



BOLETÍN

DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

ÍNDICE

Editorial	1
¿Shakespeare o Stein? Un Aborto en El Salvador para Beatriz Alexander Sanger	
La prohibición absoluta del aborto: una disyuntiva legal y ética para la comunidad médica Ariadna Tovar Ramírez	4
Artículo Central	6
Acompañar procesos de decisión cuando el motivo de consulta es un embarazo que no se desea Helena Acosta de Hart	
Actividades destacadas en la región	11
Taller "Mejoramiento del acceso a un aborto seguro y del cuidado post-aborto"	
Reunión del grupo Técnico Asesor de Prácticas de alto impacto en Planificación Familiar	11
Próximos Eventos Académicos	12
Actividades de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos	
Tips sobre artículos	13
TIP 1, 2 y 3 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	

“Las cosas no cambian,
cambiamos nosotros”

HENRY D. THOREAU

ADVERTENCIA

Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita de ningún tipo.

Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesariamente la opinión oficial de la FLASOG.

La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable por daños y/o perjuicios derivados de su uso.

EDITORIAL

¿Shakespeare o Stein? Un Aborto en El Salvador para Beatriz

Alexander Sanger

Chair, International Planned Parenthood Council



“¿Qué hay en un nombre?
Eso que llamamos una rosa, con cualquier
otro nombre olería igual de dulce”

Romeo y Julieta, Acto II, Escena 2, de William Shakespeare.

“Rosa es una rosa es una rosa es una rosa”

Sacred Emily (Sagrada Emilia), de Gertrude Stein.

© Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos
PROMSEX

Avenida José Pardo 601, Oficina 604,
Miraflores, Lima 18, Perú.
Teléfono: (511) 447-8668
Fax: (511) 243-0460
www.promsex.org



DIRECTOR DEL BOLETIN:
Pío Iván Gómez

EDICION:
Luis Távara, Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:
Soledad Arriagada

DISEÑO y DIAGRAMACION:
Julissa Soriano

PROGRAMACION:
Miguel Céspedes



Beatriz consiguió su aborto, y su vida fue salvada. La niña-feto-bebé (usted elige) que llevaba estaba muerta antes de que se llevara a cabo el procedimiento. ¿Cuál es el nombre de un feto muerto en el útero? ¿Y cuál es el nombre para retirar este feto muerto de la madre antes de que la mate? ¿Qué hay en un nombre?

Todo.

Beatriz, una mujer Salvadoreña de 22 años, estaba embarazada de su segunda hija, la cual tenía anencefalia - una condición en la que no hay cerebro y sólo parcialmente cráneo. Beatriz además sufre de Lupus e hipertensión, y la continuación del embarazo pondría en riesgo su vida.

La niña no tenía cerebro. No tenía función cerebral. Estaba muerta.

La muerte cerebral es la muerte. Un corazón puede continuar latiendo por un tiempo después de que el cerebro deja de funcionar, pero el paciente está muerto cuando el cerebro deja de funcionar. La niña no estaba 'viva'. No había "vida" para terminar con un aborto. La naturaleza ya había hecho eso.

De acuerdo a las leyes de El Salvador, los médicos de Beatriz estaban en un gran dilema.

El nombre original de El Salvador es "Provincia de nuestro Señor Jesucristo, el Salvador del mundo", lo que indica que este país es seriamente católico desde su origen. El aborto está prohibido en El Salvador, por cualquier motivo, ni siquiera se permite para salvar la vida de la madre. La vida desde el momento de la concepción está protegida por la Constitución.

Así que Beatriz y el hospital fueron a la Corte Suprema de Justicia de El Salvador, que falló, como era previsible, que el aborto no estaba permitido, porque tenían que proteger la "vida" del feto-la cual tristemente ya no existía-y por que los problemas de salud de Beatriz estaban bajo control. El tribunal añade que los médicos podrían proceder con intervenciones si la salud de Beatriz se deterioraba hasta el punto donde el peligro era inminente.

ENTONCES, ¿QUÉ DEBE HACER UNA MUJER EN EL SALVADOR? TRATAR DE TERMINAR SUS EMBARAZOS CON HIERBAS O TÓXICOS, AGUJAS DE TEJER Y SIMILARES Y LUEGO PRESENTARSE EN EL HOSPITAL Y PEDIR ATENCIÓN, SI TODAVÍA ESTÁN VIVAS PARA PREGUNTAR.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ordenó de inmediato al gobierno de El Salvador, actuar con rapidez para proteger “la vida, integridad personal y la salud” de Beatriz. En ese momento intervino el Ministerio de Salud de El Salvador, que dictaminó que el embarazo se interrumpiera por cesárea para proteger la vida de Beatriz, quien contaba con 27 semanas de gestación, y la cesárea se realizó inmediatamente.

¿FUE ESTE UN “ABORTO”?

¿Qué hay en un nombre?

En Sudáfrica, se denomina aborto a la «interrupción del embarazo». ¿Cómo se llama lo que tuvo Beatriz: “Interrupción del embarazo”, “terminación del embarazo”, “cesárea”?

Independientemente de lo que haya tenido Beatriz, el camino para conseguirlo fue cruel, semejante a una tortura. ¿Es esto lo que una mujer debe pasar para salvar su vida y controlar su maternidad? ¿Tiene que acudir a la Corte Suprema, la Corte Interamericana y el Ministerio de Salud?

Es exactamente eso (controlar su procreación) lo que los poderes actuales de El Salvador no quieren. Este caso no cambia esto. La ley permanece. La Constitución sigue siendo la misma. Cedieron y a un aborto lo llamaron cesárea, pero el aborto y el control de la reproducción por las mujeres todavía están prohibidos en El Salvador.

Entonces, ¿qué debe hacer una mujer en El Salvador? Tratar de terminar sus embarazos con hierbas o tóxicos, agujas de tejer y similares y luego presentarse en el hospital y pedir atención, si todavía están vivas para preguntar. Eso es lo que van a hacer las mujeres, y siempre lo han hecho, cuando tienen un embarazo que no quieren o no pueden tener.

