REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS

TEMAS DE SALUD reproductiva

Número 5 2009

Mortalidad y morbilidad materna: gestación más segura para las mujeres

REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS
TEMAS DE
SALUD
reproductiva
Número 5 2009

Mortalidad y morbilidad materna: gestación más segura para las mujeres

© Reproductive Health Matters. Todo los derechos reservados.

REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS
TEMAS DE
SALUD reproductiva

Número 5 **2009**

RHM en Español, Número 5
Los artículos de estas edición han sido seleccionados de
Volume 15 Number 29 May 2007
Volume 15 Number 30 November 2007
Volume 15 Number 29 Supplement May 2007

Comité Editorial:
Ruth Iguiñiz, Nancy Palomino, Mariella Sala

Traducción: Rossana Vargas

Editora:
Marcela Robles

Coordinación:
Marcela Robles

Impresión:
TAREA Asociación Gráfica Educativa

Foto de carátula:
Ami Vitale / Panos Picture

Esta edición en español es financiada por RHM

RHM es una institución benéfica registrada
en Inglaterra y Gales, No. 1040450
Limited Company Registered
No. 2959883 (England)
ISSN 0968-8080

Edición en español publicada por:
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración
Av. Honorio Delgado 430, Lima 31, Perú
T: (51-1) 3190041 – F: (51-1) 3819072
Correo electrónico: sprhm@upch.edu.pe
Página Web: www.diassere.org.pe
Depósito legal No 2004-0393
Lima, mayo 2009
1,000 ejemplares

OFICINA EDITORIAL RHM:
Reproductive Health Matters
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NWS 1 TL, UK
Tel: (44-20) 72676567
Tel: (44-20) 72672551

RHM está indexada en:
Medline
PubMed
Current Contents
Popline
EMBASE
Social Sciences Citation Index

Presentación de artículos:
Marge Berer, editora
Correo electrónico:
RHMjournal@compuserve.com
Lineamientos y pautas disponibles en:
<www.rhmjournal.org.uk>

Otra correspondencia a:
Pathika Martin
Correo electrónico:
pmartin@rhmjournal.org.uk

RHM es parte de la base de datos en internet Elsevier
Reproductive and Women's Health:
<www.rhm-elsevier.com>

Para ser incluido en la lista de envíos u obtener copias adicionales de este número, contáctese con:
sprhm@upch.edu.pe

© Reproductive Health Matters. Todo los derechos reservados.

Contenido

5 Presentacion

Editorial

7 *Marge Berer* — Mortalidad y morbilidad materna: ¿la gestación se ha vuelto más segura para las mujeres?

Artículos

14 *Iqbal H Shah, Lale Say* — Mortalidad materna y atención materna de 1990 a 2005: logros desiguales pero importantes

24 *Loveday Penn-Kekana, Barbara McPake, Justin Parkhurst* — Cómo mejorar la salud materna: lograr que suceda lo que funciona

33 *Jose Guilherme Cecatti, Joao Paulo Souza, Mary Angela Parpinelli, Maria Helena de Sousa, Eliana Amaral* — Investigación sobre morbilidad materna severa y casos que casi conducen a la muerte en Brasil: lo que hemos aprendido

41 *Karin Elebro, Mattias Rööst, Kontie Moussa, Sara Johnsdotter, Birgitta Essén* — Muertes maternas mal clasificadas en inmigrantes de África oriental en Suecia

50 *Bonnie L Shepard, Lidia Casas Becerra* — Políticas y prácticas del aborto en Chile: ambigüedades y dilemas

58 *Belén Cambronero-Saiz, María Teresa Ruiz Cantero, Carmen Vives-Cases, Mercedes Carrasco Portiño* — El aborto en la España democrática: la agenda política parlamentaria 1979–2004

69 *Aníbal Faúndes, Luis Távara, Vivian Brache, Frank Alvarez* — La anticoncepción de emergencia es atacada en América Latina: la respuesta del sistema médico y la sociedad civil

77 *Prefacio de Rebecca J Cook* — Extractos del fallo del tribunal constitucional que liberalizó el aborto en Colombia

80 *Tine Gammeltoft, Hanh Thi Thuý Nguyen* — La mercantilización de la ecografía obstétrica en Hanoi, Vietnam

88 *My Huong Nguyen, Tine Gammeltoft, Vibeke Rasch* — Análisis situacional de la calidad de atención del aborto en el hospital principal de maternidad en Hai Phong, Vietnam

98 *Aluisio Cotrim Segurado, Vera Paiva* — Los derechos a la salud sexual y reproductiva de las personas VIH positivas: paternidad y maternidad

116 *Peter Aggleton* — ¿"Sólo un pedacito"?: la historia social de la circuncisión masculina

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

PRESENTACIÓN

La mortalidad materna evitable es uno de los indicadores más sensibles de la injusticia social y de género en el mundo. Las muertes maternas develan la cadena de situaciones que vulneran los derechos de las mujeres, que van desde las condiciones para el ejercicio de su autonomía sexual y reproductiva, así como su derecho al acceso de información y servicios de calidad para garantizar la maternidad voluntaria, la gestación, el parto y postparto.

Los estudios y análisis sobre la mortalidad materna han demostrado la influencia de los factores biológicos, individuales, sociales, de género y comunitarios que subyacen a esta tragedia en los distintos contextos socioculturales. La falta de poder de las mujeres para tomar sus propias decisiones, los múltiples embarazos, la nutrición inadecuada, la situación de pobreza en el hogar, las limitaciones en el acceso a servicios de salud de calidad, la poca preocupación del entorno sobre la salud de las mujeres, la falta de autonomía para disponer de recursos, los embarazos no deseados, las barreras para el acceso a opciones anticonceptivas adecuadas, los abortos en condiciones inseguras, la penalización de las mujeres que recurren al aborto, el desencuentro cultural entre las comunidades y los servicios de salud configuran el entramado causal de la mortalidad materna.

A pesar de que se han desarrollado iniciativas internacionales y políticas nacionales para la prevención de la misma, el avance ha sido desigual e insuficiente. Así, en este número, H. Shah y Lale Say, de la Organización Mundial de la Salud muestran las grandes diferencias entre los patrones de morbimortalidad materna entre países desarrollados y los países en desarrollo, y lo lejos que todavía están una buena parte de los países del mundo de cumplir las metas del milenio de reducir en un 75% la mortalidad materna. La necesidad de un mayor compromiso mundial con la prevención a fin de evitar estas muertes es sustentada por Marge Berer, quien hace un llamado a la acción efectiva y sugiere un conjunto de propuestas que deberían ser tomadas en cuenta por los decisores de políticas y de las finanzas.

Asimismo, Ceccati y colaboradores nos recuerdan la importancia de atender la problemática de la morbilidad materna en su investigación de "casos que casi conducen a la muerte" en Brasil. Resaltan que para desarrollar mejores estrategias de prevención es necesario escuchar directamente a las sobrevivientes de complicaciones en la gestación o el puerperio, por ser estas las mejores informantes para reportar los obstáculos y demoras que tuvieron que enfrentar, así como aquello que las salvó. La complejidad de las interconexiones entre el VIH y la maternidad en contextos de estigmatización y discriminación de las personas viviendo con el VIH es analizado por Cotrim Segurado y Paiva. Discuten las implicancias y posibilidades de hombres y mujeres de vivir la experiencia de la paternidad y la maternidad así como sus necesidades de atención a lo largo del proceso de toma decisiones, del embarazo, parto y post parto así como las respuestas de los servicios.

El diálogo intercultural y los retos de competencias no sólo técnicas sino también culturales que afrontan las parteras y obstetras europeos que atienden a madres inmigrantes de África oriental es estudiado por Karin Elebro y col. Aun en un país como Suecia, las autoras encuentran el problema de muertes maternas mal clasificadas, por lo que recomiendan fortalecer los sistemas de información.

El estudio de Tine Gammeltoft, y Hanh Thi Thuy Nguyen acerca del uso intensivo de ecografías en Vietnam presenta un análisis crítico del manejo de esta tecnología y de la "comercialización" de los procesos del embarazo y el parto en un contexto de reformas económicas de mercado en reemplazo de la economía socialista.

La cuestión del aborto como causa importante de mortalidad materna ha sido silenciada en muchos países de América Latina en los últimos años, por ello es trascendental la decisión de la Corte Constitucional de Colombia del 10 de mayo de 2006, que sintetiza Rebecca J. Cook. Esta corte decidió que "la prohibición criminal del aborto en todas las circunstancias viola los derechos

fundamentales de la mujer". A diferencia de Colombia, el caso chileno muestra la incoherencia entre un marco jurídico establecido durante el gobierno de Augusto Pinochet, que no permite ninguna excepción frente al aborto, y la práctica clandestina del mismo. Las autoras Bonnie L. Shepard y Lidia Casas Becerra consideran que a diferencia de los políticos, los médicos chilenos están asumiendo un importante liderazgo, de la misma manera que otras fuerzas sociales se han manifestado por la despenalización del aborto y a favor de la anticoncepción de emergencia. Al otro lado del mundo, en Vietnam, el aborto es legal desde 1960, pero My Huong Nguyen y colaboradoras encuentran problemas con la calidad de atención, la relación de las mujeres con los proveedores de salud y el acceso a anticonceptivos postaborto.

Faúndes, Távara, Brache y Álvarez presentan una visión panorámica de la anticoncepción de emergencia en América Latina y los debates políticos que han enfrentado los actores para hacer accesible a las mujeres este medio a fin de evitar embarazos no deseados.

Completa este número un artículo de Peter Aggleton que invita a la polémica, acerca de la circuncisión masculina en distintos contextos histórico-culturales. Aggleton narra y analiza situaciones ya sea de prohibición o de coerción violenta para su realización, sumadas a algunos discursos sanitaristas contemporáneos a propósito del SIDA, que hacen de la circuncisión, según el autor, un tema político.

Nancy Palomino Ramírez
Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva
Facultad de Salud Pública y Administración
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(30):6–16
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 30338-8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

EDITORIAL

Mortalidad y morbilidad materna: ¿la gestación se ha vuelto más segura para las mujeres?

Marge Berer

Editora, Reproductive Health Matters, London, UK. E-mail (nuevo): mberer@rhmjournal.org.uk

ESTE año se cumple el vigésimo aniversario de la Iniciativa por una Maternidad Segura de la OMS, lanzada en Nairobi en 1987. A manera de contribución de RHM a la generación de una base de conocimientos para los programas de maternidad segura en el futuro, nos preguntamos si efectivamente la gestación se está volviendo más segura para las mujeres. La respuesta reflejada en los artículos publicados en este número es: sí – y no.

"… la mortalidad materna sigue siendo el indicador de salud de la población que revela de manera más descarnada las profundas inequidades de nuestro tiempo…" (Lynn Freedman)

¿Cuál es la información real? Las tasas de mortalidad materna en las principales regiones del mundo evaluadas alrededor del año 1990 han sido calculadas utilizando el mismo método aplicado para estimar la mortalidad materna en el año 2005, a fin de que las cifras sean comparables. En este número de la revista* se resumen algunos datos, mostrando que:

- En el año 2005, a nivel mundial, alrededor de 536,000 mujeres murieron por complicaciones de la gestación, parto o aborto inseguro, lo que representa una disminución de 7% en el número estimado de muertes maternas respecto a 1990.
- Se produjo una disminución de 5.4% en la tasa global de mortalidad materna, que descendió de 430 a 400 por 100,000 nacidos vivos en el lapso de quince años.
- Se produjo una disminución mayor a 20% en el número de muertes en África del Norte, América Latina y el Caribe, Oceanía y las regiones más desarrolladas.
- La única región en la que se incrementó la muerte materna en este periodo fue África Subsahariana, debido a un aumento en el número de nacimientos y una muy poco significativa disminución en la tasa de mortalidad materna†

Los estudios muestran una drástica disminución de la mortalidad materna en algunos países en desarrollo a partir el año 1987, incluyendo Egipto, Honduras, Malasia, Sri Lanka y Tailanda. Existe consenso alrededor de los factores que mejor contribuyen a evitar muertes y morbilidad innecesarias en las mujeres y los recién nacidos: una buena nutrición y un tratamiento efectivo de condiciones crónicas como anemia, diabetes, VIH, tuberculosis y malaria durante la gestación; la atención del parto por personal calificado; y el acceso oportuno a una atención obstétrica de emergencia, en caso necesario.

Surge entonces la pregunta: por qué tanta lentitud para lograr avances, y por qué algunos países han mostrado poca o ninguna mejora, o su situación ha empeorado. Este número de RHM ofrece una poderosa mezcla de información cualitativa, cuantitativa y derivada de acciones programáticas, basada en una amplia variedad de experiencias de campo, con el fin de mostrar qué funciona, qué no, y por qué. Estas ilustran cómo:

* Algunos ejemplos, datos y citas mencionados en esta editorial provienen de los artículos incluidos en este número de la revista.

† El reporte completo será publicado en (Octubre 2007) ¿? en La Mortalidad Materna en 2005: indicadores desarrollados por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra: WHO, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, 2007.

- El cambio en los sistemas de salud constituye una intervención social, no sólo técnica;
- El contexto es crucial;
- La implementación de los cambios exige un manejo adecuado, y los procesos de monitoreo y evaluación deben favorecer el aprendizaje de quienes son evaluados para lograr el cambio.

Los países que buscan que la gestación sea más segura verán sus problemas reflejados de alguna manera en estas páginas, junto con una gran cantidad de información práctica de otros países en su búsqueda por comprender y actuar para resolver los problemas.

¿Razones para celebrar?

Hay muchas: la alta calidad de la investigación que descubrió la eficacia del sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y pre-eclampsia severas; la habilidad para controlar la hemorragia postparto a través del manejo activo de la tercera etapa del parto, incluyendo el uso de misoprostol profiláctico; la atención segura del aborto utilizando la aspiración manual al vacío y mifepristone–misoprostol; y evidencia de alta calidad sobre otras intervenciones obstétricas efectivas, inefectivas y dañinas.

