que tienen cuidado prenatal institucional (más del 90%), la atención del parto por personal calificado en los servicios de salud (más del 80%), al haber reducido las brechas de acceso a los servicios mediante el Segu-

carried out in Peru in the last years, such as: the increase in institutional prenatal care (over 90%), the attention of labour by qualified staff in health care services (over 80%), the reduction of gaps in access to health care via the Integral Health Insurance (SIS in Spanish) and the maternal waiting house, the inclusion of an intercultural approach and other adjuvant measures into the management of labour, and the improvement in the management of obstetric emergencies. These interventions have approached us to fulfil the Millenium goal 5⁽¹⁹⁾.

However, in order to progress more quickly in this field, it will be necessary to emphasize complementary interventions such as⁽²⁰⁾:

- Creation of maternal death committees,
- Improvement of records, and
- Use of the International Classification of Diseases.

Likewise,

- Empowerment of women through better information, access to education, equal opportunities, and by recognizing their right to make their own decisions.

On the other hand,

- Expansion of health services,
- Improvement in the quality of the services,
- Improvement in the performance of health professionals,
- Humane care of pregnancy, abortion and childbirth with integral health criteria,
- Care of unwanted pregnancies and those that put at risk the health and lives of women,
- Emphasis on the identification and handling of extremely severe maternal morbidity.

RIGHT OF ACCESS TO FAMILY PLANNING AND CONTRACEPTIVE METHODS

Among the topics of family planning (FP), contraception and emergency contraception, 28 arti-



ro Integral de Salud (SIS) y las casas de espera, al haberse operado la atención del parto con enfoque intercultural y otras medidas coadyuvantes, al mejorar el manejo de las emergencias obstétricas, intervenciones que nos han acercado mucho al cumplimiento del Objetivo 5 del Milenio⁽¹⁹⁾.

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

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

Así mismo,

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

De otro lado,

- Ampliar los servicios de salud,
- Mejoramiento de la calidad de los servicios,
- Mejorar el desempeño de los profesionales de la salud,
- Atención humanizada del embarazo, aborto y parto con criterio integral de salud,
- Cuidar de los embarazos no deseados y de aquellos que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres.
- Poner énfasis en la identificación y manejo de la morbilidad materna extremadamente grave

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

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

cles have been published; therefore, they occupy second place, after maternal mortality.

Before sexual and reproductive health and reproductive rights were defined, Sigmund Freud expressed: "One of the greatest achievements of mankind would be to raise the responsibility of the act of reproduction to the level of a voluntary and intentional action". He could have wanted to say that the reproductive function must be subject to the choices and willingness of persons, and not to a casualty, nor be imposed by third parties or by society. Family planning and contraception have an important role in this subject. The Population Reference Bureau affirms that every pregnancy should be desired and that due to the technology revolution, fertility should be accomplished nowadays by choice. This has led to a significant decrease in fertility rates and therefore to a decrease in the risks of pregnancy and childbirth⁽²¹⁾.

FP is an effective measure of primary prevention to reduce unwanted pregnancy. Based on the available data, we can say that a quarter to two-fifths of the MM could be eliminated if these pregnancies were avoided through contraception⁽²²⁾.

Despite the advance in the use of contraceptive methods, there are still population groups in the world and in Peru with an important unmet demand for family planning^(23,24), a fact that must be carefully handled, because there is a direct relationship between maternal death rate and an unmet demand for FP, according to an unpublished study by the Ministry of Health.

We should add to this comment the existing difficulties to access to emergency oral contraception in public health services, disposed by the Constitutional Court. This includes our country in the group that underutilizes this valuable resource, which could prevent up to 75% of unwanted pregnancies, according to experts⁽²⁵⁾.

In order to assure the right of women to regulate their own fertility, there are some pending issues concerning FP in Peru, such as⁽²⁴⁾:

- To expand FP services,
- To have a wider range of contraceptive methods including emergency contraception,



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

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

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

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

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

- Ampliar los servicios de PF,

- To ensure good logistics,
- To improve the quality of care and the users' choices,
- To promote the use of long-term reversible contraceptives, and
- To reduce the unmet needs in contraception.