Hay un nombre para querer hacerse cargo de estas mujeres y darles el futuro que merecen. Se llama **humanitarismo**. Algún día El Salvador va a oler las rosas y la despenalización del aborto. ←

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG



- Dr. José De Gracia,
Presidente (Panamá)
presidente@flasog.org
- Dra. Sara Edith Campana,
Vice-Presidente (Panamá)
vicepresidencia@flasog.org
- Dra. Flor María Marín,
Secretaria (Nicaragua)
secretario@flasog.org
- Dra. Carmen Solórzano,
Tesorera (Nicaragua)
tesoreria@flasog.org
- Dr. Edgar Iván Ortiz,
Presidente Electo (Colombia)
ivort55@yahoo.com
- Dr. Nilson Roberto de Melo,
Ex-Presidente (Brasil)
melonr@terra.com.br
nilsonrobertomelo@gmail.com



- Director Ejecutivo
Dr. Luis Távora Orozco (Perú)
luis.tavara@gmail.com
- Director Administrativo Sede
Permanente de FLASOG
(Fundación FLASOG)
Dr. Rubén Darío Mora Reyes
(Panamá) Presidente del periodo
anterior
- Dr. Nilson Roberto de Melo (Brasil)
- Secretario del periodo anterior
Dr. Francisco Eduardo Prota (Brasil)
- Tesorero del periodo anterior
Dr. Luciano de Melo Pompei (Brasil)

**MIEMBROS DEL COMITÉ
DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS
PERIODO 2011-2014**

- Dr. Pío Iván Gómez
(Coordinador General)
pigomez@unal.edu.co
- Dr. José Figueroa
(México y Caribe)
jfigueroa@codetel.net.do
- Dra. Ruth Graciela De León
(Centroamérica)
ruthgdeleon@hotmail.com
- Dr. Rogelio Pérez De Gregorio
(Países Andinos)
rperezdgregorio@gmail.com
- Dr. Cristião Rosas
(Cono Sur)
cristiao@terra.com.br
crosas@prefeitura.sp.gov.br
- Licda. Susana Chávez
(Sociedad Civil – Perú)
susana@promdsr.org

**MIEMBROS DEL COMITÉ DE
MORTALIDAD MATERNA PERINATAL
PERIODO 2011-2014**

- Dr. José Douglas Jarquín
(Coordinador General)
jarquin@telesal.net
- Dr. Antonio Peralta
Sánchez (México y Caribe)
peraltapuebla@hotmail.com
- Dr. Jesús Octavio
Vallecillo (Centroamérica)
jvallecillo@hotmail.com
- Dr. Pedro Faneite
(Bolivariana)
faneitep@hotmail.com
- Dr. Carlos Ortega Soler
(Cono Sur)
cortega@intramed.net.ar

**MIEMBROS DEL COMITÉ
DE CÁNCER GINECOLÓGICO
PERIODO 2011-2014**

- Dr. Eugenio Suárez
(Coordinador General – Cono Sur)
eugenio.suarez@gmail.com
- Dr. Evelio Cabezas
(México y Caribe)
ecabezas@infomed.sld.cu
- Dr. César Reyes
(Centroamérica)
drcareyes@gmail.com
- Dr. Gustavo Ferreira
Delgado (Cono Sur)
drgustavoferreira@gmail.com

La prohibición absoluta del aborto: una disyuntiva legal y ética para la comunidad médica

Ariadna Tovar Ramírez

Abogada Senior de Women's Link Worldwide

a.tovar@womenslinkworldwide.org

Beatriz, una mujer salvadoreña de 22 años que padecía lupus eritomatoso sistémico y una insuficiencia renal grave, estuvo durante varias semanas en peligro de muerte porque no se le ofrecía la atención integral que necesitaba debido a que estaba embarazada y no se le podía practicar un aborto terapéutico debido a la prohibición existente en su país. Su caso muestra cómo las legislaciones que prohíben totalmente el aborto no sólo tienen un impacto real y doloroso en la vida de las mujeres y sus familias (que en esta situación particular implicaban dejar huérfana a su hija) sino que también impiden el ejercicio idóneo de la profesión médica.

En efecto, las legislaciones totalmente prohibitivas no sólo obligan a las mujeres y niñas a escoger entre perder la vida o irse a la cárcel, sino que imponen a los profesionales de la salud una disyuntiva: exponerse a una sanción penal por realizar un aborto que salvará la vida de la mujer, o enfrentar cargos de homicidio por omisión al no cumplir con los estándares de la profesión que les exigen salvar la vida de su paciente.

En casos como el de Beatriz, ¿quién es el paciente?, ¿la mujer o el ser en gestación? En una sentencia reciente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos relacionada con la prohibición de la fertilización in vitro en Costa Rica¹ como una medida para proteger la vida desde la concepción, quedó claro, para efectos jurídicos, que hasta el nacimiento, la forma de proteger efectivamente al concebido es garantizando los derechos de la mujer. Por lo tanto, en el ámbito de la salud de las mujeres embarazadas, la paciente por

¹ Costa Rica, Corte Interamericana de Derechos Humanos (2012, noviembre), Sentencias, "Sentencia Caso Artavia Murillo y otros contra Costa Rica", San José.

LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS POR PARTE DE LOS(AS) PROFESIONALES DE LA SALUD, NO PUEDE ESTAR SOMETIDA A LA INSEGURIDAD CREADA POR LAS NORMAS PROVENIENTES DEL ESTADO.

definición es la mujer y no el embrión o feto, y el Estado puede tomar medidas para proteger la vida del no nacido siempre que éstas no desconozcan los derechos de la mujer. Adicionalmente, hay que recordar que al hacer el juramento hipocrático, los profesionales de la salud se comprometen a ejercer la profesión a conciencia y a velar ante todo por la salud de su paciente, es decir, la mujer embarazada.

Frente a una paciente que puede perder la vida por el agravamiento de su estado de salud, derivado del embarazo, la labor del profesional médico -desde el punto de vista ético y legal-, es la de tomar todas las medidas para garantizarle la vida, incluyendo la interrupción del embarazo como parte del tratamiento. No hacerlo, cobijándose en la penalización absoluta del aborto, va en contra de los derechos humanos y fundamentales a la vida, a la integridad personal, a la salud y a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, reconocidos en los tratados internacionales.