Al mismo tiempo, hay razones para estrujarnos las manos en señal de desesperación. Por ejemplo, un reciente estudio en Uganda encontró que la mayoría de establecimientos de salud que debían brindar servicios obstétricos esenciales carecían de equipamiento básico, infraestructura, agua corriente, electricidad y salas de operaciones en buen estado. En realidad, el 97.2% de los establecimientos de salud examinados tenían deficiencias en estos aspectos.[1]

De manera similar, un estudio en el área rural de Karnataka, India, encontró que las altas tasas de mortalidad materna se mantenían a pesar que las mujeres con complicaciones obstétricas tenían acceso a diversos proveedores de salud. ¿Por qué? Debido –para empezar- a sistemas de información débiles, discontinuidad en el cuidado, falta de apoyo a los trabajadores de salud, escaso orden en los sistemas de referencia y distorsión en los mecanismos de rendición de cuentas. No se realizaba una revisión de los casos de muerte materna, ni se vinculaba la atención prenatal y el parto institucional con la atención postparto o la atención obstétrica de emergencia, y los trabajadores de salud utilizaban inyecciones de manera inapropiada, pero no trataban la anemia o la sepsis. La responsabilidad de esta situación se atribuía a los trabajadores de salud de menor nivel o a las mujeres mismas, sin prestar atención al rol que jugaban los proveedores informales. Tampoco se resolvía las restricciones del sistema de prestación de servicios ni los problemas gerenciales existentes.

El deseo de actuar – o el estrujarnos las manos

La lista de causas directas e indirectas de muerte materna es universal y bien conocida, aunque su proporción difiere en las distintas poblaciones. Las recomendaciones sobre prevención, tratamiento y tipo de cuidado son también los mismos. Sin embargo, los artículos en este número muestran que la configuración de los problemas tiene múltiples niveles y no es igual en ninguno de los países. Además, las soluciones dependen en gran medida del contexto, dado que involucran una interacción entre las personas y una reacción hacia la política oficial y los objetivos programáticos.

¿Cuáles son estos problemas? El primero y más importante es la inacción.

"Aunque la desigualdad socio-económica determina en gran medida qué grupos de mujeres corren un mayor riesgo al salir embarazadas, las inequidades de género contribuyen a que sea aceptable descartar a la mortalidad materna por ser muy rara, muy complicada, muy resistente al cambio y difícil de medir, como para otorgarle una verdadera atención o recursos suficientes. El haber incluido la tasa de mortalidad materna como meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 hace que movamos retóricamente las manos en señal de desesperación y asegura la consideración de la mortalidad materna persistente en los Mapas de Ruta y planes nacionales. Pero su implementación requiere cierto nivel de enfoque, un compromiso con un cambio en el sistema, la construcción de capacidades, la inversión a largo plazo y paciencia, elementos que raras veces obtienen una recompensa en la práctica."
(Lynn Freedman)

Por supuesto, nos estrujamos las manos, y parece que muy frecuentemente. Ahora es necesario, sin embargo, poner el dinero en la mesa y dejar el trabajo en manos de quienes harán posible una gestación, parto y aborto seguros, con prioridad en los países de África, donde la situación es cada vez peor.

La falta perpetua de recursos

Esto nos enfrenta al segundo problema – la eterna carencia de financiamiento para hacer bien las cosas –. Ya pasaron los días en que pensábamos que la respuesta era entrenar a las parteras tradicionales, sin realizar nin-

guna otra intervención. A pesar de ello, en los últimos 20 años los servicios de maternidad en los países en desarrollo han sido probablemente la prioridad global con menores recursos que se haya visto.

El Informe Mundial de Salud 2005 estima que para ampliar la atención calificada del parto y reducir a la mitad el número de muertes maternas en los países más pobres para el año 2015, se requeriría un costo adicional de US $ 0.22–$1.18 per cápita en el presupuesto de salud. Pero la atención calificada en este caso es sólo una parte del conjunto. Aun así, parece suficientemente económico asignar unos pocos dólares por persona para asegurar el futuro de las madres y niños del mundo. ¿Pero de dónde obtener los recursos, si multiplicamos esta cifra por las decenas de millones de personas, y consideramos todos los otros aspectos que contribuyen a que la gestación sea segura?

De hecho, un análisis reciente muestra una tendencia a la disminución en el aporte de la cooperación para los servicios de salud materna, situación que requiere ser revertida con urgencia. En el año 2004 se gastó un estimado de US$1,990 millones en la salud de la madre, el recién nacido y el niño, lo que representó un escaso 2% del monto bruto de ayuda financiera a países en desarrollo, del cual, una proporción importante habría sido destinada a salud infantil y no materna.[2] Esta cifra resulta extremadamente insuficiente y pone fin a cualquier idea de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Sin una fuerte inyección de fondos, probablemente sería mejor que los países continuaran solos. ¿Podrían algunos de ellos, al menos, arreglárselas con sus propios recursos, como lo han hecho Brasil y Tailandia con otros problemas de salud pública? Esto sin duda daría mucho mayor control a los países, y probablemente también mayor sostenibilidad a largo plazo. No se trata, sin embargo, de una solución fácil. La mayoría de países de bajos recursos destinan a la salud un monto mucho menor al 10% de su presupuesto nacional y pueden, o no, tener la voluntad de actuar.

El financiamiento de los sistemas de salud es en la actualidad un tema controversial, y los así llamados expertos globales han abusado extensamente de los países que carecen de recursos al exigirles que lo hagan "a su manera". Un importante ejemplo de ello es el pago de usuarios, que financia hasta un 20% de la atención de salud en algunos países de bajos ingresos. Resulta evidente que el costo económico que implica para las familias pobres pagar de su propio bolsillo por el tratamiento de complicaciones obstétricas graves puede ser catastrófico. No obstante, el funcionamiento de muchos servicios de salud en países en desarrollo depende del pago de los usuarios, sin mencionar el pago informal a proveedores, cuyos salarios son, al menos en el sector público, sumamente bajos. Obviamente, es imposible reemplazar estos pagos de la noche a la mañana, por lo que en algunos países la atención materna se ha convertido en una excepción, en un esfuerzo por lograr que más mujeres sean atendidas por personal calificado y accedan a servicios de emergencia antes que sea muy tarde. En el caso de mujeres gestantes o en trabajo de parto, los esquemas implementados incluyen desde vales o exoneraciones individuales o distritales, hasta seguros comunitarios y fondos para préstamos de emergencia. En el caso de trabajadores y establecimientos de salud, se ha establecido diversos incentivos para mejorar la atención y favorecer la asistencia de las mujeres a los servicios.

Más aun, resulta irónico que la modalidad de financiamiento del sistema de salud, que ha mostrado ser menos costosa y más equitativa –es decir, un sistema de salud pública de acceso universal, con base tributaria y gratuidad en el punto de atención- haya sido escasamente aplicado en los países en desarrollo. Debido a la predominancia de la economía neoliberal sobre las exigencias de la salud pública, tanto los sistemas de salud como el financiamiento de la misma en países desarrollados y en desarrollo se orientan claramente hacia una creciente privatización; desregulación del sector privado y comercialización; el fracaso para mantener y fortalecer el sector público, e inequidades no resueltas, a menudo enormes en el acceso a la atención y la situación de salud.

En este momento, las modalidades de financiamiento de los sistemas de salud ya deberían haber sido reconsideradas, y debe asegurarse que la atención prenatal, el parto y el puerperio, y la atención obstétrica de emergencia sean aspectos prioritarios en el fortalecimiento de estos sistemas. A inicios de este año, Noruega sugirió pasar a una modalidad de financiamiento externo basado en resultados para el logro de esta tarea. Si nos remitimos a la experiencia de la Alianza GAVI y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, es posible obtener resultados financiando planes con programas detallados, y condicionando la renovación del financiamiento a los resultados logrados.

Con esto en mente, y debido a que la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño de la OMS no pretende ser un organismo de financiamiento sino un espacio de incidencia, consideré que un Fondo Mundial para la Salud Materna podía ser una alternativa, e incluso pensé en convocarlo yo misma. Sin embargo, todos a quienes les sugerí esta idea han dicho no, no, no, no otro Fondo Mundial. ¿Entonces, cuál es la alternativa para lograr resultados? Existe ya hace tiempo

un clamor por llevar a cabo esta discusión a nivel nacional e internacional, que resulta aún más urgente ante la aparición de un financiamiento real en el horizonte.

En setiembre 5, 2007, se anunció una Alianza Internacional de Salud para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Como parte de esta iniciativa, el 26 de septiembre Noruega se comprometió a entregar un billón de dólares para la reducción de las muertes maternas e infantiles. Esta es la noticia más importante para la salud materna en décadas, pues la salud infantil ha recibido siempre grandes cantidades de dinero. Al cerrar este número, quedaba pendiente la información sobre cómo se canalizará este financiamiento (y cualquier otro posterior), quién estará a cargo de hacerlo y qué proporción se destinará a la salud materna. Esperamos que a diferencia de lo ocurrido hasta el momento con la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, los recursos se orienten fundamentalmente a las madres que gestaron a los niños.

No obstante, es en el ámbito nacional donde el cambio tendrá éxito o fracasará, y donde residen todos los otros problemas responsables de las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, así como su solución.

Educación y capacitación para una atención calificada

El tercer problema identificado es que por lo general las políticas nacionales no logran incorporar una educación y un entrenamiento clínico integrales para los profesionales de salud que trabajan en los servicios de maternidad, incluyendo al llamado personal calificado. Esto evidencia el limitado apoyo que recibe el entrenamiento de parteras calificadas y enfermeras obstétricas. La formación integral debe convertirse finalmente en una realidad, a través de una capacitación de mayor calidad y un mayor número de instituciones de formación. Más aún, debe evaluarse los esquemas de capacitación iniciados en los últimos años, y publicar sus resultados.

Brindar atención materna basada en la evidencia

Un área aún muy problemática es el tipo de servicios disponibles y accesibles, así como su calidad, la misma que constituye el cuarto problema de mi lista. Luego de décadas de investigación, se ha desarrollado una amplia gama de prácticas de atención materna basadas en la evidencia. Sin embargo, es frecuente que su implementación sea poco exitosa y que persistan prácticas que no tienen una base en la evidencia, y que incluso puedan resultar dañinas.

Otras prácticas inapropiadas durante la atención de parto han sido: la prohibición de que las parturientas fueran acompañadas por otras mujeres, la restricción de movilidad y la realización de exámenes vaginales frecuentes. No se utilizaba sulfato de magnesio para prevenir la pre-eclampsia o eclampsia, y las hemorragias puerperales eran frecuentes. Existía una carencia importante en la dotación de obstetrices, cuya supervisión y habilidades eran insuficientes, dando como resultado una atención inadecuada. Las autoras señalan, con razón, que el uso de prácticas basadas en la evidencia para promover un trabajo de parto normal es particularmente crítico allí donde las mujeres tienen muchos hijos y donde los recursos son escasos.

Fortalecimiento de los sistemas de salud para la atención obstétrica de emergencia

El quinto problema es la debilidad en el funcionamiento de los sistemas de salud como conjunto, que atenta incluso contra los esfuerzos sostenidos por mejorar la salud materna y la atención de salud. Desde todos los rincones se reconoce la necesidad de fortalecer estos sistemas, aunque no resulta muy claro cómo hacerlo.

Proporcionar demasiado y no demasiado poco

Se asume que en la mayoría de contextos donde la mortalidad y morbilidad materna constituyen un problema, la razón es que existe demasiado poco de lo necesario: recursos humanos, insumos y equipo, transporte, caminos transitables, etc. Sin embargo, en la última década e incluso antes, ha empezado a surgir el problema número seis: "demasiado" en atención materna, no sólo en los países ricos sino también en otros. Por largo tiempo, el exceso de episiotomías y cesáreas ha constituido un problema, probablemente estudiado con mayor frecuencia en Brasil.[3] El uso excesivo de ecografías, en algunos casos como única forma de atención prenatal y como medio de generación de ingresos para proveedores públicos y privados, surgió como problema en tres países: Siria,[4] Vietnam[5], y China. En algunas partes de China, existe una creciente medicalización e intervención técnica en el parto normal, mayor que en la mayoría de países, y el parto vaginal normal es considerado "un riesgo a ser manejado a través de una

* Los firmantes incluyen a GB, Noruega, Alemania y Canadá, las agencias del sistema de NNUU y otras organizaciones internacionales, varios gobiernos de países en desarrollo y la Fundación Gates.

mayor intervención de rutina". Esto es lo opuesto a lo que podríamos trazar como meta para el futuro, aunque en un sistema de salud crecientemente orientado hacia el mercado:

Los países deben examinar si el aumento –y tipo– de intervenciones en el parto normal están causando un retroceso en la calidad de atención, y posiblemente también una morbilidad evitable, a fin de lograr un balance saludable.

Integrando el VIH y la maternidad segura

El logro de la meta de UNGASS de reducir las infecciones por VIH en un 50% para el año 2010 requiere que el 80% de todas las gestantes con acceso al control prenatal reciban servicios de prevención de la transmisión madre-hijo (PTMH) del VIH. Sin embargo, en 2005, sólo siete de los 71 países examinados por UNICEF y la OMS estaban en camino a lograr esta meta. La cobertura de la PTMH se incrementó de 7% en 58 países en el año 2004, a 11% en 71 países en el año 2005. Sin embargo, en los 31 países que disponían de información, sólo el 28% de mujeres que recibieron antirretrovirales para la PTMH reportaron haber recibido también tratamiento antirretroviral para sí mismas. El logro de la meta de UNGASS, que constituye el problema número siete, requerirá una inversión y compromiso significativos para fortalecer los servicios de salud materno-infantil, y también que los trabajadores y el sistema de salud pasen de implementar proyectos piloto a un enfoque integrado y descentralizado.

Los servicios de salud materna enfrentan una escasez de recursos humanos y financieros que afectan su capacidad de integrar la prevención del VIH. Con frecuencia, tanto los programas de VIH como los programas de salud materna reciben asistencia técnica y financiera focalizada, considerando sólo uno de estos aspectos. Sin embargo, las propuestas de varios países al Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria para el año 2007 incluyen programas de salud sexual y reproductiva con un impacto sobre el VIH, incluyendo algunos servicios maternos, modelo que puede servir para otros países. Más aún, Botswana, Kenia y Ruanda han mostrado que es posible lograr avances si existe un compromiso nacional y se incrementan los recursos para abordar el VIH en los servicios de atención materna y del recién nacido.