THE RIGHT TO ENJOY A SEX LIFE FREE FROM VIOLENCE AND THE RISK OF AN UNWANTED PREGNANCY

Only six papers have been published on the subject of violence against women, despite its high prevalence among Peruvian women⁽²⁶⁾.

The World Health Organization (WHO) defines violence against women as any act of gender-based violence that results in physical, sexual or psychological harm or suffering of women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, occurring either in public or private life. Six out of 10 women suffer physical or sexual violence in their lifetime, 7 to 36% of women suffer sexual violence in their childhood, and 6 to 59% of women suffer sexual violence since the age of 15. Intimate partner violence is the most common form of violence against women in the world⁽²⁷⁾.

ENDES 2010 found that 38.4% of Peruvian women of childbearing age have suffered physical violence by their partners and 18.1% by others at least once. This places them within the people who suffer most from this evil in the world⁽²⁸⁾.

To enjoy sexuality without violence is a basic human right; however, sexual violence expressed in various forms affects women from different groups in every country. Helpless women and those living in scenarios of civil unrest, conflicts or war, are at an even greater risk of violence. Age is not a barrier that prevents violence, since girls, adolescent girls and adult women can suffer physical and psychological injury and, in extreme cases, death. However, women of reproductive age may face the greatest consequences. The aftermath for a woman victim of violence can last a lifetime, and those who suffer abuse during childhood are at an even greater risk of becoming victims during adulthood⁽²⁹⁾.



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

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

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

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

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

Disfrutar la sexualidad sin violencia es un derecho humano básico; sin embargo, en todos los países la violencia sexual expresada en diversas formas afecta a las mujeres de los diferentes grupos. Las mujeres que se encuentran más desamparadas y las que viven en escenarios de disturbios civiles, conflictos o guerra corren aún mayor riesgo de padecer la violencia. La edad no

One of the most common forms of violence against women is abuse by their husbands or intimate partners, who practice it as a form of control over them. Sexual coercion exists as a continuum, from forced rape to other forms of pressure that push girls and women to have sex against their will. For many women, sexual initiation was a traumatic event accompanied by force and fear⁽²⁹⁾. Studies carried out in communities and within reproductive health services in Peru reveal that the rates of sexual violence against women are relatively high compared to other regions in the world^(26,30).

Violence against women in any of its forms occurs at any time in their life and pregnancy does not behave as a protective factor. Violence during pregnancy is more common than any of the pathologies of pregnancy; the problem is that it is not detected or it is not given due importance. In Peruvian reproductive health services, violence (in any of its forms) occurs in 31.92% of pregnant women; psychologic violence presents in 23.92%, physical violence in 7.41% and sexual violence in 7.09%, although we can sometimes find two or three forms of violence presenting in the same woman⁽³¹⁾.

Sexual violence can result in short-term and long-term consequences in women's health, including physical trauma, HIV infection, unwanted pregnancy and unsafe abortion. Vulnerability to STIs including HIV may be higher in the non-consensual sex, because of genital trauma, and in the case of multiple perpetrators. The resulting psychological trauma can negatively affect behaviour and sexual relationships, as well as the ability to negotiate safe sex, and may lead to a potential increase in drug abuse^(32,33).

Regarding sexual violence, it is important to recognize that timely quality care has a positive and significant impact on the management of consequences and complications of rape. These affect quality of life by perpetuating emotional, biological and social damages, among which we find forced pregnancy and STIs⁽²⁹⁾. Despite this, there are no services of integral care for victims of sexual violence that ensure an early response in Peru nor Latin America.

In addition to the early approach of these cases, to move forward on this issue in Peru, the following should be considered^(29,34):



es una barrera que evita la violencia, puesto que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas pueden sufrir lesiones físicas y psicológicas y, en casos extremos, la muerte. Sin embargo, son las mujeres en edad reproductiva las que quizás afrontan las mayores consecuencias. Si la mujer es víctima de violencia puede sufrir repercusiones que duran toda la vida, y las que padecen abuso durante la niñez corren aún mayores riesgos de convertirse en víctimas durante su edad adulta⁽²⁹⁾.