Aunque la realización de un aborto permitiría salvar la vida de las mujeres que lo necesitan y proteger sus derechos, es comprensible que los médicos y las médicas se sientan atemorizados(as) ante la legislación que los amenaza con enviarlos a la cárcel si salvan la vida de su paciente con la realización de una interrupción del embarazo. Sin embargo, es importante enfatizar que al no realizar una interrupción del embarazo, el personal médico también puede incurrir en el delito de homicidio por omisión, es decir una situación en la que se le imputa el resultado (la muerte) a quien teniendo el deber de proteger a otra persona (médico) no actúa (no realiza la interrupción del embarazo que evitaría la muerte).

No obstante que en los casos en que la prohibición del aborto proviene de la misma norma penal que castiga la comisión de homicidios por omisión y, en este sentido,

existirían argumentos de defensa para profesionales de la salud, lo cierto es que éstos no deberían quedar expuestos a la carga que implica defenderse en un eventual juicio penal por la pérdida de vida de su paciente. El Estado no puede imponerle a los(as) profesionales de la salud cargas de tal magnitud que impidan la realización de su trabajo de forma idónea y que, además, los exponga a participar de una vulneración de derechos humanos y en la comisión de un delito.

Si bien la obligación de revisar la prohibición absoluta del aborto recae en el Estado, los(as) profesionales de la salud y las asociaciones médicas tienen una labor fundamental en el respaldo y promoción de una legislación menos restrictiva que les permita ejercer su labor de forma idónea de acuerdo con las normas de derechos humanos.

En el caso de Beatriz, el 29 de mayo de 2013, la Corte Interamericana, mediante medidas provisionales, requirió a El Salvador para que garantizara, de manera urgente, que el grupo médico tratante pudiera adoptar, sin interferencia alguna, las medidas médicas que consideraran oportunas y convenientes para asegurar la protección de sus derechos.

La garantía de los derechos de las mujeres embarazadas por parte de los(as) profesionales de la salud, no puede estar sometida a la inseguridad creada por las normas provenientes del Estado. El caso de Beatriz debería ser el último en que se ponga en riesgo la vida de una mujer embarazada porque no se le puede practicar un aborto, y el último en que los(as) médicos(as) deban escoger entre exponerse penalmente por practicar un aborto terapéutico o incurrir en el delito de homicidio por omisión. ←

ARTÍCULO CENTRAL

Acompañar procesos de decisión cuando el motivo de consulta es un embarazo que no se desea

Helena Acosta de Hart

Psicóloga con especialización en Terapia de pareja

Counseling Specialist Universal Access

IPPF Región de Hemisferio Occidental

Nueva York

Durante años, cuando una mujer recibía un resultado positivo de una prueba de embarazo lo que seguía para ella era la atención prenatal y la preparación para el parto. Hoy, una prueba de embarazo genera por lo menos cuatro escenarios que debe abordar un servicio de salud respetuoso de sus consultantes.

- Una prueba de embarazo puede resultar negativa y el servicio de salud debe poder ofrecer: *asesoría en anticoncepción y métodos*, si la mujer está contenta con este resultado o, *asesoría en fertilidad* si ese resultado es para ella motivo de tristeza.
- También una prueba de embarazo puede resultar positiva y el servicio de salud debe poder ofrecer: *atención prenatal y posparto* si la mujer esperaba estar embarazada y se siente feliz con este resultado... o, *asesoría en opciones* si la mujer no esperaba este resultado y la entristece.

La asesoría en opciones ante un embarazo que no se desea, contempla por lo menos tres posibilidades. La mujer puede, en el proceso de decisión acompañado, continuar el embarazo, construir un sentimiento de maternidad y aceptar criar a su hijo o hija. Puede también, en ese proceso de decisión acompañado, continuar el embarazo y dar a ese niño o niña en adopción a personas que puedan construir sentimientos de maternidad y/o paternidad. Pero también la mujer puede, en ese proceso de decisión acompañado, no continuar el embarazo. Y los servicios de salud a través de su Orientación en Opciones, deben poder ofrecer modelos de atención cuando una mujer va a interrumpir un embarazo.

Hay por lo menos tres modelos de atención posibles y que se adaptan a las diferentes restricciones legales del aborto en cada país, permitiendo disminuir el riesgo del aborto inseguro:

- **En contextos restrictivos:**

Atención post aborto (APA): En los lugares donde las mujeres no pueden tener acceso a abortos inducidos seguros, la pronta atención posaborto (APA) puede, al menos, salvar sus vidas y permitirles oportunidades para prevenir embarazos no deseados en el futuro mediante asesoría y servicios anticonceptivos. La Orientadora que conoce el problema del embarazo no deseado entiende que APA es una respuesta esencial al problema de salud pública que el aborto inseguro representa. Los tres componentes principales del modelo son:

- Tratamiento rápido de las complicaciones derivadas de abortos inseguros (o espontáneos) que amenazan potencialmente la vida utilizando aspiración manual endouterina (AMEU) u otros métodos preferidos.
- Asesoría y métodos anticonceptivos para ayudar a que las mujeres logren sus intenciones reproductivas y se evite la repetición de los abortos.
- Ofrecimiento de otros servicios de salud reproductiva que requieran las mujeres que experimenten complicaciones derivadas de abortos. *(Tomado de Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe. Investigando, Aplicando y expandiendo. Por Deborah L. Billings y Ricardo Vernon, 2007).*

Y, Reducción de Riesgos y Daños (RRD)

La Orientación mostrará cómo los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos. La orientación debe llevar estos derechos al campo de la práctica concreta haciéndolos efectivos explorando:

- el derecho a la información –conocimientos necesarios para tomar decisiones informadas-,
- el derecho a la salud –el más alto nivel posible de salud que permita vivir dignamente- y

- el ejercicio de la autonomía – la capacidad de las mujeres de tomar decisiones responsables sobre sus propias vidas-.

Los derechos a la salud y a la información son la base del modelo de Reducción de Riesgos y Daños y permite salvar la vida de las mujeres que al enfrentar un embarazo no deseado, buscan no continuarlo.