El aborto inseguro, aún a la saga

El problema número ocho es el aborto inseguro. Un artículo de Lancet en vías de publicación estima en 42 millones los abortos inducidos en 2003, comparado con 46 millones en 1995. La tasa de aborto inducido a nivel mundial descendió de 35 por 1,000 mujeres entre 15–44 años en 1995 a 29 en 2003. Para este año, sólo 53% de todos los abortos inducidos era legal, incluyendo la mayoría de abortos en los países desarrollados. Casi todos los abortos en África y América Latina eran todavía inseguros, como lo eran también dos tercios de los abortos en Asia (excluyendo a Asia oriental) e incluso el 10% de los procedimientos en Europa. Alrededor de uno de cada cinco embarazos a nivel mundial terminaba en un aborto.[6]

La mortalidad producida por un aborto inseguro parece estar disminuyendo lentamente, pero se estima que allí donde existen restricciones legales para el aborto, cinco millones de mujeres son admitidas a los hospitales cada año por complicaciones derivadas de abortos inseguros. En contraste, en los países desarrollados las complicaciones y hospitalización por aborto son poco frecuentes.[7] Mientras escribo estas líneas, Nicaragua acaba de votar para que el aborto siga siendo ilegal, y contempla penas de cárcel para las mujeres que se someten a esta práctica y para quienes la realizan. Se retirará el derecho de ejercer por entre 2 a 5 años a los profesionales médicos que hagan un aborto. Podemos esperar que las muertes por abortos inseguros se incrementen en este país, y también que los proveedores estén demasiado asustados como para ayudar a las mujeres con complicaciones.[8] Este estado de cosas es aterrador y retrógrado. En Chile, el aborto es ilegal incluso si existe un riesgo para la vida o salud de la madre. Esta situación crea serios dilemas y vulnerabilidades tanto para las mujeres como para los profesionales médicos. Sin embargo, es probable que la incidencia del aborto haya disminuido desde 1990, debido al incremento en el uso de anticonceptivos y la disminución en la tasa de fertilidad. También han disminuido las tasas de muerte y complicaciones, aunque los hospitales chilenos siguen utilizando la técnica de dilatación y curetaje para tratar abortos incompletos.

Investigación, monitoreo y revisiones de publicaciones

Algunos artículos en este número de la revista están dedicados a la investigación, el monitoreo y revisión de publicaciones, y todos ellos proporcionan excelentes ejemplos de por qué los países requieren información adecuada y cómo utilizarla para mejorar los servicios, aún si los recursos son limitados.

Un artículo de Brasil, por ejemplo sintetiza varios estudios sobre casos que casi conducen a la muerte o

morbilidad materna severa, y las lecciones que de ellos se derivan. "La versatilidad del concepto, la mayor frecuencia de casos disponibles para estudio y la posibilidad de entrevistar a las sobrevivientes de complicaciones severas, todos respaldan el valor de estudiar la morbilidad materna severa para orientar los esfuerzos locales por reducir la mortalidad materna, incluyendo el monitoreo de los avances, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de la atención de salud".

Finalmente, un elegante trabajo de investigación identificó casos de mortalidad materna entre inmigrantes del Cuerno de África residentes en Suecia. El objetivo fue verificar la(s) causa(s) de muerte y si éstas habían sido clasificadas como muertes maternas en el Registro de Causas de Defunción de Suecia. Se encontró que varias de las muertes no consideradas inicialmente podían ser clasificadas como tales. Las autoras recomiendan prestar mayor atención tanto a la competencia cultural como a la competencia médica de las parteras profesionales y los médicos obstetras que brindan atención a madres inmigrantes no europeas, de manera que las causas de muerte materna que aún no han desaparecido en Europa, tales como la tuberculosis, sean identificadas a tiempo para salvar la vida de las mujeres.

La reducción de las muertes maternas es una intervención social, no sólo técnica

"*Los programas orientados a mejorar la salud materna no son sólo técnicos sino también intervenciones sociales, las mismas que deben ser evaluadas utilizando metodologías desarrolladas para evaluar intervenciones sociales complejas orientadas a lograr el cambio. Los componentes de programas efectivos han sido definidos a nivel mundial. Sin embargo, para lograr que ocurra aquello que funciona, es importante el contexto*". (Loveday Penn-Kekana et al)

Vale la pena leer y releer este párrafo, como un mantra, hasta que su significado comience a ser asimilado. Resume tal vez la lección más importante que puede ofrecer este número de la revista, basada en estudios realizados en países tan diversos como Bangladesh, Rusia, Sudáfrica y Uganda.

El elemento decisivo: valorar a la mujer

Sin embargo, el elemento básico para reducir la mortalidad materna es la valoración de las mujeres. Prob-

STAFFAN BERGSTRÖM

17-year-old Mozambican girl who died of eclampsia after being brought to hospital in a critical condition

ablemente el comentario más conmovedor en estas investigaciones proviene de una madre palestina de 17 años que, al ser preguntada sobre cómo fue tratada durante su parto, dijo: "Gracias a Dios que no me gritaron", como si con ello, todo lo demás estuviera bien.

Persiste la situación de 536,000 mujeres que murieron sólo en el año 2005, innecesariamente, a menudo en agonía.

Resúmenes de este número en el portal electrónico de RHM

Debido al número y extensión de los artículos de este número de la revista, ha sido imposible incluir el número usual de secciones resúmenes que presentan la literatura publicada de los seis meses anteriores. Sólo se incluyen los resúmenes sobre mortalidad y morbilidad materna. Los demás resúmenes se incluirán en la siguiente dirección electrónica: www.rhmjournal.org.uk.

Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Women?
Reproductive Health Matters 2007;15(30):6–16

Referencias

1. Mbonye AK, Mutabazi MG, Asimwe JB. Declining maternal mortality ratio in Uganda: priority interventions to achieve the Millennium Development Goal. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2007;98:285–90.
2. Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, et al. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn and child health. Lancet 2006;368:1077–87.
3. Diniz SG, Chacham AS. ''The cut above'' and ''the cut below'': the abuse of caesareans and episiotomy in Sa˜o Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters 2004;12(23):100–10.
4. Bashour H, Hafez R, Abdulsalam A. Syrian women's perceptions and experiences of ultrasound screening in pregnancy: implications for antenatal policy. Reproductive Health Matters 2005;13(25):147–54.
5. Gammeltoft T, Nguyen HTT. The commodification of obstetric ultrasound scanning in Hanoi, Viet Nam. Reproductive Health Matters 2007;15(29):163–71.
6. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, et al. Induced abortion: a global reality with avoidable risks. Lancet 2007 (In press).
7. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. Lancet 2006;368: 1887–92.
8. Loáisiga López L. Aborto terapéutico continuará penado. La Prensa. 13 September 2007. At: <www-usa.laprensa.com.ni/archivo/2007/septiembre/13/noticias/ultimahora/215429.shtml>.
9. Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006;95:221–26.
10. Shiffman J, Smith S. A protracted launch: the first two decades of the global safe motherhood initiative. Used at a maternal mortality consultation called by the MacArthur Foundation, 7 May 2007. (Unpublished)

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 World Health Organization.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(30):17–27
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 30339-X

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

FEATURES

Mortalidad materna y atención materna de 1990 a 2005: logros desiguales pero importantes

Iqbal H Shah,[a] Lale Say[b]

a Científico, Departamento de Salud e Investigación Reproductiva, Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. E-mail: shahi@who.int
b Oficial Médico, Departamento de Salud e Investigación Reproductiva, Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza.

Resumen: *En muchos países, la mortalidad materna continúa siendo la principal causa de muerte de mujeres en edad reproductiva. Los datos de estudios publicados y Encuestas Demográficas y de Salud muestran que los logros en la disminución de mortalidad materna entre 1990 y 2005 han sido moderados. En 2005, murieron aproximadamente 536,000 mujeres, y la razón de mortalidad materna se calculó a 400 por cada 100,000 nacidos vivos, comparada con 430 en 1990. Se lograron importantes descensos en Asia oriental (4% al año) y África septentrional (3% al año). África subsahariana y Asia del sudeste experimentaron las muertes maternas y razones de mortalidad más altas; Asia oriental y Latinoamérica y el Caribe, las más bajas. En 11 de 53 países con datos, menos del 25% de las mujeres habían asistido a por lo menos cuatro consultas antenatales. Un 63% de los partos recibieron asistencia calificada: del 47% en África al 88% en Latinoamérica y el Caribe. En 16 de 23 países con datos, se había alcanzado menos del 50% de los niveles recomendados de cuidados obstétricos de emergencia. Sólo el 61% de las mujeres que dieron a luz en establecimientos de salud en 30 países en desarrollo recibieron atención posparto, y mucho menor fue el porcentaje de las que dieron a luz en su hogar. Los países con razones de mortalidad materna de 750+ por cada 100,000 nacidos vivos compartían problemas de alta fertilidad y embarazos no planeados, una infraestructura de salud deficiente con recursos limitados y poca disponibilidad de personal de salud. La tarea pendiente es enorme.*

Palabras clave: *mortalidad materna, atención prenatal, atención calificada de parto, cuidado obstétrico de emergencia, atención postnatal, prevalencia anticonceptiva.*

La muerte materna se define como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales". Las causas de muerte materna pueden ser directas –tales como complicaciones obstétricas de la gestación, parto y puerperio- o indirectas –tales como enfermedades preexistentes o enfermedades desarrolladas durante la gestación, que se agravan por ésta. Una muerte relacionada con la gestación se define como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la causa de muerte.1 La 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10 por sus siglas en inglés) ha señalado que los procedimientos modernos para preservar la vida pueden retrasar la muerte. Por esta razón, se ha introducido una categoría de muerte materna tardía, definida como "la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas más de 42 días pero menos

de un año después de la terminación del embarazo". La definición de mortalidad materna no puede ser aplicada cuando no se conoce la causa precisa de muerte. Por tal motivo se ha establecido un subregistro de muertes maternas, que también puede encontrarse en países con un sistema de registro de estadísticas vitales relativamente eficiente. Se suele omitir especialmente las muertes ocurridas en el embarazo temprano.

La razón de mortalidad materna (RMM), definida como el número de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, es la medida más comúnmente usada para ilustrar la mortalidad materna. Es, asimismo, una de las medidas utilizadas para el monitoreo del progreso hacia la meta de mejorar la salud materna en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5). Entre las medidas alternativas se incluye la tasa de mortalidad materna –número de muertes maternas por mil mujeres en edad reproductiva-. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida adulta considera, de manera acumulativa durante el periodo reproductivo de una mujer, tanto la probabilidad de embarazarse, como la de morir como resultado de ese embarazo.

La mortalidad materna continúa siendo la principal causa de muerte en mujeres en edad reproductiva en muchos países. Los cálculos más recientes muestran que en el año 2005, alrededor de 536 mil mujeres murieron por complicaciones de la gestación, parto o aborto inseguro (Tabla 1).[2] La RMM se estimó en 400 por 100 mil nacidos vivos, y el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida en 92. Las muertes maternas se distribuían de manera desigual en las diversas regiones del mundo y no eran proporcionales a la población total de mujeres en edad reproductiva en dichas regiones. Casi la mitad de todas las muertes maternas (270 mil) ocurrieron en el África subsahariana, donde solo vivía el 10% de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) en el 2005. Asia del sur y África subsahariana reportaron en conjunto 458 mil (esto es, 86%) de las muertes maternas a nivel mundial, y solo el 22% de todas las mujeres en edad reproductiva en el mismo año. La RMM en África subsahariana es de 900 por 100 mil nacidos vivos, y la probabilidad de que una mujer de 15 años muera eventualmente por causas maternas (riesgo de muerte materna a lo largo de la vida) es también la más alta, 1 en 22. La comparación de estas cifras con las de las regiones desarrolladas, con una RMM de 9 y un riesgo de muerte materna a lo largo de la vida de 1 en 7 300, indica que es 100 veces más probable que un embarazo acabe con la vida de una mujer en el África subsahariana que en un país desarrollado (900/9=100). El riesgo de muerte materna acumulado a lo largo de la vida es 332 veces más alto para una mujer en el África subsahariana que para una mujer en las regiones desarrolladas (7 300/22=332). Probablemente no exista otro indicador de salud que muestre un grado de inequidad tan alto entre las regiones del mundo.