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

La violencia contra las mujeres en alguna de sus formas ocurre en cualquier momento en la vida de ellas y el embarazo no se comporta como un factor protector. La violencia durante el embarazo es más frecuente que cualquiera de las patologías de la gestación; lo que ocurre es que no se le detecta o, si se lo hace, no se le presta la debida importancia. En los servicios de salud reproductiva del Perú se encuentra que la violencia en cualquiera de sus formas ocurre en el 31,92% de las embarazadas; la violencia psicológica se presenta en 23,32%, la violencia física en 7,41% y la violencia sexual en 7,09%, aunque con alguna frecuencia pueden coexistir dos o tres tipos de violencia sobre la misma mujer⁽³¹⁾.

La violencia sexual puede resultar en consecuencias de corto y largo plazo en la salud de las mujeres, incluyendo el trauma físico, la infección por VIH, el embarazo no deseado y el aborto inseguro. La vulnerabilidad a las ITS, incluyendo el VIH puede ser más alta que en el sexo no consensuado, debido al trauma genital y en el caso de perpetradores múltiples. El trauma psicológico resultante puede tener un efecto negativo so-

- Effective legislation to fully handle sexual violence (SV) which requires working medico-legal links to enable the fulfillment of justice and the provision of health services for survivors.
- The health sector must assume post violation care services and collect and deliver evidence to the judicial system.
- Services should be integrated with referrals, employing guidelines, reference guides, treatment protocols and standardized medical-legal proceedings.
- The health sector is the nexus of prevention, treatment and rehabilitation following sexual violence. This sector must provide clinical treatment, preventive therapy, psychological support, information and advice, and coordinate referral of victims to specialized services.

As in the case of the previous rights, we need the following in order to safeguard the right of women to live a sexual life free of violence:

- To empower women,
- To expand and improve the SRR services,
- To detect cases of violence against women in the routine of daily care,
- To provide an early and comprehensive care of sexual violence,
- To coordinate and integrate with other health and legal-judicial services to not re-victimize women,
- To promote research on violence against women.

RIGHT TO THE TERMINATION OF PREGNANCY WITHIN THE LEGAL FRAMEWORK

Only 19 papers in relation to the issue of abortion have been published in RPGO during the 22 years we analyzed. Interestingly, five papers deal with legally induced abortion, but only at a conceptual level, leaving out the provision of it. Others have to do with abortion complications or management of retained, septic or incomplete abortion.



bre la conducta y relaciones sexuales, la capacidad para negociar el sexo seguro y un potencial aumento en el abuso de drogas^(32,33).

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

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

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

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

- Empoderar a las mujeres,
- Ampliar y mejorar los servicios de SSyR,

Despite the high contraceptive prevalence and the existence of safe and effective methods of abortion, millions of 'unsafe abortions' continue to occur in the world each year. This is not only due to occasional failure of any contraceptive method (MAC) or because people do not use them constantly, resulting in unwanted pregnancies, but also because millions of women around the world do not have access to safe abortion services when they decide to terminate a pregnancy within the legal framework that allows them to act. Where abortion is legally restricted, some women will have unwanted children; however, most women end up having unsafe abortions. Whatever the method of interruption used, abortion may be incomplete or lead to serious complications. Hence the need for quality care of abortion in a timely manner: its delay threatens the life and health of women. Sources of data available from the World Health Organization estimate there are 21.6 million unsafe abortions worldwide for the year 2008, which shows an increase compared to 2003 (19.7 million)^(35,36).

In Peru, we do not know the exact number of abortions, inasmuch as it is an illegal practice. However, studies of Ferrando, using indirect, demonstrably effective methodology have been able to determine that over 370 000 induced abortions occur every year in our country⁽³⁷⁾. This means the occurrence of more than 1000 abortions a day, and a high rate of 50 per 1000 women in fertile age, higher than the average of Latin America. The vast majority of these abortions are unsafe, and cause complications and maternal deaths.

Abortion rates drop with use of effective contraceptive methods (CM) as it occurs in Western Europe, despite the wide availability of abortion. Conversely, abortion rates are high when access to CM is insufficient, as in Latin America, where legal restrictions to abortion exist^(38,39).