Derechos a saber, a la salud y a la autonomía son los desencadenantes de la orientación que basa su intervención en la reducción de riesgos y daños.

Basados en estos derechos, si una mujer busca información directa para interrumpir un embarazo, no dar la información científica al respecto, desconocería los derechos de esa mujer a la información y a la protección de su salud. *(Tomado de “Un modelo basado en derechos: perspectivas desde los servicios de salud” Giselle Carino, Carmen Barroso, Victoria Ward, 2008)*

- **En contextos no restrictivos o semirestrictivos: Interrupción legal del embarazo (ILE).**

Causal Salud (CS).

La Causal Salud es una de las excepciones legales para la interrupción del embarazo que muchos países –en América Latina y el Caribe- contemplan en sus legislaciones. Se refiere a la posibilidad de interrumpir legalmente el embarazo cuando éste pone en riesgo la salud de la mujer. La interpretación amplia e integral de la Causal es perentoria para quien orienta, pues al ser parte del equipo de salud está obligada/o a evitar riesgo para la salud de la consultante.

Quien orienta tendrá que explicar a la mujer que la ley la protege si ella interrumpe el embarazo para no poner en riesgo su salud mental, por ejemplo: una violación, la existencia de malformaciones fetales graves, la angustia derivada de circunstancias sociales y económicas adversas entre otras, pueden afectar la salud de las mujeres física y mentalmente. El dolor psicológico o el sufrimiento mental son amenaza a la salud de la mujer y por esto la Causal Salud los incluye dentro de su alcance. *(Tomado de Causal Salud, Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos, 2008)*

EL SECTOR SALUD ES GENERALMENTE AQUEL CON EL CUAL LAS MUJERES TIENEN ACCESO POR PRIMERA VEZ LUEGO DE UN EVENTO DE VIOLENCIA SEXUAL O SI NO ES UNA SOLICITUD DIRECTA, ES EN EL ESPACIO DE SALUD DONDE EL PRESTADOR DE SERVICIOS PUEDE DETECTAR LA VIOLENCIA Y BRINDAR LOS PRIMEROS Y MÁS IMPORTANTES NIVELES DE ATENCIÓN.

Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

La Interrupción Legal del Embarazo que existe en algunos países de América Latina y el Caribe permite a quien orienta explicar a una mujer que va a interrumpir un embarazo que no desea, que la ley la protege su motivo de consulta.

Y será un elemento siempre a tener en cuenta, la anticoncepción posterior a cualquier decisión posterior a la vivencia de un embarazo no deseado: la Anticoncepción: para reducir la necesidad!!

Se debe proporcionar a la mujer información sobre anticoncepción, incluyendo anticoncepción de emergencia, para que elija el método adecuado para ella. La mujer debe recibir información sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, destacando la importancia de usar anticonceptivos inmediatamente después del aborto pues la recuperación de la fertilidad es muy rápida.

Pero, también pretende esta consulta, prevenir VIH y otras ITS, prevención o intervención por Violencia Basada en Género.

De esta manera la Orientación en Opciones al Embarazo No Deseado, permite a los servicios de salud mantener en su radar a las mujeres embarazadas de más alto riesgo. Si el servicio de salud no considera que esa mujer que no desea el embarazo es también su responsabilidad, la expone al riesgo de un aborto inseguro.

¿CÓMO ACOMPAÑAR PROCESOS DE DECISIÓN CUANDO EL MOTIVO DE CONSULTA ES UN EMBARAZO QUE NO SE DESEA?

Una Orientación en Opciones, busca identificar y dar respuesta al Motivo de Consulta que trae la consultante. Es la Intervención que proporciona condiciones necesarias para tomar decisiones sexuales y/o reproductivas. Es un proceso de comunicación, una reflexión estructurada que propone la Orientadora a quien consulta con necesidades que afectan o pueden afectar de manera importante su vida.

Se pretende en ese proceso propiciar un doble movimiento: generar coherencia *interna* en quien consulta (con sus creencias, sus experiencias, sus emociones) y generar consonancia con los determinantes *externos* (su idea de maternidad, de pareja, de familia, de sociedad). Busca esa intervención, que las decisiones que se tomen sean *posibles de ser vividas* (que en el futuro se recuerden como parte de su propia vida) por quien consulta. Decisiones que quepan en su Historia de Vida, en esa narración que la persona tiene de lo que le ha pasado en su vida y, se las pueda contar a sí misma/o y sentir –de manera tranquila- que fue adecuado lo que decidió.

Pero también busca dimensionar las decisiones que en SSR se están tomando. Entender que hay decisiones que tienen un nivel personal, individual, pero también social, cultural.



Asuntos como enfrentar un Embarazo no deseado, aceptar el propio gusto sexual, o denunciar la Violencia Doméstica, tienen un plano personal pero tienen también una dimensión social importante en la medida en que aunque atañe a quien está consultando también involucra a la sociedad y a la capacidad de tomar decisiones que se tiene en esa sociedad.

Es una intervención que se mueve en dos planos: el *concreto* de la persona que presenta necesidades y que llega al servicio de salud buscando asesoría y el del *contexto* social en el que esta solicitud se hace. **No es aconsejar. No es modelar. No es utilizar la experiencia personal como ejemplo. No es juzgar. No es una conferencia, aunque sea un proceso educativo. No es una charla, aunque busque la Empatía. No es terapia, aunque tenga efectos terapéuticos. No es un guión, aunque tenga estructura. No es un modelo.**

Es un acompañamiento que proporciona las condiciones de información y de reflexión necesarias para tomar decisiones en SSR y propiciar elementos de prevención para evitar que se repitan.

La Orientación implica la Empatía: Ese “**sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. La Empatía consiste en ser capaz de ponerse en la situación de los demás**”. Supone más que la amabilidad o del tono de voz suave... implica compromiso humano, capacidad de solidaridad y contacto. Sentir Empatía es condición necesaria para que se desencadene el proceso de Orientación.