Tendencias globales en mortalidad materna

A menudo se plantea la pregunta de si la mortalidad materna ha disminuido. Resulta difícil de responder debido a cambios en el método de estimación así como a la disponibilidad de datos de los estimados periódicos de mortalidad materna internacionalmente comparables de la OMS, UNICEF y UNFPA. Adicionalmente, el amplio margen de incertidumbre de los estimados dificulta la comparación. Los estimados de mortalidad materna global para el año 2005 realizados por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial[2] han abordado esta cuestión aplicando la misma metodología a la información de 1990 y 2005 (Tabla 2). En general, el progreso en la reducción de la mortalidad materna ha sido moderado, una disminución de 5.4% entre 1990 y 2005, o 0.4% al año durante el mismo periodo (Tabla 2). Las regiones con una disminución significativa de la mortalidad materna fueron Asia oriental (4% al año) y África septentrional (3% al año). Hubo poco progreso en las dos regiones con RMM y número de muertes maternas relativamente altos, es decir, África subsahariana, Asia occidental y Asia del sur, donde la variación anual alcanzó 0.1%, 1.2% y 1.6%, respectivamente, entre 1990 y 2005. Se estima que para lograr el ODM 5 en el año 2015, se requiere una variación anual de 5.5%,[2] aunque no se está alcanzando este nivel global o regionalmente. Sin embargo, la RMM en algunos países, incluyendo Bangladesh, China, Malasia, Tailandia y Sri Lanka, se ha reducido a la mitad en un periodo relativamente corto.[3]

Debido a las enormes variaciones en las fuentes de datos, al tipo e integridad de la información disponible, y a la extensión de la información faltante, los estimados del año 2005[2] emplearon un enfoque basado en la conciliación de información proveniente de las diversas fuentes. En 65 países los datos de mortalidad materna fueron derivados de los registros de estadísticas vitales –con una información adecuada, o pobre e incierta, de la causa de muerte-; en 28 países, de los métodos directos de la "hermana viva" empleados en las Encuestas Demográficas y de Salud; en 4 países, de estudios de mortalidad durante el periodo reproductivo (RAMOS por sus siglas en inglés); y en 13 países, de estudios de vigilancia epidemiológica, muestreo de registros, censos o estudios especiales. Para los 61 países restantes, que carecían de datos nacionales sobre mortalidad ma-

Tabla 1. Razón de mortalidad materna (RMM) por 100,000 nacidos vivos, número de muertes maternas y riesgo de muerte materna a lo largo de la vida, por región, 2005 (las cifras han sido redondeadas)[2]

Región	Número de muertes maternas	Razón de mortalidad materna (RMM)	Rango de incertidumbre en estimados de RMM		Riesgo de MM durante vida adulta 1 en:
			Estimado inferior	Estimado superior	
Mundo	**536,000**	**400**	**220**	**650**	**92**
Regiones desarrolladas	**960**	**9**	**8**	**17**	**7,300**
Mancomunidad de Estados Independientes (CEI)	**1,800**	**51**	**28**	**140**	**1,300**
Regiones en desarrollo	**533,000**	**450**	**240**	**730**	**75**
África	**276,000**	**820**	**410**	**1,400**	**26**
África septentrional	5,700	160	85	290	210
África subsahariana	270,000	900	450	1,500	22
Asia	**241,000**	**330**	**190**	**520**	**120**
Asia oriental	9,200	50	31	80	1,200
Asia del sur	188,000	490	290	750	61
Asia sud oriental	35,000	300	160	550	130
Asia occidental	8,300	160	62	340	170
Latinoamérica y el Caribe	**15,000**	**130**	**81**	**230**	**290**
Oceanía	**890**	**430**	**120**	**1,200**	**62**

terna, se predijo los estimados a partir de un modelo estadístico. En los casos necesarios fueron ajustados los estimados debido al sub-reporte existente.[2] Aunque esta metodología para calcular la RMM fue considerada la más viable, los amplios márgenes de incertidumbre asociados tanto a la variabilidad de las fuentes de datos como al modelo predictivo restringen la habilidad para comparar las RMM entre grupos de países con diferentes estrategias de estimación.

Si bien las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDES) proporcionan una fuente de datos alternativa sobre mortalidad materna y sobre otros indicadores de salud y población, son particularmente valiosas en contextos con un deficiente sistema de registros de estadísticas vitales en los que muchas de las muertes ocurren fuera del sistema de salud. En esas encuestas se define la muerte materna como cualquier muerte ocurrida durante la gestación, el parto, los dos meses siguientes al parto o la culminación del embarazo, y la RMM se calcula a partir de la sobrevivencia de las hermanas de las encuestadas (conocido como el "método de la hermana viva"). Esta información se obtiene a partir de un conjunto de preguntas acerca de la sobrevivencia de todos los hijos nacidos vivos de la madre biológica de la encuestada. Estos datos permiten ubicar cronológicamente las muertes y nacimientos, y calcular las tasas de mortalidad específicas por sexo y año para un periodo definido de referencia. La RMM estimada a partir de los datos de las ENDES se refiere generalmente a un periodo aproximado de siete años previos a la encuesta. Así, la mayor parte de datos analizados en este artículo se refieren al año 2000 o antes. Los datos de las ENDES tienen también otras limitaciones. Los estimados se basan en la información provista por las mujeres, cuyo recuerdo puede ser impreciso, incluyendo reportes inexactos o sub-reportes. Se ha demostrado que el método de la hermana viva subestima los niveles reales de mortalidad materna.[4,5] Este método requiere de un tamaño de muestra importante, y los intervalos de confianza de los estimados son relativamente amplios. Sin embargo, la información permite comparaciones entre países debido a que se utilizan instrumentos y diseños estandarizados.

En 22 de los 42 países en desarrollo que cuentan con RMM calculadas a partir de los datos de las ENDES, morían más de 500 mujeres por 100 mil nacidos vivos

Tabla 2. Razón de mortalidad materna (RMM) por 100,000 nacidos vivos y número de muertes maternas en 1990 y 2005, por región (las cifras han sido redondeadas)[2]

Región	1990		2005		% de variación en RMM entre 1990 y 2005	% de variación anual en RMM entre 1990 y 2005
	RMM por 100,000 nacidos vivos	Nº de muertes maternas	RMM por 100,000 nacidos vivos	Nº de muertes maternas		
Mundo	**430**	**576,000**	**400**	**536,000**	**-5.4**	**-5.4**
Regiones desarrolladas	**11**	**1,300**	**9**	**960**	**-23.6**	**-23.6**
Mancomunidad de Estados Independientes (CEI)	**58**	**2,800**	**51**	**1,800**	**-12.5**	**-12.5**
Regiones en desarrollo	**480**	**572,000**	**450**	**533,000**	**-6.6**	**-6.6**
África	**830**	**221,000**	**820**	**276,000**	**-0.6**	**-0.6**
África septentrional	**250**	**8,900**	**160**	**5,700**	**-36.3**	**-36.3**
África subsahariana	**920**	**212,000**	**900**	**270,000**	**-1.8**	**-1.8**
Asia	**410**	**329,000**	**330**	**241,000**	**-19.7**	**-19.7**
Asia oriental	**95**	**24,000**	**50**	**9,200**	**-47.1**	**-47.1**
Asia del sur	**620**	**241,000**	**490**	**188,000**	**-21.1**	**-21.1**
Asia sud oriental	**450**	**56,000**	**300**	**35,000**	**-32.8**	**-32.8**
Asia occidental	**190**	**8,500**	**160**	**8,300**	**-16.2**	**-16.2**
Latinoamérica y el Caribe	**180**	**21,000**	**130**	**15,000**	**-26.3**	**-26.3**
Oceanía	**550**	**1,000**	**430**	**890**	**-22.2**	**-22.2**

(Tabla 3).[6] África subsahariana presentaba las RMM más altas, mayores a 500 por 100 mil nacidos vivos en 19 de los 27 países con datos provenientes de la ENDES. Chad tiene ahora la RMM más alta de los 42 países: 1 099 por 100 mil nacidos vivos, mientras que Sudáfrica tiene la razón más baja de la región subsahariana: 150 por 100 mil nacidos vivos. En general, la razón de mortalidad materna era baja en Latinoamérica y el Caribe, excepto Haití, donde alcanzó la cifra de 523 por 100 mil nacidos vivos. La RMM más baja se encontró en Jordania (35 por 100 mil nacidos vivos).

Atención prenatal

La atención prenatal es un componente significativo en la salud materna y cubre una gama de actividades, como educación en nutrición, vacuna antitetánica, información sobre malaria, VIH, así como inmunizaciones y servicios para monitorear potenciales complicaciones. El conjunto de intervenciones de cuidado prenatal puede contribuir directa o indirectamente a reducir las muertes maternas. La OMS recomienda al menos cuatro visitas prenatales con personal de salud entrenado (médico, enfermera u obstetriz) durante una gestación normal.

En 11 de 53 países con datos de las ENDES sobre visitas prenatales (Bangladesh, Cambodia, Nepal, Yemen, Burkina Faso, Chad, Mali, Mauritania, Níger, Ruanda y Senegal), menos del 25% de las mujeres que tuvieron hijos vivos en los tres años previos a la encuesta tuvieron al menos cuatro visitas prenatales con un médico, enfermera u obstetriz entrenados durante su último embarazo (Tabla 4). En general, el porcentaje de mujeres que tuvieron al menos cuatro controles prenatales se ha incrementado en el tiempo. Sin embargo, en algunos países este porcentaje ha disminuido. La disminución más significativa se encontró en Indonesia, de 66% en 1997 a 45% en 2002–2003.

Partos atendidos por personal calificado

El porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado se asocia con la RMM. La RMM se redujo a la mitad en algunos países desarrollados a finales del siglo XIX debido a la provisión de cuidado obstétrico profesional durante el parto.[3] La atención calificada en

Tabla 3. Número de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, por país, 1994-2005[6]

Latinoamérica y el Caribe	
Haití 2000	523
Bolivia 2003	206
Perú 2000	185
Brasil 1996	184
República Dominicana 2002	162
Guatemala 1995	156
África septentrional, Medio Oriente	
Yemen 1997	397
Marruecos 2003-04	273
Jordania 1997	35
Asia del sur y Asia sudoriental	
India 1998-99	540
Nepal 1996	539
Cambodia 2000	437
Indonesia 2002-03	333
Bangladesh 1999-2000	322
Filipinas 1998	172
África subsahariana	
República Central Africana 1994-95	1,380
Chad 2004	1,099
Eritrea 1995	1,018
Malawi 2004	984
Etiopía 2000	871
Ruanda 2005	750
República de Mauricio 2000-01	745
Zambia 2001-02	729
Camerún 2004	689
Zimbawe 1999	647
Nigeria 1992	614
Tanzania 1996	612
Costa de Marfil 1994	598
Mali 2001	582
Guinea 1999	528
Uganda 2000-01	524
Madagascar 2003-04	519
Gabón 2000	519
Kenia 2003	506
Senegal 1992-93	498
Benín 1996	498
Mozambique 2003	469
Burkina Faso 1998-99	440
Togo 1998	417
Namibia 2000	330
Nigeria 1999	289
Sudáfrica 1998	150

el parto es un indicador clave para monitorear el progreso de un país hacia el logro del ODM 5. Las metas establecidas a nivel mundial en relación con el porcentaje de partos atendidos por personal calificado son 80% para el año 2005, 85% para el año 2010 y 90% para el año 2015.

El término "personal calificado" se refiere a "un profesional de salud acreditado –tal como una obstetriz, médico o enfermera- que ha sido formado y entrenado en el dominio de las habilidades requeridas para manejar embarazos, partos y el periodo puerperal inmediato, normales (sin complicaciones), y la identificación, manejo y referencia de complicaciones en mujeres y recién nacidos".[7] La presencia de personal calificado es una condición esencial pero no siempre suficiente para un parto seguro. Se requiere también acceso a establecimientos de referencia para la atención de complicaciones obstétricas.

Se estimó que un 63% de todos los partos recibió atención calificada.[8] Esta cifra alcanzó 99% en las regiones desarrolladas, comparada con un 59% en países en desarrollo. La variación regional es considerable: 47% en África, 61% en Asia, 80% en Oceanía, 88% en Latinoamérica y el Caribe, y 99% en Europa y América del Norte. Más aún, se evidencian variaciones por subregión y país en el interior de cada región. De todas las subregiones de África, por ejemplo, los porcentajes de partos atendidos por personal calificado fueron menores en África oriental (34%) y África occidental (40%). En Asia, éstos fueron menores en la zona del Asia Sud central (44%).

África subsahariana se caracteriza no sólo por la menor cobertura de partos atendidos por personal calificado, sino también por no haber logrado ningún avance en este indicador crítico durante la década 1990–2000. Un estudio reciente muestra un avance en el porcentaje de partos atendidos por personal calificado en todas las subregiones en desarrollo, de manera más significativa en Asia oriental, Asia sudoriental y África septentrional. En contraste, no se logró mayor progreso en África subsahariana (Tabla 5), donde la cobertura fue de 39.4% en 1990 y 39.8% en el año 2000.[9]

Los datos de las ENDES muestran que entre las mujeres que reportaron un parto en los tres años previos a la encuesta, menos del 25% de mujeres en Bangladesh, Chad, Haití, Mali, Mozambique, Nepal, Níger y Uganda, fue atendido por un médico, enfermera u obstetriz entrenados durante su último parto.[6] La atención calificada en el parto fue excepcionalmente baja en Nepal (12%) y en Bangladesh y Chad (15% en cada uno). Se observó un incremento general en el porcentaje de partos atendidos por personal calificado en los casos en que se llevaron

Tabla 4. Porcentaje de mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los tres años anteriores a la encuesta y acudieron al menos a cuatro visitas prenatales con un médico, enfermera u obstetriz entrenados durante su último embarazo, 1994-2005 [6]

País (año)	%	País (año)	%
Asia		**África subsahariana**	
Bangladesh (2004)	**14**	Benín (2001)	**55**
Cambodia (2000)	**8**	Burkina Faso (2003)	**17**
India (1998-99)	**29**	Camerún (2004)	**57**
Indonesia (2002-03)	**46**	República Central Africana (1994-95)	**29**
Nepal (2001)	**12**	Chad (2004)	**16**
Filipinas (2003)	**66**	Comoros (1996)	**43**
Vietnam (2002)	**26**	Costa de Marfil (1998-99)	**36**
		Eritrea (2002)	**40**
África septentrional/África occidental/Medio Oriente		Gabón (2000)	**62**
		Ghana (2003)	**68**
Armenia (2002)	**62**	Guinea (1999)	**48**
Egipto (2000)	**41**	Kenia (2003)	**50**
Jordania (2002)	**91**	Madagascar (2003-04)	**37**
Marruecos (2003-04)	**30**	Malawi (2000)	**53**
Turquía (1998)	**45**	Mali (2001)	**18**
Yemen (1997)	**12**	Mauritania (2000-01)	**8**
		Mozambique (2003)	**32**
Asia central		Namibia (2000)	**67**
Kazakstán (1999)	**70**	Níger (1998)	**12**
República Kyrgyz (1997)	**81**	Nigeria (2003)	**43**
Turkmenistán (2000)	**83**	Ruanda (2000)	**10**
Uzbekistán (1996)	**78**	Senegal (1997)	**17**
		Sudáfrica (1998)	**72**
Latinoamérica y el Caribe		Tanzania (1999)	**37**
Bolivia (2003)	**55**	Togo (1998)	**27**
Brasil (1996)	**79**	Uganda (2000-01)	**38**
Colombia (2005)	**83**	Zambia (2000-01)	**65**
República Dominicana (2002)	**31**	Zimbawe (1999)	**63**
Guatemala (1998-99)	**52**		
Haití (2000)	**38**		
Nicaragua (2001)	**55**		
Perú (2000)	**40**		

a cabo dos encuestas, generalmente con un periodo de cinco años de diferencia. La atención calificada del parto fue prácticamente universal (97–100%) en Jordania, Kazakstán, República Kyrgyz, Turkmenistán y Uzbekistán. Durante un periodo de aproximadamente cinco años, el incremento de la atención calificada del parto fue de 23 puntos porcentuales en Marruecos, 21 puntos porcentuales en Vietnam, 19 puntos porcentuales en Namibia, 16 puntos porcentuales en Egipto y 9 puntos porcentuales en India. En Nepal y Bangladesh, donde la mayoría de partos siguen siendo domiciliarios, el incremento alcanzó tres puntos porcentuales en un periodo de cinco años. Sin embargo, se observó una disminución en la proporción de atención calificada de partos en Indonesia, de 51% en 1997 a 43% en 2002–2003, en Mozambique, de 41% en 1997 a 21% en 2003, y en Uganda, de 35% en 1995 a 18% en 2000–01. Es necesario estudiar las razones de esta disminución para revertir la tendencia.