Although therapeutic abortion (AT) has been approved by law in Peru since 1924⁽⁴⁰⁾, the Ministry of Health has recently approved the National Guidelines for Voluntary Termination of Pregnancy⁽⁴¹⁾; however, Peruvian women do not have adequate access to these services in public hospitals.



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

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

Solo 19 trabajos en relación al tema del aborto han sido publicados durante estos 22 años que venimos analizando en la RPGO. Curiosamente, cinco trabajos aparecen en relación al aborto inducido legalmente, pero en aspectos conceptuales y no de servicio. Los demás tienen que ver con complicaciones del aborto o con manejo del aborto incompleto, séptico o retenido.

A pesar de la alta prevalencia de anticonceptivos y la existencia de métodos seguros y eficaces de aborto, millones de ‘abortos inseguros’ continúan presentándose en el mundo cada año. Esto no solo ocurre porque ocasionalmente todos los métodos anticonceptivos (MAC) fallan y porque la gente tampoco los utiliza constantemente, dando lugar a embarazos no deseados, sino también porque millones de mujeres alrededor del mundo no tienen acceso a servicios de aborto seguro cuando ellas deciden terminar un embarazo dentro del marco que les permite la ley. En donde el aborto está legalmente restringido, algunas mujeres van a tener niños no deseados; sin embargo, la mayoría de las mujeres terminan teniendo abortos inseguros. Cualquiera sea el método de interrupción utilizado, el aborto puede ser incompleto o dar lugar a serias complicaciones; de allí la necesidad de un buen cuidado del postaborto en forma oportuna, porque su retraso amenaza la vida y la salud de las mujeres. De las fuentes de datos de Organización Mundial de la Salud disponibles se estima que existen 21,6 millones de abortos inseguros en todo el mundo para el año 2008, lo que revela un aumento respecto a 2003 (19,7 millones)^(35,36).

En el Perú no conocemos exactamente las cifras de aborto, por cuanto es una práctica clandestina,

civil society, in partnership with the medical profession and women's organizations, has developed an intense activity in Lima and in some regions of the country in order to discuss and approve local protocols for attention of therapeutic abortion, having managed to make it a reality in 10 hospitals, which are currently supplying services.

This is an important topic within public health and human rights, and despite the progress achieved, there are some pending tasks:

- To conduct information and education with users, empowering them in their right to legal termination of pregnancy for medical reasons. The participation of civil society organizations is key in this intervention
- To remove some restrictions of administrative nature to facilitate access to therapeutic abortion
- To implement training of health care providers in the National Guidelines and in the detailed discussion of the proceedings for therapeutic abortion
- To strengthen among suppliers the bioethical aspects and the clarification of values related to the delivery of TA services, in adherence to the recommendations by the FIGO, FLASOG and experts in Bioethics.
- To strengthen the counseling and delivery of contraceptives, emphasizing the use of LARC
- To incorporate misoprostol for obstetrical use within the National List of Essential Medicines
- To strengthen partnerships between civil society and the Ministry of Health
- To conduct and publish research on legal termination of pregnancy.

REDUCTION OF TEENAGE PREGNANCY

In the present review, we found 16 papers on the issue of pregnancy in adolescence, notwithstanding the high prevalence of sexual and reproductive health problems that women of this age present, specifically early pregnancy.



na; sin embargo, los estudios de Ferrando, utilizando metodología indirecta, probadamente eficaz, han podido determinar que en el país ocurren más de 370 000 abortos inducidos por año⁽³⁷⁾. Significa la ocurrencia de más de 1 000 abortos diarios, una tasa mayor de 50 por cada 1 000 mujeres en edad fértil (MEF), superior a la media de América Latina; la gran mayoría de estos abortos son inseguros, causan complicaciones y eventualmente muertes maternas.