La Orientación propone un Encuadre: Es la presentación que hacemos de la sesión que hemos preparado, a las (o los) usuarias(os). Consideramos respetuoso decirle

a quien vamos a atender **en qué consiste** la atención; **qué puede esperar** de la intervención y **qué no** estamos en condiciones de abordar en esta sesión; **cuánto tiempo** puede tomar esta sesión y, **del derecho que la asiste** para preguntar y aclarar, y así estar profunda y conscientemente informada basada en la última evidencia científica disponible. Y la garantía explícita de privacidad y confidencialidad. Un encuadre –aunque su nombre es un tanto rígido– pretende **acordar**, hacer explícitos tanto los **posibles como las limitaciones** de lo que estamos proponiendo. Es pues un *acuerdo*, que se propone a una mujer, a una pareja o a un grupo de consultantes.

La Orientación responde a los Motivos de Consulta: Sabemos que el Embarazo No Deseado tiene unas magnitudes sociales enormes. Es una situación que le sucede a muchas personas... de los 80 millones de embarazos no planeados, no se continúan 46 millones. De manera ilegal se interrumpen 19 millones. En jóvenes entre los 15 y 19 años, son 4 millones de abortos. (Datos de la OMS).

Es una problemática global que está asociada a la pobreza y a las desigualdades en salud, en educación. Es una situación vivida por cada una de nuestras consultantes pero que se expresa en ellas de manera individual. Nuestras intervenciones tendrán que tener en cuenta los datos **pero no** para hacer intervenciones homogéneas, llenas de sitios comunes... sino para lograr respetar las diferencias y buscar la atención que permita a esa persona expresar su manera individual de vivir esta dificultad. El riesgo de los datos es el que paradójicamente estos oculten lo que vive cada persona y se nos borren las diferencias.

La Orientación elige Herramientas de Intervención: escuchar activamente las emociones asociadas a la información, creer en la mujer que tenemos enfrente, son condiciones para lograr llegar a decisiones informadas que sean posibles de vivir para quien consulta. Por esto hay que ser cuidadosos en la manera en que se interviene, la forma en que se pregunta, el cómo que se indaga.

Es diferente decir:

“Cuéntame: ¿qué te lleva a pensar en no continuar este embarazo?”

Pues es una pregunta que permite mantenerse en el proceso de lo que se está decidiendo, y que busca versiones, ideas que tiene la persona que consulta. Abre, no cierra.

A decir:

¿Por qué va a interrumpir este embarazo?

Pues es una afirmación que da por hecho una decisión y pone a quien es indagado en condición de sustentar su caso.

Es diferente decir:

¿“Cómo te sientes frente a la decisión de interrumpir un embarazo?”

Pues se está buscando reflexionar sobre las emociones que aparecen y acompañan un evento posible.

A decir:

¿Ya pensó bien esta decisión?

Pues las respuestas posibles se limitan a “sí” o “no” y traducen la idea de que es responsabilidad de quien consulta traer la decisión definida.

No son preguntas de “sí o no”, son preguntas que quieren abrir escenarios para aclarar, profundizar y entender lo que se está viviendo. Una Intervención no pretende que quien está orientando aclare “un listado”

con su consultante. Pretende que quien consulta sienta la ayuda dirigida a la comprensión de su situación: las conexiones con su relación de pareja, las situaciones de violencia en la convivencia, los valores o temores religiosos, los conceptos de familia, de maternidad, de lo femenino...

- La Orientación propicia decisiones: La intervención debe producir claridad y definición en quien consulta. Algo tiene que moverse a partir del momento en que una persona consulta y la intervención se cierra. Y debe producir decisiones... revisar con más elementos lo que se está viviendo, involucrar a personas pertinentes o hacer opciones finales.

La orientación busca que la mujer que enfrenta un embarazo no deseado, tenga cobertura completa a su motivo de consulta. Busca protegerla de riesgos como el aborto inseguro y sus secuelas, la maternidad y el hijo no deseados, y busca prevenir que tenga que vivir situaciones inesperadas e indeseadas en el futuro. ←

**LA ORIENTACIÓN ELIGE
HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN:
ESCUCHAR ACTIVAMENTE LAS
EMOCIONES ASOCIADAS A LA
INFORMACIÓN, CREER EN LA
MUJER QUE TENEMOS ENFRENTÉ,
SON CONDICIONES PARA LOGRAR
LLEGAR A DECISIONES INFORMADAS
QUE SEAN POSIBLES DE VIVIR
PARA QUIEN CONSULTA. POR ESTO
HAY QUE SER CUIDADOSOS EN LA
MANERA EN QUE SE INTERVIENE, LA
FORMA EN QUE SE PREGUNTA, EL
CÓMO QUE SE INDAGA.**

ACTIVIDADES DESTACADAS EN LA REGIÓN

Taller “Mejoramiento del acceso a un aborto seguro y del cuidado post-aborto”

Los días 17 y 18 de junio de 2013 en la ciudad de Cartagena, Colombia, se realizó el taller: **“Mejoramiento del acceso a un aborto seguro y del cuidado post-aborto”**, organizado por la OMS, FUNDARED-MATERNA, OHSU, IPAS y con el apoyo de FECOLSOG, IPPF/RHO y FLASOG.

Tuvo como tema central el aborto médico y el manejo post-aborto con misoprostol. El objetivo principal fue discutir estrategias efectivas para incrementar el conocimiento de proveedores de salud, pacientes y sus familias acerca del uso correcto del manejo médico y específicamente con misoprostol, en donde el acceso al aborto seguro y legal es limitado. Se diseminó en este evento la Guía de OMS, 2012 para aborto seguro.

Participaron profesionales de la región en medicina, farmacia, administración hospitalaria, líderes comunitarios, legisladores, salubristas públicos, representantes de Ministerios de salud y servicios de salud, investigadores, líderes de organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud sexual y reproductiva.

Como resultado se generaron propuestas de intervenciones para el mejoramiento de los servicios de aborto seguro en Colombia y en la Región e identificaron prioridades en investigación y en políticas de salud. ←

Reunión del grupo Técnico Asesor de Prácticas de alto impacto en Planificación Familiar

REALIZADO EN LAS OFICINAS DE UNFPA, NUEVA YORK, JUNIO 6 Y 7 DE 2013.