Tabla 5. Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado, por subregión en países en desarrollo, 1990 y 2000[9]

	1990	2000
Todas las regiones en desarrollo	44.7	54.2
Latinoamérica/Caribe	76.9	81.8
Asia occidental	77.1	88.6
Asia sudoriental	42.1	64.4
Asia del sur	32.3	41.4
Asia oriental	53.4	72.1
África septentrional	40.6	67.0
África subsahariana	39,4	39.8

Cuidado obstétrico de emergencia

Se estima que aproximadamente 15% de mujeres experimentan complicaciones en la gestación, parto y puerperio, las cuales deben tener acceso a cuidado obstétrico de emergencia para prevenir las muertes maternas. Con frecuencia, estas instalaciones no están disponibles en contextos de bajos recursos, principal razón por la cual existen altos niveles de mortalidad materna. La Tabla 6 muestra en qué medida se logró alcanzar los niveles recomendados de cuidado obstétrico de emergencia según el tamaño de población en los 23 países en desarrollo donde las necesidades fueron evaluadas.[10] En 16 de los 23 países, menos del 50% de los niveles recomendados habían sido alcanzados.

Atención postnatal

La mayoría de muertes maternas ocurre entre el tercer trimestre de embarazo y la primera semana después del parto o aborto.[3] Un informe reciente, basado en datos de las ENDES, muestra que solo el 61% de las mujeres que dieron a luz en un establecimiento de salud en 30 países en desarrollo recibió atención postnatal,[11] porcentaje que tendía a ser mucho menor en los lugares donde la mayoría de partos fue atendido en casa. Por ejemplo, solo 11% de las mujeres recibió atención postnatal en Etiopía, 27% en Bangladesh y 28% en Nepal. Incluso entre aquellas que acudieron a un control postnatal, la mayoría lo hizo tres o más días después de haber dado a luz fuera de un establecimiento de salud. De hecho, este control debería realizarse dentro de las 24 horas después del parto, y todas las mujeres deberían tener acceso a él.

Tabla 6. Disponibilidad de servicios de cuidado obstétrico de emergencia (COEm) en países seleccionados, 1999-2003[10]

País y año	Cinco instalaciones de COEm por 500,000 habitantes (% de disponibilidad alcanzada)	Nº de instalaciones estudiadas
Nepal (1999-2000)[a]	18%	157
Camerún (2000)	29%	487
Mauritania (2000) [a]	31%	67
Honduras (2003)	33%	27
Mozambique (1999)	34%	27
Bangladesh (1999) [a]	35%	710
India (2000)	36%	82
Malawi (2000)	36%	193
Mali (2002) [a]	38%	153
Sri Lanka (1999)	38%	115
Senegal (2000) [a]	39%	172
Chad (2002) [a]	40%	40
El Salvador (2003)	43%	33
Uganda (2002) [a]	44%	197
Pakistán (1999)	45%	70
Bolivia (2003)	48%	85
Perú (1999-2000) [a]	58%	31
Benín (2002) [a]	67%	282
Níger (2000) [a]	68%	85
Marruecos (2000)	69%	510
Nicaragua (1999-2000) [a]	86%	123
Ruanda (2003)	86%	27
Bután (2002) [a,b]	122%	31
Estados Unidos (2000) [a,b]	107%	3,084

a Incluidas instalaciones públicas y privadas.
b Indica que la disponibilidad excede cinco COEm por 500,000 habitantes.

Reducción de la razón de mortalidad materna a través del uso de anticonceptivos

En general, existe una relación inversa entre niveles de cobertura de la atención prenatal, parto y puerperio y la razón de mortalidad materna. Sin embargo, algunos países han experimentado una disminución de la mortalidad materna a pesar de una cobertura limitada y ningún progreso aparente en estos indicadores. En Bangladesh,

Tabla 7. Indicadores seleccionados de países con elevada razón de mortalidad materna, 2004-2005[6,16,17]

Indicadores	Chad 2004	Congo 2005	Guinea 2005	Malawi 2004	Ruanda 2005
Razón de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)	1,099	781	847	984	750
Ingreso nacional bruto per cápita (US$ en 2005)	400	950	440	160	230
Gasto total en salud como % de Producto Bruto Interno	4.2	2.5	5.3	12.9	7.5
Nº de médicos por 1,000 habitantes	0.04	0.20	0.84	0.02	0.05
Nº de enfermeras por 1,000 habitantes	0.24	0.11	0.47	0.59	0.42
Tasa de fertilidad total (hijos por mujer)	6.3	4,8	5.7	6.0	6.1
Embarazos no planeados (%)	17	33	14	40	35
Embarazo adolescente (% de mujeres 15-19)	37	27	32	34	4
% de mujeres que usan un método moderno actualmente	2	13	6	28	10
% de mujeres con necesidades anticonceptivas insatisfechas	21	16	21	28	38
% que recibe atención calificada en el parto	15	85	38	57	28

por ejemplo, aunque alrededor del 90% de los partos continúa ocurriendo en casa, atendido por parteras no calificadas o familiares,[12] la razón de mortalidad materna disminuyó en 22% en un periodo de 12 años, alcanzando 320 por 100 mil nacidos vivos entre los años 1998–2000. Este progreso puede ser atribuido en parte al incremento en el uso de anticonceptivos durante este periodo, y a la resultante disminución de la fertilidad y de los embarazos no planificados. La RMM muestra el riesgo obstétrico una vez que la mujer está embarazada, pero el incremento en el uso de anticonceptivos afecta directamente la tasa de muerte materna por mil mujeres en edad reproductiva y el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida, al reducir el número de embarazos. Se estima que en el año 2000, 90% de la mortalidad y morbilidad asociada al aborto, y 20% de la mortalidad y morbilidad por causas obstétricas, a nivel mundial, podría haberse evitado por el uso de anticoncepción efectiva en mujeres que deseaban posponer o evitar un futuro embarazo.[13]

En África subsahariana, el uso de anticonceptivos modernos continúa siendo bajo (20%) y la fertilidad alta (cinco hijos por mujer) en los países con mortalidad materna más elevada. En esta región, el 24% de mujeres casadas expresó una necesidad anticonceptiva insatisfecha,[14] y casi 30 mil mujeres mueren cada año debido a un aborto inseguro.[15]

Perfil de los países con niveles altos y bajos de mortalidad materna

Los cinco países con razones de mortalidad materna de 750 o más por 100 mil nacidos vivos, que cuentan con datos recientes de las ENDES (Chad, Congo, Guinea, Malawi, Ruanda), presentan diversas características comunes: bajos niveles de ingresos, escasez de personal de salud, altos niveles de fertilidad y embarazos no planificados (excepto en Chad y Guinea), y altos niveles de embarazo adolescente (excepto en Ruanda). La prevalencia de uso de anticonceptivos modernos es baja, excepto en Malawi, donde ésta es alta en relación con los otros cuatro países (Tabla 7). El número de partos recientes atendidos por personal calificado, sin embargo, osciló entre 15% en Chad y 85% en Congo. Se observó un patrón similar, de mayor variabilidad en el indicador de al menos cuatro visitas prenatales, entre mujeres que dieron a luz durante los tres años anteriores a la encuesta.

Tabla 7. Indicadores seleccionados de países con baja razón de mortalidad materna, 1998 -2005[6,16,17]

Indicadores	Sudáfrica 1998	Namibia 2000	Marruecos 2003-04	Bangladesh 2000[a]	China 2005[b]
Razón de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)	150	330	227	380	30
Ingreso nacional bruto per cápita (US$ en 2005)	4,770	7,910	4,360	2,090	6,600
Gasto total en salud como % de Producto Bruto Interno	8.6	6.8	5.2	3.1	4.7
Nº de médicos por 1,000 habitantes	0.77	0.30	0.51	0.26	1.06
Nº de enfermeras por 1,000 habitantes	4.08	3.06	0.72	0.14	1.05
Tasa de fertilidad total (hijos por mujer)	2.9	5.2	2,6	3.3	1.8[c]
Embarazos no planeados (%)	53	45.0	29.9	12.8	ND
Embarazo adolescente (% de mujeres 15-19)	16	17.6	6.5	14.7	ND
% de mujeres que usan un método moderno actualmente	55	42.7	54.8	43.4	90.0[c]
% de mujeres con necesidades anticonceptivas insatisfechas	15	22.1	10.0	15.3	ND
% que recibe atención calificada en el parto	86	76	63	13	83

a Cifra de mortalidad materna de una encuesta de hogares especial, los demás indicadores provienen de las ENDES de Bangladesh (1999/2000).
b Sistema de vigilancia epidemiológica.
c Las cifras sobre la tasa total de fertilidad y uso actual de un método moderno para China fueron extraídas del portal electrónico de la División de Población de NNUU: www.un.org/esa/population.
ND = Data no disponible

Los países en desarrollo con niveles relativamente bajos de mortalidad materna (Sudáfrica, Namibia, Marruecos, Bangladesh, China) son más variados en términos de indicadores sociales, económicos y de salud reproductiva (Tabla 8). Sin embargo, a excepción de Bangladesh, tienen una mejor situación económica y mejor infraestructura, comparados con los países con altas RMM. De manera similar, sus niveles de fertilidad, embarazo adolescente y embarazos no planificados son menores que en aquellos con altas RMM. Una excepción notable es Namibia, con 45% de embarazos no planeados y 22% de mujeres con necesidades anticonceptivas insatisfechas.

Conclusiones

Bangladesh, China, Egipto, Malasia, Rumania, Sri Lanka y Tailandia han reducido sus índices de mortalidad materna en periodos relativamente cortos. Estos países han usado enfoques e intervenciones variados. Ronsmans et al.[3] identifican las estrategias, aplicadas en cada uno de ellos, que contribuyeron a dicha disminución, incluyendo la liberalización de la ley del aborto en Rumania, el control de enfermedades infecciosas en Sri Lanka, el incremento del uso de anticonceptivos en Bangladesh y una ampliación del acceso a cuidados hospitalarios y obstétricos en Egipto, Honduras, Malasia y Tailandia.

La proporción de partos atendidos por personal de salud calificado se ha incrementado en todas las regiones salvo en África subsahariana, aunque el efecto sobre las muertes maternas no ha sido significativo. Un estudio recientemente publicado, utilizando datos de la OMS en 188 países, encontró que la atención calificada del parto no estaba asociada a una reducción significativa de la mortalidad materna mientras no se alcanzara una cobertura de alrededor del 40%, al tiempo que cuatro o más visitas prenatales no estaban

asociadas con reducciones significativas en la muerte materna en tanto no se alcanzara una cobertura de alrededor del 60%.[18] En general, los logros en la reducción de la mortalidad materna han sido moderados, y a este ritmo de avance no lograrán alcanzar las metas del ODM 5 a nivel mundial.[19] Se requiere redoblar los esfuerzos, los cuales deben abordar múltiples facetas. Esta revisión de los datos disponibles ilustra la magnitud de la tarea pendiente para reducir la mortalidad materna.

Maternal Mortality and Maternity Care from 1990 to 2005: Uneven but Important Gains
Reproductive Health Matters 2007;15(30):17–27

Referencias

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva7 WHO, 1992.
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and World Bank. Geneva7 WHO, 2007. (In press)
3. Cited in Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006;368(9542):1189–200.
4. Hill K, El Arifeen S, Koenig M, et al. How should we measure maternal mortality in the developing world? A comparison of household deaths and sibling history approaches. Bulletin of World Health Organization 2006;84:173–80.
5. Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. Studies in Family Planning 2000;31: 111–23.
6. Vadnais D, Kols A, Abderrahim N. Women's lives and experiences: changes in the past 10 years; Calverton MD7 ORC Macro, 2006.
7. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva7 WHO, 2004.
8. World Health Organization. Proportion of births attended by a skilled attendant: 2007 updates. Factsheet. Geneva7 Department of Reproductive Health and Research, WHO, 2007.
9. Stanton C, Blanc AK, Croft T, et al. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. Journal of Biosocial Science 2007;39(1): 109–20.
10. Paxton A, Bailey P, Lubis SM, et al. Global patterns in availability of emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006;93(3):300–07.
11. Fort AL, Kothari MT, Abderrahim N. Postpartum care: levels and determinants in developing countries. DHS Comparative Reports No.15. Calverton MD7 Macro International, 2006.
12. Koenig MA, Jamil K, Streatfield PK, et al. Maternal health and care-seeking behaviour in Bangladesh: findings from a national survey. International Family Planning Perspectives 2007;33(2):75–82.
13. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: Ezzati M, Rodgers A, Rodgers A, et al, editors. Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Geneva7 WHO, 2004. p.1255–320.
14. Sedgh G, Hussain R, Bankole A, et al. Women with unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. New York7 Guttmacher Institute, 2007.
15. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. 5th ed. Geneva7 WHO, 2004.
16. World Health Organization. World Health Statistics 2007. Geneva7 WHO, 2007.
17. World Bank. Data and research. At: <www.web.worldbank.org>. Accessed 3 September 2007.
18. McClure EM, Goldenberg RL, Bann CM. Maternal mortality, stillbirth and measures of obstetric care in developing and developed countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2007;96:139–46.
19. Hill K, Thomas R, AbouZhar C, et al. Global estimates of levels and trends in maternal mortality: 1990–2005. Lancet 2007. (Forthcoming)