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

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

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

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

- Realizar mayor información y educación con las usuarias, empoderándolas en su derecho a la interrupción legal del embarazo por razones médicas. La participación de las organizaciones de la sociedad civil es clave en esta intervención
- Remover algunas restricciones de carácter administrativo para facilitar el acceso al aborto terapéutico
- Realizar capacitación de los proveedores de salud en el conocimiento de la Guía Nacional

Teenage pregnancy is considered one of the most important public health issues affecting women, especially those aged 17 years or under, since it poses a risk not only to their health, both physical and mental, but also to their personal and social development^(42,43).

Despite the large amount of evidence about complications, such as preeclampsia / eclampsia, expressed as impacting on maternal and perinatal death, with higher odds of occurring in relation to other age groups, it seems to be that society and especially the State do not value them^(44,45).

One of the reasons that might lie at the root of this inaction is the scarce recognition of the human rights of female adolescents. There are large sections of the population that still consider that an early pregnancy is a result that does not affect them. This way, they validate large deficiencies, such as absence of sexual education, the refusal to offer integral reproductive and sexual health services, the lack of guarantees and protection to avoid sexual violence and, especially, the great tolerance and acceptance of a model based on gender inequality and on discrimination of women, which can be noted in different social and legal codes⁽⁴⁶⁾.

The biomedical approach still has a high relevance; it focuses diagnoses mainly on physical health, leaving behind a more unifying concept of physical, mental and social wellbeing. This determines, for example, that adolescents who may require a legal abortion face a number of barriers. There are components of health unknown as such, there is a wrong dichotomy between the social and the health dimensions, something requiring further discussion for a better understanding⁽⁴²⁾.

Adolescent girls are at a higher health risk during pregnancy, a risk that can expose them to the possibility of even maternal death due to obstetric complications or suicide. Hence special care for these people must be put in the three dimensions of health, to avoid serious and permanent harm^(47,48), as has been pointed out in a recent study published by the author⁽⁴⁹⁾.

Adolescent pregnant women have the right to receive comprehensive health care, with the support of the health staff, their families and the



y en la discusión detallada de los procedimientos del AT

- Fortalecer en los proveedores los aspectos bioéticos y de clarificación de valores relacionados con la prestación de servicios de AT con apego a las recomendaciones de FIGO, FLASOG y de los expertos en bioética
- Fortalecer la consejería y entrega de anticonceptivos, enfatizando la utilización de LARC
- Incorporar el misoprostol dentro del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales para uso obstétrico
- Reforzar las alianzas entre la sociedad civil y el Ministerio de Salud
- Realizar y publicar investigaciones sobre interrupción legal del embarazo.

REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

En la presente revisión se han encontrado 16 trabajos publicados en la RPGO en el tema de adolescencia, no obstante la alta prevalencia de problemas de salud sexual y reproductiva que ostentan las mujeres de esta edad y específicamente el embarazo temprano.

El embarazo en adolescentes está considerado como uno de los problemas de salud pública más importantes que afecta a las mujeres, especialmente cuando se trata de aquellas de 17 años y menos, dado que no solo se pone en riesgo su salud, tanto física como mental, sino también su desarrollo personal y social^(42,43).

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

Una de las razones que podrían estar en la base de esta inacción, es el escaso reconocimiento de los derechos humanos de las adolescentes, pues existen amplios sectores de la sociedad que continúan considerando que el embarazo temprano es un resultado que no les compete, validando así graves deficiencias como la ausencia de la

surrounding social environment. Awareness and prior training of medical practitioners and midwives in the care of pregnant teenagers is very important to ensure the provision of quality services, with the best results for adolescents, depending on their choices.

Little more than one year ago the National Plan for the Reduction of Pregnancy in Adolescents has been prepared and published, being this a very well achieved document that requires to be transformed into concrete actions. The following gaps should be covered in the short term:

- Perform the provision of health to adolescents in an integrated manner
- Inquire about rape or other signs of sexual violence during pregnancy care
- Attentive monitoring of emotional health
- Improve information, education and counseling on family planning
- Increase the delivery of contraceptive methods
- Close coordination with health care workers to reduce stigma
- Engage decision makers with the health and lives of girls
- Promote and publish more research on the discrimination of sexual and reproductive health in adolescents.