Este evento fue organizado por OMS, UNFPA, IPPF/RHO, USAID. Por Latinoamérica y El Caribe asistió Pío Iván Gómez.

Las Prácticas de alto impacto en Planificación Familiar son prácticas que cuando pueden ampliarse e institucionalizarse, maximizan las inversiones en una

estrategia global de la planificación familiar. Identificadas por personas expertas internacionales en salud sexual y reproductiva, las prácticas de alto impacto ayudan a los programas de planificación familiar a enfocar sus recursos y esfuerzos para asegurarse de que tengan un mayor alcance e impacto. Mayor información en <http://www.fphighimpactpractices.org/hip-briefs>. ←

PRÓXIMOS EVENTOS ACADÉMICOS

→ XL CONGRESO NACIONAL - UNA NUEVA ERA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Guatemala, (Guatemala) del 15 al 19 de julio de 2013

→ CONGRESO INTERNACIONAL DE ENDOSCOPIA GINECOLOGICA.

Lima, (Perú) del 17 al 20 de julio de 2013

→ PRIMERA REUNIÓN DE LA CONFERENCIA REGIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

Montevideo, (Uruguay) 12 y el 15 de agosto de 2013

→ 70. CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS MEXICANOS.

Distrito Federal, (México) del 21 al 23 de agosto de 2013

→ XI CONGRESO ARGENTINO E INTERNACIONAL DE MASTOLOGÍA.

Buenos Aires, (Argentina) del 25 al 27 de agosto de 2013

→ V CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

7MO CONGRESO ARGENTINO DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Buenos Aires, (Argentina) del 28 al 30 de agosto de 2013

→ XVI CONGRESO PERUANO DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y I CONGRESO LATINOAMERICANO DE ISMAAR

Lima, (Perú), 5-7 de Setiembre 2013

→ V CONFERENCIA INTERAMERICANA DE ONCOLOGÍA: "ESTADO ACTUAL Y FUTURO DE LAS TERAPIAS ANTINEOPLÁSICAS DIRIGIDAS.

Buenos Aires, (Argentina) del 10 al 11 de octubre de 2013

→ 64° CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Ciudad de México, 27 al 31 de Octubre de 2013. www.comego.org.mx/congreso

→ VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PATOLOGÍA DEL TRACTO INFERIOR Y COLPOSCOPIA.

Buenos Aires, (Argentina) del 13 al 15 de noviembre de 2013



Actividades de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

→ Edición del Boletín de FLASOG.

Con el patrocinio de UNFPA/LACRO, la Dirección del Boletín y el equipo de edición vienen cumpliendo con esta actividad, y este es el Boletín N° 3 del presente año.

→ Reunión Preliminar para la realización del Foro-Taller sobre el Centro Nacional de Capacitación en SSyR, Ecuador.

Con el patrocinio de UNFPA/LACRO y el apoyo de la Dirección Ejecutiva de FLASOG se llevó a cabo esta reunión preliminar el 31 de Mayo en las oficinas de UNFPA/Ecuador con la asistencia de representantes del Ministerio

de Salud Pública de Ecuador, de la FESGO, de representantes de dos Facultades de Medicina, representantes de UNFPA/Ecuador y el Director Ejecutivo de FLASOG. Se discutió el grado de avance en el proceso de creación y de común acuerdo se decidió llevar a cabo el Foro-Taller Nacional para presentar los avances y determinar el inicio

de las actividades del Centro Nacional.

→ **Reunión del Comité de derechos Sexuales y Reproductivos de FIGO.**

Llevado a cabo en la ciudad de Londres el 3 y 4 de junio de 2013. Sirvió como anfitrión el Departamento de Obstetricia y Ginecología del St Mary's Hospital. Asistieron: Lesley Regan (Reino Unido), coordinadora del Comité, Diane Magrane (EEUU), Stephen Munjanja (Zimbabwe), Pak Chung Ho (Hong Kong), Adriana Lamađková (Alemania), Christina Zampas (Suiza), Jantine Jacobi (Suiza), Pio Ivan Gomez (Colombia).

→ **Foro-Taller Regional "Argumentos para la comunicación y abogacía de la Anticoncepción de Emergencia".**

Con ocasión del XV Congreso de Ginecología y Obstetricia organizado por la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Costa Rica, la Dirección Ejecutiva de FLASOG conjuntamente con la Presidenta del Congreso de Ginecología y Obstetricia de Costa Rica y la coordinadora del Comité de DSyR de ese país, organizaron este Foro-Taller en la ciudad de San José el día 18 de Junio, en el auditorio del Hotel Real Intercontinental. Asistió a este evento la Vice-Presidenta del Comité Ejecutivo de FLASOG, la Presidenta de la Asociación

de Ginecología y Obstetricia de Costa Rica, el Presidente de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, la Defensora de los Habitantes, Costa Rica, la representante del Poder Judicial, el Decano del Colegio de Médicos de Costa Rica, el Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de Costa Rica, representantes de UNFPA/Costa Rica, representantes de la Caja del Seguro Social de Costa Rica, el Director Ejecutivo de FLASOG, los coordinadores regionales del Comité de DSyR de FLASOG, profesionales abogados, enfermeras, representantes de los Comités de DSyR de 11 países de América Latina y representantes de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Costa Rica. ←

TIPS SOBRE ARTÍCULOS

Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)

TIP 1

Los niveles de hormonas antimullerianas disminuyen en mujeres que usan anticonceptivos combinados independiente de la vía de administración

Antimullerian hormone levels decrease in women using combined contraception independently of administration route

Sanna Kallio, Johanna Puurunen, Aimo Ruokonen, Tommi Vaskivuo, Terhi Piltonen and Juha Tapanainen. *Fertility and Sterility* Vol 99, Nº 5, Abril 2013.

→ **Introducción:**

El efecto anticonceptivo del Tratamiento Hormonal Combinado (THC) se basa en la inhibición de la secreción hipofisaria de gonadotropinas que conlleva una disminución de la actividad ovárica

(crecimiento folicular y ovulación). Es controvertida la repercusión del THC, en sus diferentes vías de administración, sobre la secreción de ésta hormona y por tanto sobre el desarrollo folicular.