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(30):28–37
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 30335-2

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Cómo mejorar la salud materna: lograr que suceda lo que funciona

Loveday Penn-Kekana,[a] Barbara McPake,[b] Justin Parkhurst[c]

a Investigadora, Centro de Políticas en Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica. E-mail: loveday.penn-kekana@nhls.ac.za
b Director, Instituto de Salud y Desarrollo Internacional, Universidad Queen Margaret, Edimburgo, RU
c Profesor en Políticas de Salud, Unidad de Políticas de Salud, London School of Higiene and Tropical Medicine, Londres, RU

Resumen: *En muchos países, resulta improbable disminuir la tasa de mortalidad materna, pese a la disponibilidad de intervenciones eficaces y poco costosas que son parte de la política oficial. En este artículo se explora el porqué, a raíz de investigaciones sobre los servicios de maternidad en Bangladesh, Rusia, Sudáfrica y Uganda. Un simple modelo de respuestas dinámicas muestra que la clave para entender los retos de la implementación radica en las respuestas reflexivas, complejas y dinámicas de los trabajadores de la salud y miembros de la comunidad a las políticas y los programas. Estas respuestas son "dinámicas" en el sentido de que emergen debido a fuerzas dentro y fuera del sistema, y, a su vez emplean sus propias fuerzas. Tienen como resultado la diferencia entre el sistema de salud que es concebido en la política, y lo que es puesto en práctica por los trabajadores de la salud y experimentado por las usuarias. Los programas que procuran mejorar la salud materna no son sólo técnicos sino también intervenciones sociales que deben ser evaluadas como tal, utilizando metodologías que fueron creadas para evaluar intervenciones sociales complejas cuyo objetivo es promover cambios. Los elementos de los programas eficaces fueron definidos mundialmente. Sin embargo, para lograr que suceda lo que funciona, importa el contexto. Por tanto, los asesores técnicos deben dar "consejos" con más cautela, los administradores de programas locales deben recibir capacitación para realizar ajustes que mejoren los programas continuamente, y el detalle relacionado con el proceso, y no sólo los resultados, debe documentarse en las evaluaciones.*

Palabras clave: *servicios de maternidad, sistemas de salud, intervenciones para el cambio social, respuestas dinámicas, Bangladesh, Rusia, Sudáfrica, Uganda.*

En los últimos tres años se han realizado una serie de publicaciones importantes sobre salud materna, incluyendo el *Informe Mundial de Salud 2005*, el informe del Grupo de Trabajo en Salud Materno Infantil *Transformando los Sistemas de Salud para Mujeres y Niños* y la serie *Lancet* referente a la sobrevivencia materna.1-7 Estas publicaciones han hecho valiosas contribuciones, resumiendo la opinión de los mayores expertos en el tema acerca de por qué no se han logrado avances en la reducción de la muerte materna, y sobre lo que se requiere para cambiar esta situación.

En la última serie *Lancet*, una de las contribuciones se centra en "mantener lo que funciona"[1-7] y otra en "ampliar la escala del cuidado profesional calificado"[7]. Ambas enfatizan la necesidad de invertir en salud materna, y en los elementos del paquete de atención materna que deben ser priorizados. Por ejemplo, recogen evidencia acerca de que las estrategias basadas en la atención institucional de parto tienen mayor efecto sobre la mortalidad materna, y sobre la necesidad de aumentar la escala de la atención materna. Campbell y Graham[1] plantean que las "*estrategias funcionarán si los componentes son efectivos y los medios usados para*

su distribución alcanzan una alta cobertura en el grupo objetivo". (Mensajes clave, p.1284).

Luego de implementar un programa de investigación de cinco años de duración sobre sistemas de salud en Bangladesh, Rusia, Sudáfrica y Uganda, focalizado en los servicios de maternidad, hemos llegado a la conclusión de que es necesario darle vuelta a este argumento. Se requiere más bien poner mayor énfasis en el principio de que las estrategias *no* funcionarán si no se logra que los componentes sean efectivos y si los medios utilizados para distribuirlos *no* alcanzan una alta cobertura en el grupo objetivo.

En salud materna existe una gama de intervenciones cuya eficacia para reducir la mortalidad materna ha sido comprobada. Muchas de ellas son una política oficial en casi todos los lugares donde son necesarias. Pero como sabemos, en la práctica, más aun en los países de bajos ingresos que en los de altos ingresos, las intervenciones planeadas no son implementadas de manera efectiva. Una mejora en el conjunto de intervenciones para lograr una combinación óptima de las que resulten más eficaces no resuelve este problema.

La falta de inversión de recursos suficientes es un factor que a menudo contribuye al fracaso en la implementación efectiva de las intervenciones planificadas, lo que supone que los insumos necesarios no estarán físicamente disponibles. Un ejemplo de esta deficiencia, ciertamente bastante difundida, es no contar con personal calificado para la atención del parto en un número adecuado, tal como ha señalado Koblinsky[7]. Por lo tanto resulta apropiado demandar más recursos. Puede también ocurrir que los insumos estén mal distribuidos. Para que la intervención efectiva sea posible se requiere que el trabajador de salud esté calificado para realizarla, y que los instrumentos y suministros necesarios estén todos al mismo tiempo en el mismo lugar. Es posible que todas las condiciones no estén presentes simultáneamente debido a fallas en el sistema logístico; a inadecuadas oportunidades de capacitación; estrategias de entrega mal planificadas y otros factores susceptibles de ser resueltos técnicamente. Debido a ello resulta útil contar con la asesoría de expertos técnicos en estos temas.

Sin embargo, son frecuentes las veces en que no se logra que las estrategias sean efectivas, o que lleguen a los grupos objetivos, incluso cuando existe disponibilidad de insumos y equipos humanos adecuadamente capacitados en el lugar y momento indicados. En algunos de estos casos, aun cuando esta disponibilidad puede resultar problemática, son otros factores los que obstaculizan las intervenciones. Este artículo se centra en estas limitaciones para la sobrevivencia materna.

El Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud

El Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud fue un programa de investigación del Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), vigente desde el año 2001 hasta el 2006. Este desarrolló la mayor parte de su trabajo en Bangladesh, Rusia, Sudáfrica y Uganda. Esta selección contrastaba países de medianos ingresos "en transición", cuyas principales deficiencias en el sistema de salud estaban vinculadas a inequidades existentes, con países de bajos ingresos, en los cuales estos problemas se distribuían de manera más uniforme. Ambos tipos de problemas son relevantes para abordar la sobrevivencia materna a nivel global, aunque sus características sistémicas pueden ser bastante diferentes. El programa se centró en una gama de servicios de salud y condiciones como "proxys", que permitieran una mayor comprensión del funcionamiento del sistema de salud. Los servicios de maternidad son parte de un sistema de salud que funciona en diversos niveles, y requiere el cumplimiento de ciertas condiciones en la periferia del mismo en caso de emergencias.

Al inicio del programa se realizó un análisis situacional de los servicios de salud materna en los cuatro países, incluyendo la revisión de materiales tanto publicados como inéditos, entrevistas a actores clave y el análisis de fuentes secundarias disponibles. Luego se desarrollaron una serie de proyectos para explorar aspectos indispensables que surgieron del análisis situacional. En Bangladesh y Uganda, los estudios posteriores se centraron en la utilización de servicios, tema que emergió como el más relevante. En Rusia, se investigó los factores que pudieran explicar las amplias variaciones en prácticas y resultados en los establecimientos de salud, así como las razones por las cuales los profesionales no aceptaban ni implementaban la medicina basada en evidencias. En Sudáfrica, donde la deficiente práctica de los proveedores fue identificada como un elemento primordial en la mortalidad materna, la investigación se centró en los factores vinculados a la práctica de las obstetrices en las salas de maternidad, así como aquellos que influían en los niveles, movilidad y motivación del personal. Los detalles completos de estos proyectos de investigación y publicaciones están disponibles en www.hsd.lshtm.ac.uk/links/index.htm.

Al finalizar el programa se desarrolló un modelo conceptual como resultado de las reflexiones conjuntas sobre el trabajo realizado en los cuatro países, así como de otros estudios (Gráfico 1). En este modelo se reconoce que tanto el contexto como las respuestas de los trabajadores de salud, pacientes y miembros de la comunidad moldean la forma en la que operan los sistemas de salud

local, así como el éxito o fracaso de las nuevas políticas y programas orientados a mejorar los servicios de maternidad en dicho contexto.

Este marco enfatiza los siguientes elementos: 1) Procesos de determinación más complejos, es decir, no sólo relaciones causa-efecto sino cadenas de factores, potencialmente muy extensas, que provocan múltiples interacciones, y 2) la naturaleza social del funcionamiento de los sistemas de salud, es decir, la importancia de la interacción entre los actores sociales. Este enfoque reconoce que los trabajadores de salud son seres humanos complejos, motivados por una gama de incentivos económicos y no económicos, inmersos en sistemas de valores culturales y profesionales. No son robots que implementan sin pensar cualquier cosa que se les diga, ni son ángeles que piensan sólo en el bienestar de sus pacientes.[8] Igualmente, los pacientes y sus comunidades no son recipientes vacíos esperando ser "educados" para lograr que se eliminen las barreras económicas y físicas, sino participantes activos en una serie de procesos que pueden dar o no como resultado un acceso efectivo a los servicios. El "comportamiento con frecuencia desordenado de los individuos es a menudo difícil de cuantificar".[9]

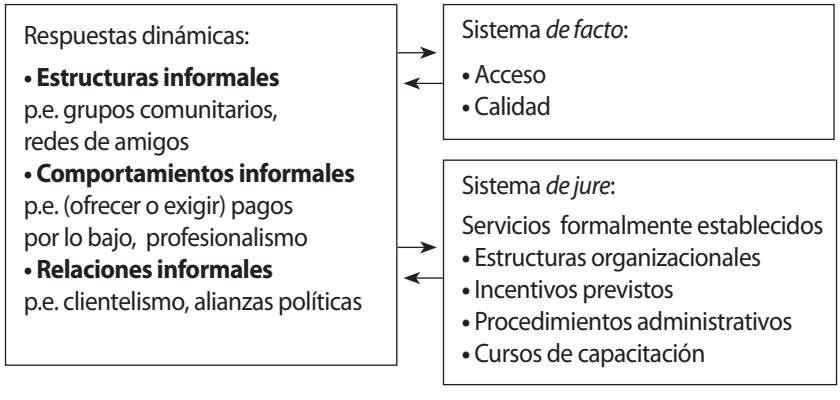
En este modelo, las respuestas de los trabajadores de salud y los miembros de la comunidad son la bisagra entre los arreglos formales (el sistema *de jure*, lo que se espera que ocurra) y el sistema *de facto* (lo que en realidad ocurre en los establecimientos y es experimentado por las personas que utilizan los servicios de salud). Estas respuestas son "dinámicas" en el sentido de que emergen por fuerzas internas y externas al sistema, y a su vez ejercen sus propias fuerzas. Aunque los arreglos formales ofrecen el punto de entrada para las intervenciones, la posibilidad de que las personas accedan a servicios que respondan a sus necesidades depende de manera crucial de la respuesta de los trabajadores de salud y gerentes a cargo de la implementación del sistema *de jure*. Las relaciones y contextos que se dan en el campo son tan importantes como el conjunto de *inputs*, y deben ser abordados como tales. Tanto la política como la manera en que ésta es implementada y las razones para ello son igualmente importantes y dignas de atención y evaluación. Por tanto, para desarrollar programas y políticas con mejores resultados para los usuarios es necesario involucrarse directamente con el contexto, y con la forma en que las estructuras de organización formales, los incentivos previstos y los procedimientos administrativos interactúan en el terreno con las estructuras, comportamientos y relaciones informales.

El aspecto crítico del modelo es que no establece ningún vínculo directo entre los sistemas *de jure* y *de facto*, y por lo tanto, ningún vínculo necesario entre la provisión de inputs y su organización y gestión *de jure*, con los resultados que emerjan. El único sistema de salud susceptible de ser experimentado por quienes lo utilizan es aquel que emerge de múltiples interacciones humanas.

Estudios centrados en respuestas dinámicas en salud materna

Hemos extraído algunos ejemplos de nuestro trabajo para ilustrar el argumento del modelo planteado. Utilizamos nuestro propio trabajo debido en parte a que estamos más familiarizados con él, pero también porque aunque los temas identificados no son exclu-

Gráfico 1. Modelo de respuestas dinámicas



sivos a nuestra investigación, su principal motivación fue la exploración de estas dinámicas. Otros estudios reconocen las relaciones, estructuras y comportamientos informales, pero raramente focalizan su análisis en la forma como estos factores interactúan e influyen en las políticas o estrategias.

Sudáfrica

El análisis situacional de los servicios de maternidad en Sudáfrica concluyó que su desempeño es deficiente considerando que se trata de un país de medianos ingresos, que cuenta con una infraestructura de salud considerable, disponibilidad de personal, aborto legal, atención gratuita en la gestación y altos niveles de utilización de servicios de atención de parto (92% según la Encuesta Demográfica y de Salud de 1993). Los principales factores explicativos identificados incluyeron altos niveles de inequidad, impacto del VIH/SIDA y problemas en la práctica y motivación de los proveedores. Se realizaron dos estudios adicionales para explorar aspectos vinculados a los proveedores.

Una etnografía de dos salas de maternidad

Este estudio se desarrolló en dos hospitales distritales, uno urbano y otro rural. El proyecto buscaba explorar los factores que configuraban la práctica de los proveedores, dado que ésta había sido identificada como central en la ocurrencia de muertes maternas.[10] El estudio encontró una brecha considerable entre la práctica establecida en los documentos de política oficial (el sistema *de jure*) y lo que realmente ocurría con relación al cuidado de las pacientes en las salas de parto (el sistema *de facto*). Las obstetrices se hallaban insertas en un sistema jerárquico, luchando por implementar una serie de nuevas políticas, en su mayoría no relacionadas directamente con la salud materna. Enfrentadas a enormes demandas, priorizaban las políticas que consideraban eran más valoradas por sus directores, aquellas que, de no ser implementadas supondrían una sanción, o las que podían implementarse fácilmente. Por ello comenzaron con los aspectos más sencillos de las nuevas políticas: colocar afiches con directivas para tratar las principales causas de mortalidad materna, por ejemplo, aunque se hizo poco para respaldar estas directivas. Se ignoró los cambios más complejos o difíciles, particularmente si tenían un impacto en la cultura del establecimiento o desafiaban la dinámica de poder existente. Raramente se explicaba o discutía con el personal la finalidad de las políticas; más bien, se les presentaba una lista de tareas a cumplir.