By way of conclusion, we can say that the SRR of women are an integral part of obstetrician-gynecologists daily practice and are key to the survival and health of women around the world. The OB/GYN is a natural advocate for women's health, but greater commitment may be still lacking⁽⁵⁰⁾. We find an advance on the issue in Peru.

Each time there is better awareness on the reciprocal relationship between SRR problems and specific well-being indicators, such as poverty. SRR problems are both cause and consequence of poverty. Poor SRR affects the affluence of people, families and communities, since it reduces productivity and participation of people in the labor force. For example, early motherhood



educación sexual, la negativa de oferta de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, la falta de garantías y protección para evitar la violencia sexual y, sobre todo, la gran tolerancia y muchas veces la aceptación de un modelo basado en la inequidad de género y la discriminación de las mujeres, que puede observarse en los distintos códigos sociales y legales⁽⁴⁶⁾.

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

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

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

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

- Realizar la prestación de la salud de las adolescentes en forma integral

increases poverty of girls, thwarts life projects and limits job opportunities, maintaining the vicious circle of poverty; at the same time, the costs of treatment for SRR damages can deplete the meagre incomes, exacerbating individual and domestic poverty⁽⁵¹⁾.

The use of the SRR-based approach offers a powerful lens to examine regulatory regimes and the way in which they prevent women from achieving their rights to good health in relation to reproduction. In general, we can say that the respect for SRR contributes to the reduction of maternal deaths and to the well-being of women and their families.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author expresses his special gratitude to Dr. José Ramos, RPGO assistant coach of the Editorial Committee, for his invaluable assistance in the preparation of this work.



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

A manera de conclusión podemos decir que los DSyR de las mujeres son parte integral de la práctica diaria del obstetra-ginecólogo y son clave para la sobrevivencia y la salud de las mujeres alrededor del mundo. El médico ginecoobstetra es un defensor natural de la salud de las mujeres, pero puede aún estar faltando un mayor compromiso⁽⁵⁰⁾. En el Perú se observa un avance en el tema.

Cada vez es mejor la toma de conciencia sobre la relación recíproca entre los problemas de SSyR y los indicadores específicos del bienestar general, como la pobreza. Los problemas de SSyR son a la vez una causa y una consecuencia de la pobreza. La deficiente SSyR repercute en el bienestar económico de las personas, las familias y las comunidades, ya que se reduce la productividad y la participación de las personas en la fuerza laboral. Por ejemplo, la maternidad temprana aumenta la pobreza de las niñas al frustrar sus proyectos de vida y limitarles sus oportunidades laborales, con lo que se mantiene el circuito de pobreza; al mismo tiempo los costos de los tratamientos de los daños a la SSyR pueden agotar los exiguos ingresos, exacerbando la pobreza individual y doméstica⁽⁵¹⁾.

La utilización del abordaje de la SRyR basada en derechos ofrece un poderoso lente para examinar aquellos regímenes normativos y la forma en que ellos estorban a las mujeres para alcanzar sus derechos a una buena salud en relación a la reproducción. En general, podemos decir que

el respeto por los DSyR contribuye a la reducción de las muertes maternas y al bienestar de las mujeres y de sus familias.

AGRADECIMIENTO

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS / REFERENCES

1. Constitución Política de la República del Perú, 1993
2. Fathalla MF. From Obstetrics and Gynecology to women's health: the road ahead. New York and London: Parthenon, 1997
3. Távara L. Derechos sexuales y reproductivos. En: Noriega L, Llerena C, Prazak L, eds. Tratado de Reproducción Humana Asistida. Lima, Perú: REP SAC, 2013;14-27.
4. Siverino P. Apuntes sobre derechos sexuales y reproductivos en el ordenamiento jurídico argentino. En: Arribere R. Bioética y Derecho: Dilemas y Paradigmas en el siglo XXI. Buenos Aires, Argentina: Cátedra Jurídica. 2008:87-207.
5. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos. San José, Costa Rica: IIDH, 2008;86 pp.
6. Quiroga CA, Ochoa JA, Andrade XV. El derecho al aborto y la objeción de conciencia. En: IPAS, Reproducción. La Paz: Ipas, 2009;77 pp.
7. V Congreso Latinoamericano y I Congreso Centroamericano de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Conclusiones. Ciudad de Guatemala 5-7 Mayo 2010.
8. UNFPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.
9. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU, 1995.
10. Sharpe J. Prólogo. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. London: IPPF, 2008.
11. World Association for Sexual Health. Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico. Washington DC: OPS/OMS 2009:180 pp.
12. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M et al. WHO multi country study on women's health and domestic violence