→ **Objetivo:**

Comparar los efectos, entre las diferentes vías de administración del THC (oral continuo, transdérmico y vaginal) sobre el eje hipófisis-ovario y la inhibición del crecimiento folicular.

→ **Diseño:**

Estudio randomizado prospectivo en el Hospital Universitario de Oulu, Finlandia, entre Septiembre 2008 y Diciembre 2010. Las variables objeto de estudio fueron los niveles hormonales plasmáticos (AMH, FSH, LH, E2 e Inhibina B) en relación al uso de anticonceptivos hormonales combinados. Se reclutaron un total de 54 mujeres (edad 20-33 años e IMC 17,9-26,4Kg/m²) con ciclos menstruales regulares. Criterios de exclusión: fumar, abuso de alcohol, lactancia, patología útero-anexial ecográfica y las contraindicaciones propias del THC. Las

mujeres fueron randomizadas en tres grupos, que correspondían a las diferentes vías de administración (oral continua -20µg EE y 150µg desogestrel-, transdérmica -20µg EE y 150µg norelgestromin- y vaginal -15µg EE y 120µg etonogestrel-). Se recogieron las muestras sanguíneas, basal entre los días 2 y 4 del ciclo, previo al inicio del tratamiento, y a posteriori, en la semana 5 y semana 9. Se excluyeron 12 mujeres durante la realización del estudio.

→ **Resultados**

Se constata una disminución, estadísticamente significativa ($p < 0,05$), de los niveles plasmáticos de FSH, LH, E2, Inhibina B y AMH basales respecto a la determinación de los mismos en la semana 9. En la semana 5, a diferencia del resto de parámetros objeto de estudio, el descenso de los niveles de AMH no fue estadísticamente significativo, en ninguno de los 3 grupos. Al comparar las tres diferentes vías de administración, se observa que los niveles de FSH, en la semana 9, son más altos en las usuarias del anillo vaginal en comparación con las que usan parche transdérmico.

→ Conclusión:

La disminución de los niveles de AMH en suero durante el uso de todos los anticonceptivos combinados indica que la foliculogénesis es inhibida independientemente de la vía de administración.

→ Comentarios:

La importancia de este trabajo radica en que es el primer estudio en el

cual los efectos del uso continuo de anticonceptivos orales, anticonceptivos combinados transdérmica y vía vaginal, son comparados con los niveles de AMH en suero. El estudio demuestra que el uso de THC, detiene la foliculogénesis, independientemente de la vía de administración. Los datos demuestran que el uso de anticonceptivos combinados en la detención de foliculogénesis independientemente

de la vía de administración, los niveles de AMH disminuyeron en suero progresivamente en todos los grupos de estudio, eran aproximadamente un 50% menor después de 9 semanas de anticoncepción respecto al valor basal, hubo también una disminución significativa de inhibina B, E2, FSH, y los niveles de LH en los tres grupos de estudio tan pronto como a las 5 semanas de tratamiento.

TIP 2**Prevención de dolor post-laparoscópico en hombro y abdomen superior****Prevention of postlaparoscopic shoulder and upper abdominal pain**

Hsiao-Wen Tsai, Peng-Hui Wang, Ming-Shyen Yen, Kuan-Chong Chao, Teh-Fu Hsu and Yi-Jen Chen. *Obstetrics and Gynecology* Vol. 121, No 3, Marzo 2013.

→ Objetivo:

Estimar la eficacia de una intervención combinada de manejo del reclutamiento pulmonar e infusión intraperitoneal de suero salino para reducir el dolor abdominal alto y el dolor de hombro tras cirugía laparoscópica.

→ Material y métodos:

Es un ensayo clínico controlado. Se realizó la randomización de pacientes: en el grupo de la intervención combinada (manejo del reclutamiento pulmonar e irrigación de suero salino) un total de 50 pacientes y el grupo control otras 50. Los criterios de inclusión fueron: mujeres entre 20 y 65 años, ASA I o II, sometidas a cirugía laparoscópica por patología ginecológica benigna (histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, miomectomía y cistectomía). Se excluyeron pacientes con enfermedades malignas. Realizaron las intervenciones 2 cirujanos experimentados y realizaron los test postoperatorios 2 investigadores independientes. Las laparoscopias se realizaron con 4 puertos. Entrada en cavidad con aguja de Veress umbilical. Como medio de distensión se usó CO₂ a presión de 15 mmHg y flujo de 2 l/min para crear el neumoperitoneo. En el grupo control se llevó a cabo la exsuflación de CO₂

a través de los puertos de entrada al final de la cirugía. En el grupo de intervención se llenó la parte superior de la cavidad abdominal horizontal y bilateralmente con suero salino isotónico (15-20 ml/kg). El suero salino facilita la disipación de CO₂ como un sistema de defensa fisiológico. Cuando las pacientes están todavía en posición de Trendelenburg el anestesista realiza 5 insuflaciones pulmonares con una presión máxima de 60 cm H₂O. Durante el proceso el cirujano deja los puertos abiertos para que se escape el CO₂. El manejo del reclutamiento pulmonar se lleva a cabo usando presión positiva en la ventilación para insuflar los pulmones y descender el diafragma lo que aumenta la presión intraperitoneal mecánicamente y ayuda a eliminar el CO₂ de la cavidad abdominal. El dolor postoperatorio se trató con meperidina intravenosa a demanda durante 48 horas, no se pautan AINES. El objetivo principal de este estudio es evaluar el dolor, para ello se utiliza una escala visual analógica a las 12, 24 y 48 horas postoperatorias. Se valoran tres tipos de dolor: dolor abdominal alto, dolor de hombro y dolor quirúrgico (dolor inserción de los trócares o dolor visceral). Objetivos secundarios del estudio son comparar entre ambos grupos la distensión abdominal, aparición de náuseas o vómitos, dosis total postoperatoria de meperidina en las primeras 48 horas, estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico y pérdidas hemáticas estimadas.