Esta situación era particularmente evidente con relación a un conjunto de políticas que buscaban empoderar a las pacientes y mejorar la relación paciente-proveedor. Las enfermeras debían llevar etiquetas con sus nombres y eran sancionadas por los directores si no lo hacían, pero no quedaba claro (o no era considerado importante por esos mismos directores) si esto mejoraba la relación con las pacientes. Durante el estudio, el investigador observó a una enfermera mayor burlándose de las pacientes que no podían leer las etiquetas y, en una serie de situaciones, que las pacientes no usaban los nombres de las enfermeras ni parecían recordarlos si querían quejarse sobre alguna de ellas en particular. Ambas salas de parto tenían buzones de sugerencias en las paredes; en uno de los hospitales, estos no contaban con papeles, mientras que en el otro, se solicitaba de manera rutinaria a las pacientes que los llenaran antes de ser dadas de alta. Estos comentarios servían de insumos para los informes que eran enviados cada mes a la dirección del hospital y al gobierno provincial, pero no se abordaba las quejas como tales. Lo importante, y lo que era evaluado como parte del desempeño del director de la sala, era que se escribieran los informes.

Otro claro ejemplo de cómo las relaciones informales afectaban los servicios provistos *de facto*, se relacionaba con la capacitación. Las oportunidades de capacitación existían, pero también controversias entre el personal, y entre la dirección y los sindicatos, sobre quién debía beneficiarse de ella. Como resultado, los contenidos de la capacitación no siempre eran replicados a los demás miembros de la sala, y ésta llegaba a quienes no debía para asegurar que se trataba de un proceso "justo".[11]

Con relación a las respuestas de las pacientes y la comunidad, el estudio etnográfico encontró que las primeras tomaban decisiones acerca del hospital en el que querían dar a luz, contrariamente a lo previsto por los planificadores en salud. Por ejemplo, tanto mujeres blancas como negras preferían dar a luz en los hospitales antes exclusivos para población blanca, por la percepción de una mejor calidad de atención. Ello, a pesar que estos hospitales se encontraban más lejos de donde vivían, eran establecimientos de menor nivel y no siempre realizaban cesáreas.[11]

La dinámica del personal de enfermería en las salas de maternidad

Se realizó un segundo estudio en tres de las provincias más pobres de Sudáfrica. Se envió un cuestionario por fax a todos los hospitales del sector público que brindaran servicios de maternidad en las tres provincias. Se realizó visitas a 15 hospitales y 27 clínicas seleccionadas a través de un muestreo multietápico por conglom-

erados. El estudio tenía cuatro componentes: un instrumento para medir la movilidad, absentismo, índices de vacancia y carga de trabajo del personal; una encuesta de motivación; un experimento de selección divergente; y una sección cualitativa para explorar las visiones de los directores de enfermería acerca de los retos que plantea el dirigir y retener al personal en las salas de maternidad. El estudio encontró que el personal de enfermería estaba desmotivado y que cerca de la mitad consideraba la posibilidad de dejar su trabajo. Los factores asociados con la falta de compromiso organizacional eran el pago inadecuado, las escasas perspectivas de promoción, el no sentirse respaldados por la dirección y la mala relación con sus colegas. El experimento de selección divergente encontró que las decisiones de las enfermeras sobre su trabajo eran influidas tanto por factores económicos como no económicos. La adecuada gerencia y buen equipamiento del hospital tenían tanta influencia en las decisiones sobre el lugar de trabajo, como un incremento de 15% en el sueldo.

La sección cualitativa de la investigación identificó una serie de ejemplos de políticas que no funcionaban de la manera prevista. Por ejemplo, el gobierno sudafricano introdujo una asignación para retener al personal en áreas rurales. Sin embargo, esta asignación estaba dirigida sólo a las enfermeras de nivel profesional y no técnico, lo que provocó altos niveles de tensión en las salas de maternidad. La reforma parecía haber tenido un impacto no sólo en la desmotivación del personal que no recibía la asignación, sino también haber causado una "doble desmotivación"12 en el personal que sí la recibía, dado que se sentía culpable, avergonzado o incómodo porque sus colegas no lo hacían, y que manifestaban: "*Tú recibes la asignación, haz tú el trabajo*".

Otro hallazgo clave fue que los directores de las salas de maternidad y los hospitales tenían dificultades con su rol. Muchos "actuaban" como tales y sentían que asumían una responsabilidad que no era retribuida. Muchos opinaron que los procesos de asignación de personal eran injustos. "*Le dan el trabajo a cualquiera, generalmente a la amiga de alguien, sin importar si sabe algo de gerencia*".

En algunos establecimientos había una alta movilidad de personal, y en otros una desorganización en la gerencia. Por ejemplo, en un establecimiento, tres miembros diferentes del personal se identificaron a sí mismos como gerentes. En otros hospitales, la gerencia y el personal estaban entrampados en conflictos sobre temas específicos que afectaban todas las áreas de trabajo, incluyendo la negativa del personal a implementar diversas políticas y aspectos referidos al cuidado del paciente, como una forma de desafiar a sus superiores.[13]

En estas circunstancias, no es difícil imaginar cómo puede distorsionarse en esencia una intervención orientada a mejorar la salud materna.

Rusia

En Rusia, el análisis situacional encontró que a pesar de que existe una vasta infraestructura ampliamente usada por las mujeres, el sistema no logra buenos resultados en la salud. Una explicación esgrimida es que los grupos marginados con mayores necesidades enfrentan barreras sistemáticas en el acceso, y los servicios no siempre responden a las mismas.[14,15] Un segundo hallazgo clave fue la amplia variación en las prácticas observadas en las unidades de maternidad, así como un distanciamiento de la práctica basada en evidencias reconocidas internacionalmente. Por ejemplo, muchas mujeres fueron hospitalizadas por largos periodos de tiempo debido a que sus embarazos fueron catalogados como "anormales".

Explicando la variación en la práctica de los proveedores en la región Tula

La región Tula fue seleccionada para el estudio debido a la disponibilidad de una base de datos elaborada para recoger amplia información sobre el resultado de embarazos y partos en la región.[15] El estudio incluyó el análisis de fuentes secundarias, entrevistas en profundidad con decisores, practicantes y gerentes de establecimientos, así como la revisión de documentos de política. La tasa de natalidad en Tula, como en el resto de Rusia, descendió a la mitad entre 1987 y 1999. Sin embargo, el sistema *de jure* no respondió –no se realizaron ajustes en la disponibilidad de camas ni en los incentivos relacionados con ella, que establecían una relación directa entre el financiamiento y el número de camas. El resultado en el sistema *de facto* fue un incremento del número de mujeres hospitalizadas por condiciones mal definidas, tales como "prevención de aborto espontáneo". En algunos establecimientos, todas las mujeres embarazadas eran hospitalizadas por esta razón, generalmente por un periodo de 28 días. La proporción de camas de maternidad utilizadas para este tipo de condiciones prenatales con relación a las utilizadas para el parto se incrementó de 21% a 45% entre 1985 y 2001.

Se realizaron informalmente algunos cambios adicionales a nivel local, que permitieron dejar vacantes los puestos que resultaban innecesarios. Este presupuesto fue destinado a mejorar algunos salarios y contratar personal no contemplado pero necesario para fines de administración y cuidado especializado, como por ejemplo anestesistas.

El estudio encontró un sistema *de jure* altamente regulado que especificaba una larga lista de procedimientos. En muchos casos, los "protocolos obligatorios" no recogían la evidencia internacional sobre efectividad. Incluían enemas, rasurado y monitoreo fetal de rutina, así como la posición horizontal para el parto. Sin embargo, pocos de los entrevistados recordaban estas medidas; estaban más familiarizados con decretos más antiguos de la Unión Soviética que prescribían la estructura requerida para los servicios de salud materna. Las prácticas obstétricas de rutina tampoco recogían la evidencia internacional, e incluían la prescripción rutinaria de multivitamínicos y restricciones estrictas en la dieta, con relación, por ejemplo, a frutas y vegetales de color rojo.

Se encontró que algunos procedimientos eran aplicados a pacientes que no evidenciaban una necesidad por dicho procedimiento. Por ejemplo, era más probable que se practicara una amniocentesis a las mujeres jóvenes que a las mayores.

El estudio evidenció así mismo una resistencia a realizar cambios formales en el sistema examinado, ejemplificada por la falta de respuesta frente a tasas de natalidad en descenso, pero también por cierta capacidad informal de respuesta, ilustrada en la disponibilidad para utilizar recursos destinados al personal en otras prioridades identificadas. Algunas de las respuestas informales, como ésta, compensaban las debilidades de la política formal, mientras que otras podían exacerbarlas. Se sugirió que una política efectiva debía empezar por reconocer la capacidad del sistema para responder de manera informal.

Bangladesh y Uganda

En Bangladesh y Uganda, el análisis situacional arrojó dos temas claves: primero, se identificó como principal obstáculo para mejorar la sobrevivencia materna los bajos niveles de utilización de los servicios de maternidad disponibles; y segundo, se encontró como factor importante el impacto de las reformas más amplias del sector salud sobre los servicios de maternidad. Estos factores son las características dominantes en ambos análisis situacionales. Con el fin de profundizar estos aspectos, se realizó dos proyectos de investigación conjuntos sobre los factores vinculados a la utilización de servicios y el impacto de las reformas del sector sobre los trabajadores de salud. Por razones de espacio, sólo consignamos aquí el primero de ellos. El estudio sobre reforma de salud corrobora las conclusiones de los estudios realizados en Sudáfrica –las políticas orientadas a mejorar la eficiencia y equidad a menudo eran distorsionadas en su interpretación e implementación, generando consecuencias no previstas. Lo anterior subraya cómo la dinámica del sistema en su conjunto constituye el contexto en el que se generan las respuestas dinámicas a nivel micro, objeto de nuestro análisis.

Motivaciones y estrategias para el acceso a la atención obstétrica en Uganda y Bangladesh

El primer estudio, de tipo cualitativo, en lugar de explorar las razones por las cuales las mujeres no utilizaban los servicios de maternidad se centró en aquellas que sí daban a luz en un establecimiento, sus motivaciones y la forma en la que lograban, ellas y sus familias, vencer las barreras de acceso al parto institucional ampliamente documentadas en ambos países. El estudio fue realizado en un distrito rural en Bangladesh y otro en Uganda. En cada país se entrevistó a 30 mujeres que habían dado recientemente a luz en un establecimiento de salud.

En Uganda, 28 de las 30 mujeres entrevistadas habían planificado dar a luz en un establecimiento; la principal motivación mencionada fue el miedo a posibles complicaciones durante el embarazo o el parto. Una mujer dijo, por ejemplo: "*Es mejor dar a luz en el hospital porque puedes recibir atención profesional inmediatamente, especialmente si hay complicaciones*."[16]

Se reportó que los esposos habían empezado a ahorrar desde el inicio del embarazo para pagar los costos de transporte; la atención en la maternidad era gratuita, y los costos informales eran relativamente pequeños. Las mujeres también señalaron que en su círculo social, la mayoría de mujeres pensaba que dar a luz en un establecimiento era lo correcto, lo que resultaba sorprendente en un ámbito donde los partos institucionales representaban sólo el 39% de todos los partos. Esto puede significar que existe un patrón grupal en el comportamiento de búsqueda de atención en salud, según el cual los grupos de mujeres que pertenecen a una misma red social pueden presentar índices de utilización de servicios mayores al promedio, sugiriendo un conjunto de respuestas dinámicas entre las usuarias de servicios al interior de una red. Una explicación alternativa es, sin embargo, que las respuestas hayan estado sesgadas, en la medida en que las mujeres pueden haber considerado que ésta era la respuesta "correcta" al ser preguntadas por las prácticas de sus amigas.

Bangladesh presentaba una situación diferente. Veintidós de las 30 mujeres intentaron primero dar a luz en su casa, por considerar que esto era lo adecuado, y sólo trataron de buscar ayuda en la clínica u hospital cuando se presentaron dificultades en el parto. De las mujeres

que planeaban dar a luz en el hospital, dos habían perdido a sus bebés en un parto domiciliario anterior y una había perdido a una hermana durante el parto. Así, incluso quienes dieron a luz en el hospital no pensaban que esta debía ser necesariamente la norma.

Mientras que en Uganda las mujeres reportaron que eran ellas y sus esposos quienes tomaban las decisiones, en Bangladesh el grupo de personas involucradas era mucho mayor, incluyendo miembros de la familia extensa y la comunidad, y una gama de agentes tradicionales de salud, tales como espiritualistas, herbolarios, parteras y "médicos comunitarios" locales no calificados. Otros miembros de la comunidad, incluyendo policías, profesores y practicantes de medicina no calificados tenían un rol importante en convencer a las mujeres y sus familias de la necesidad de un parto institucional.[16]

Aunque en Uganda las mujeres estaban, en general, satisfechas con la atención recibida, en Bangladesh muchas de ellas mostraron desconfianza respecto a la cesárea. Algunas afirmaron que ésta era realizada sin justificación médica, y sugirieron una motivación económica detrás de las recomendaciones de médicos y obstetrices en este sentido.[15,17,18]

En Uganda, la aplicación de las estrategias diseñadas para mejorar la sobrevivencia materna incluye un nuevo sistema subdistrital de salud, a fin de acercar la atención obstétrica de emergencia a los hogares, y en Bangladesh, la implementación de una red de atención primaria con equipamiento y personal para la atención obstétrica de emergencia. Los hallazgos sugieren que estas estrategias están mediadas por un conjunto complejo de respuestas dinámicas hacia los servicios disponibles, que operan en este caso entre pacientes y comunidades. Las estrategias basadas en la comprensión de este hecho tienen mayores probabilidades de éxito. Por ejemplo, se sugirió que en Bangladesh, la formulación de un conjunto flexible de criterios para indicar a las mujeres cuándo había necesidad de un parto institucional podría facilitar su acceso a la atención, dada la norma socialmente aceptada de dar a luz en casa.