- against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO, 2005.
13. WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. Geneva: WHO, 2009:181 pp.
 14. FLASOG. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Taller sobre objeción de conciencia, Relato Final. II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos, San José, Costa Rica 28-30 Noviembre 2011:26 pp.
 15. OMS. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE 10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE Muerte Materna. Ginebra: OMS, 2012.
 16. WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO, 2010:55 pp.
 17. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: From analysis to strategy. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75: 51-60.
 18. Campbell MRO, Graham WJ. Strategies to reduce maternal mortality: advancing with what works. *Lancet.* 2006;368:1284-99.
 19. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality; 1990-2013. Geneva: WHO 2014.
 20. Pattinson R, Say L, Sousa JP, Broek Nv, Rooney C; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bulletin of WHO.* 2009;87:734-5.
 21. Population Reference Bureau. World population data sheet: Demographic data and estimates for the countries and regions of the world. Washington DC: PRB, 2000.
 22. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibilities: women, society and abortion worldwide. New York: AGI, 1999.
 23. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up: the benefits of investing in sexual and reproductive health care. New York: The Alan Guttmacher Institute/UNFPA. 2003.
 24. Távora L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2010;56(2):87-103.
 25. WHO. Emergency contraception: A guide for services delivery. Geneva: WHO, 1998:59 pp.
 26. Távora L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Rev Peru Obstet Ginecol.* 2003;49(1):31-8.
 27. WHO. Violence against women. Geneva: WHO, June 2000.
 28. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud 2009. Lima-Perú: INEI 2010.
 29. Ortiz JD, Rosas C, Távora L. Propuestas de estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual. Lima-Perú: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. 2011:88 pp.
 30. Guezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú. Lima-Perú: CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002:119 pp.
 31. Távora L, Orderique L, Zegarra T, Huamaní S, Félix F, Espinoza K, Chumbe O. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Rev Peru Obstet Ginecol.* 2007;53(1):10-7.
 32. WHO. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO 2003.
 33. Távora L. Sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(3):395-408.
 34. Kilonzo N, Ndung'u N, Nthamburi N, Ajema C, Taegtmeier M, Theobald S, Tolhurst R. Sexual violence legislation in sub-Saharan Africa: the need for strengthened medico-legal linkages. *Reprod Health Matters.* 2009;17(34):10-9. doi: 10.1016/S0968-8080(09)34485-7.
 35. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters.* 2010;18(36):90-101. doi: 10.1016/S0968-8080(10)36537-2.
 36. WHO. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO, 2010.
 37. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Pathfinder International, 2006.
 38. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet.* 2007;370:1338-45. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61575-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61575-X).
 39. Westoff C. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries, DHS Analytical Studies, Princeton, NJ, USA: Office of Population Research, Princeton University; and Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2005, No. 8.
 40. Código Penal Peruano 1924.



41. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 486. Guía Técnica Nacional para la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria, por Indicación Terapéutica, del embarazo menor de 22 semanas, con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119 del Código Penal. Lima: Ministerio de Salud, Junio 2014.
42. Leppälähti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ*. 2013;3(8):e003225.
43. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J. et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An Inter J Obstet Gynecol*. 2014;121(s1):40-8.
44. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):342-9.
45. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007;36(2):368-73.
46. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2004;50(2):111-22.
47. Gómez PI, Molina R, Zamberlin N, Távara L. Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). 2011:86 pp.
48. Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynaecol Scand*. 2012;91(9):1114-8. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x.
49. Távara L, Orderique L, Sacsá D, et al. Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes. Lima, Perú: Promsex 2015:76 pp.
50. Faundes A, Shaw D. What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20(3):299-309.
51. Family Care International. Millenium Development Goals & Sexual and Reproductive Health. New York: FCI, 2005.