→ Resultados:

La incidencia de dolor en el hombro post-laparoscopia fue menor en el grupo de la intervención que en el control tanto a las 12, 24 y 48 horas; concretamente 54%, 46% y 30% respectivamente en el grupo de intervención frente a 72%, 70% y 50%

en el grupo control (P= .008, P= .001; P=.004). El número de pacientes que se necesitarían tratar para reducir la incidencia de dolor en el hombro es 6 a las 12 horas, 5 a las 24 horas y 5 a las 48 horas. La incidencia de dolor en la parte alta del abdomen fue menor en el grupo de la intervención (78%, 72% y 58%) que en el control (92%, 90% y 70% respectivamente). El número de pacientes que necesitaríamos tratar para beneficiarse de las maniobras, es de 8 a las 12 horas y 6 a las 24 horas.

→ Conclusión:

La intervención combinada de manejo de reclutamiento pulmonar e infusión intraperitoneal de suero salino es fácil de implementar en la práctica clínica diaria y reduce significativamente el dolor de hombro y en la parte alta del abdomen en aquellas pacientes que se someten a una cirugía ginecológica laparoscópica.

→ Comentarios:

Las cirugías laparoscópicas son cada vez más atractivas debido a una pronta recuperación; sin embargo, el dolor en el hombro y dolor superior abdominal pueden causar más molestias para la paciente que en el sitio operatorio. La incidencia del dolor de hombro varía de 35-80 %. Resulta que el dióxido de carbono residual (CO₂) es atrapado después de la cirugía laparoscópica entre el hígado y el diafragma, posteriormente induce irritación del nervio frénico, en consecuencia, conduce a dolor del hombro y abdomen superior. Muchas estrategias se han intentado, tales como el uso de antiinflamatorios no esteroideos, sin embargo, el efecto es limitado, y no existen métodos fiables. Este trabajo ofrece una alternativa valedera que vale la pena implementar y evaluar.

TIP 3**Tendencias en el uso de una malla quirúrgica para el prolapso de órganos pélvicos****Trends in use of surgical mesh for pelvic organ prolapse**

Michele Jonsson, Autumn L. Edenfield, Virginia Pate, Anthony G. Visco, Alison C. Weidner, Jennifer M Wu. Am J Obstet Gynecol; 208:79.e1-7. 2013

→ Objetivo:

Examinar las tendencias en los procedimientos con malla vaginal (MV), sacrocolpexia abdominal (SCA) y sacrocolpexia mínimamente invasiva (SCMI) desde 2005 a 2010.

→ Material y métodos:

Estudio poblacional en el que se incluyeron todas las mujeres estadounidenses de 18 años o más entre el período 2005-2010. Se utilizaron los códigos de terminología del procedimiento (CTP) para identificar cualquier cirugía de malla para el tratamiento de POP. Los procedimientos MV incluyen todas las cirugías de prolapso vaginal en las que se colocó malla, ya sea en el compartimiento anterior, apical o posterior. Se estimaron las tasas por 100.000 personas/año (pa) y con un intervalo de confianza del 95%.

→ Resultados:

Desde 2005 a 2010, las mujeres de 18 años o más contribuyeron a un total de 78,5 millones personas/año. Se realizaron 60.152 cirugías con malla por

POP, correspondiente a una tasa global de 76 por 100.000 pa (IC 95% 73,6-78,5). En conjunto, MV comprendió el 74,9% de estas cirugías para una tasa global de 56,9 por 100.000 pa (IC 95% 55-58,9). Las tasas de SCA y SCMI fueron considerablemente inferiores, 12 por 100.000 pa (IC 95% 11,6-12,5) y 9,5 por 100.00 pa (IC 95% 9,2-9,9) respectivamente. En cuanto a la tendencia en el número total de procedimientos con malla para POP, hubo un incremento estadísticamente significativo desde 53,5 por 100.00 pa (IC 95% 49,4-57,9) en 2005, a 83,7 por 100.00 pa (IC 95% 77,3-90,5) en 2010 ($p < 0.0001$). También hubo un incremento significativo en la cirugía MV de 36,7 a 60,8 por 100.00pa ($p < 0.0001$). Si ajustamos por edad, MV fue la cirugía con tasas superiores a SCA y SCMI en todas las edades. La tasa específica por edad en MV fue superior en mujeres de 70-79 años mientras que las tasas de SCA y SCMI fueron superiores en mujeres entre 60-69 años.

→ Conclusión:

En el periodo 2005 a 2010, la tasa de cirugía con malla para POP se ha incrementado, a expensas del incremento de cirugía vaginal. Por otro lado, la tasa de SCA disminuyó durante este período, mientras que la tasa de SCMI aumentó. Debido a la limitación en los códigos CTP, no somos capaces de distinguir entre sacrocolpexia asistida por laparoscopia y robótica. Estas altas tasas de cirugía vaginal con malla, alertan la importancia de las potenciales complicaciones graves que pueden darse lugar siendo necesario más estudios para evaluar la seguridad de éstas técnicas quirúrgicas.

→ Comentarios:

Como toda medicina moderna, frecuentemente observamos la aparición de nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos; muchas veces son aceptados con mucho entusiasmo sin ser evaluados en profundidad en sus secuelas o efectos secundarios. El uso de las mallas está viviendo ese período evaluatorio. El reciente comunicado de la Food and Drug Administration (FDA) en relación a la colocación de mallas vaginales para el tratamiento del prolapso de órganos pelvianos (POP), alerta sobre la morbilidad asociada al manejo quirúrgico de ésta patología altamente prevalente tal como la exposición de la malla, la erosión y la contractura juntamente con la sintomatología acompañante. En el 2010, 300.000 mujeres estadounidenses recibieron cirugía de POP, de las cuales un tercio utilizó malla y de éstas, en tres cuartas partes se realizó cirugía vaginal. Con toda seguridad muy pronto vamos a tener publicaciones meta analíticas que nos van a dar una mayor visión de la real utilidad de estos métodos que se han implementado ampliamente en el mundo ginecológico.

**ASOCIADOS FLASOG**

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAÍTÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org



La Dirección Ejecutiva de FLASOG deja expresa constancia de su agradecimiento a UNFPA/LACRO por el apoyo técnico y financiero recibido.

Las opiniones vertidas en este documento no, necesariamente, reflejan el punto de vista del Fondo de Población de Naciones Unidas.