Discusión y conclusiones

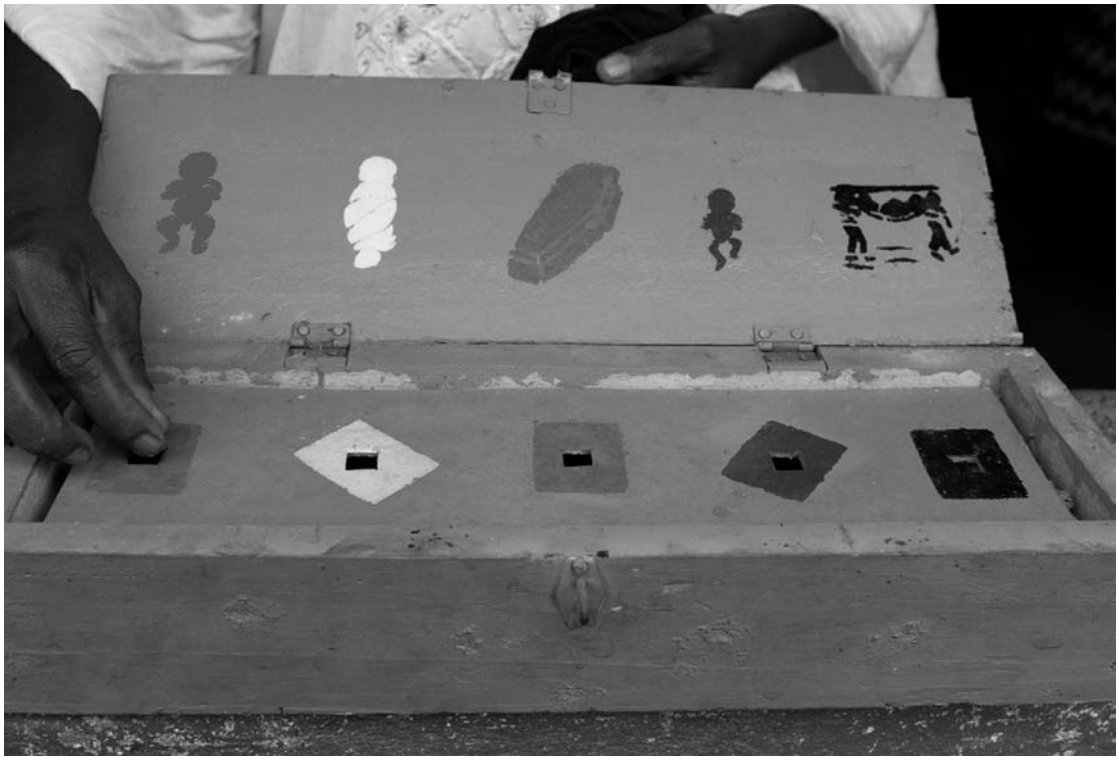
La prioridad de los países de bajos y medianos ingresos es formular mejores estrategias para lograr intervenciones efectivas. La evidencia sobre dicha efectividad no apoya esta prioridad. El modelo conceptual propuesto coloca el énfasis estratégico en la gestión de la intervención más que en la concepción o mejora de su contenido.

Los programas de intervención ponen en marcha una serie de respuestas dinámicas que interactúan en una forma compleja.[19] Esto implica que el efecto de un detalle aparentemente insignificante puede amplificarse mediante una serie de reacciones en cadena. Asimismo, el efecto de un componente aparentemente significativo de una reforma o política puede ser debilitado por este tipo de respuestas. Así, predecir el impacto de una intervención se convierte más en un arte que en una ciencia, basado en reconocer patrones de respuesta típicos y prepararse para su *posible* ocurrencia.

Esto significa que, para lograr que ocurra aquello que funciona, las estrategias evaluadas como efectivas en otros lugares son un punto de partida más que un punto de llegada. A menudo se señala que "el diablo está en los detalles". Y los estudios sobre servicios de maternidad deben enfocarse en los detalles, con el fin de identificar los patrones existentes y adaptar las estrategias de manera que tomen en cuenta las respuestas observadas en otros estudios. La importancia crítica que tienen estos factores sobre los resultados no se refleja en las recomendaciones de los asesores técnicos, ni se le presta la atención debida en los reportes y publicaciones oficiales.

Por ejemplo, puede definirse un programa como "capacitación a parteras" o "extensión de la atención calificada de parto", pero éste habrá incorporado un conjunto de componentes detallados –una estrategia de reclutamiento, una estrategia de consulta, un currículo de capacitación, un grupo de capacitadores y capacitados, un régimen de incentivos, un equipo gerencial y un sistema de información, entre otros- que deben ser analizados, definidos y monitoreados. No se puede copiar estos detalles de otros programas porque es imposible reproducir a los individuos involucrados, y porque el ámbito geográfico y la distribución de la población no son idénticos. Ello, debido a que el contexto importa. Las respuestas dinámicas que determinan el impacto final de un programa son configuradas por factores históricos, económicos, sociales y culturales que pueden ser extremadamente específicos según el momento y lugar. El pasado de segregación en Sudáfrica permite explicar muchos de los problemas de la profesión de enfermería.20 El inestable pasado político en Uganda y las medidas tomadas para estabilizarlo son relevantes para comprender cómo operan los servicios de maternidad. La abundancia de médicos y su relativo bajo estatus, y las actitudes prevalentes hacia las personas de repúblicas que antes pertenecían a la Unión Soviética, ayudan a entender los logros y fracasos de la implementación en Rusia. Las normas religiosas y sociales relacionadas con el rol de las mujeres en Bangladesh afectan la implementación de manera crítica.

El modelo de respuestas dinámicas requiere una forma diferente de evaluar el impacto de las intervenciones en salud materna, explicando lo que funciona y lo que



STAFFAN BERGSTRÖM

Village midwives in Sierra Leone use this box to record births, putting a pebble through the relevant hole. Symbols on the lid from left to right are: live birth, cord wrapped around the baby, baby has died, baby is low birthweight, mother has complications and has been taken to hospital.

no. Los Programas y políticas orientados a mejorar la oferta de atención en salud materna son intervenciones sociales y no sólo técnicas. Por esta razón, en lugar de seguir aplicando métodos para evaluar la efectividad que provienen de las ciencias clínicas, es necesario desarrollar métodos de evaluación que permitan el aprendizaje y la emergencia de patrones, reconociendo a la vez el rol que tienen las respuestas reflexivas, complejas y dinámicas del personal de salud y la comunidad frente a las políticas y programas.

En la actualidad existe una amplia literatura basada en la comprensión de este hecho, que explora la forma de evaluar intervenciones sociales complejas, aunque ésta ha sido escasamente aplicada a los programas de sobrevivencia materna en los países de bajos y medianos ingresos. Por ejemplo, el Instituto Aspen en Washington DC ha desarrollado desde 1992, métodos para la intervención comunitaria y su evaluación. En sus publicaciones, enfatiza la necesidad de una "teoría del cambio" que guíe el diseño, la estrategia de implementación y la evaluación de las intervenciones. Esta teoría del cambio surge de la consulta a grupos de interés y evaluadores para articular aquello que es percibido como elementos clave para el cambio al interior de un programa. Esta teoría se convierte en la hipótesis que debe ser puesta a prueba a partir de los datos recogidos por los evaluadores. La teoría requiere evidencia de cambio a nivel comunitario y sobre los elementos clave que lo han impulsado en otros contextos: "*Una mejor base de conocimiento nos permitirá formular mejores teorías del cambio, las cuales mejorarán a su vez tanto el diseño de nuestras iniciativas como las oportunidades de aprendizaje sobre el cambio.*" [21]

Pawson y Tilley[22] han defendido un enfoque similar, denominado "evaluación realística", centrado en las "configuraciones contexto-mecanismo-resultado", esto es, que en contextos específicos, operan mecanismos de efecto para producir un resultado. Los programas funcionan introduciendo nuevas ideas y/o recursos dentro de un conjunto de relaciones sociales existente. Una tarea crucial de la evaluación debería ser incluir (a través de la formulación de hipótesis y el diseño de investigación) un estudio sobre la medida en que estas estructuras pre-

existentes favorecen u obstaculizan los mecanismos de cambio deseados. Esto permitiría a quienes formulan las políticas observar los patrones que se desarrollan en los distintos países, para aprender tanto de los errores y problemas experimentados, así como de los éxitos.

Los componentes probables de los programas efectivos pueden ser y han sido definidos mundialmente. Sin embargo, para lograr que ocurra aquello que funciona, son fundamentales los detalles, los mismos que deben ser definidos a nivel local en cada lugar y momento específico (es decir, no de una sola vez sino sobre la base de una reevaluación constante). Esto implica:

- Que las agencias internacionales y los asesores técnicos den "consejos" con más cautela,
- Que es necesario capacitar a los gerentes de los programas locales con el fin de que puedan realizar permanentemente ajustes para mejorar los programas, y
- Que al evaluar los programas y lecciones aprendidas, se documente los detalles del proceso, y no sólo los resultados.

Improving Maternal Health: Getting What Works To Happen
Reproductive Health Matters 2007;15(30):28–37

Referencias

1. Campbell O, Graham W, on behalf of Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006;368: 1284–99.
2. Borghi J, Ensor T, Samanathan A, et al. Lancet Maternal Survival steering group. Mobilising financial resources for maternal health. Lancet 2006;368(9545):1457–65.
3. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva7 WHO, 2005.
4. UN Millennium Project. Who's got the power? Transforming Health Systems for Women and Children. New York7 UN, 2005.
5. Ronsmans C, Graham W, on behalf of Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where and why. Lancet 2006;368:1189–200.
6. Filippi V, Ronsmans C, Campbell O, et al. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. Lancet 2006;368:1535–41.
7. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al. Going to scale with professional skilled care. Lancet 2006;368:1377–86.
8. Blaauw D, Ambegaokar M, McPake B, et al. Neither angels nor robots: the 'dynamic responses' of health care workers and the unintended effects of health system functioning. London7 Health System Development Programme, 2006.
9. Balabanova D, Parkhurst J, McKee M, et al. Access to health care: taking into account health systems complexity. London7 Health Systems Development Programme, 2006.
10. Pattinson B, editor. Saving Mothers: Third Report on Confidential Enquiry into Maternal Deaths in South Africa 2002–2004. Pretoria7 Department of Health South Africa, 2006.
11. Penn-Kekana L. Ethnography of two labour wards. London7 Health Systems Development Programme, 2006.
12. Carr S, McLoughlin D, Hodgson M, et al. Effects of unreasonable pay discrepancies for under and overpayment on double demotivation. Genetic, Social and General Psychology Monographs 1996;122(4):475–94.
13. Penn-Kekana L, Blaauw D, Tint SK, et al. Nursing dynamics in the context of HIV/AIDS. Johannesburg7 Frontiers Programme, Population Council, 2004.
14. Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, et al. Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. Health Policy and Planning 2006;21(4):265–74.
15. Danishevski K, Balabanova D, McKee M, et al. Delivering babies in the time of transition in Tula, Russa. Health Policy and Planning 2006;21(3):195–205.
16. Parkhurst JR, Rahman SA, Ssengoba F. Overcoming access barriers for facility-based delivery in low-income settings: insights from Bangladesh and Uganda. Journal of Health Population and Nutrition 2006;24(4): 438–45.
17. Ssengooba F, Rahman SA, Hongoro C, et al. Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: mechanisms of effect. Human Resources for Health 2007;5:3.
18. Parkhurst J, Rahman SA. Life saving or money wasting? Perceptions of caesarean sections among users of services in rural Bangladesh. Health Policy 2007;80(3):392–401.
19. Lewin. Complexity: Life at the Edge of Chaos. 2001. London7 Phoenix, 2001.
20. Marks S. Divided Sisterhood. Johannesburg7 Witwatersrand University Press, 1994.
21. Auspos P, Kubisch AC. Building Knowledge about Community Change: Moving Beyond Evaluations. Washington DC7 Aspen Institute, 2004. At: <www.aspeninstitute.org/atf/cf/{DEB6F227-659B-4EC8-8F84-8DF23CA704F5}/BUILDINGKNOWLEDGE.pdf>. Accessed 16 August 2007.
22. Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. London7 Sage Publications, 1997.

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(30):125–133
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 30333-9

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Investigación sobre morbilidad materna severa y casos que casi conducen a la muerte en Brasil: lo que hemos aprendido

Jose Guilherme Cecatti,[a] Joao Paulo Souza,[b] Mary Angela Parpinelli,[C] Maria Helena de Sousa,[d] Eliana Amaral[e]

a Profesor de Obstetricia a tiempo completo, Departamento de Obstetricia y Ginecologia, Escuela de Ciencias Medicas Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas SP, Brasil. E-mail: cecatti@unicamp.br
b Coordinador, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Maternidad, Departamento de Obstetricia y Ginecologia, Escuela de Ciencias Medicas UNICAMP, Campinas SP, Brasil.
c Profesor Asistente de Obstetricia, Departamento de Obstetricia y Ginecologia, Escuela de Ciencias Medicas UNICAMP, Campinas SP, Brasil.
d Estadistico, Departamento de Obstetricia y Ginecologia, Escuela de Ciencias Medicas UNICAMP, Campinas SP, Brasil.
e Profesor Asociado de Obstetricia, y Director, Unidad de Obstetricia, Departamento de Obstetricia y Ginecologia, Escuela de Ciencias Medicas UNICAMP, Campinas SP, Brasil.

Resumen: *La presencia de complicaciones durante el embarazo depende menos del grado de desarrollo humano que de las diferencias en la forma en que se detectan y manejan. Un diagnóstico rápido y manejo correcto contribuyen a las enormes diferencias en razones de mortalidad materna entre países y regiones. El estudio de casos de morbilidad materna grave ayuda a entender mejor los determinantes de la mortalidad materna. Este artículo trata de diversos enfoques respecto al concepto de la morbilidad materna severa y casos que casi conducen a la muerte, así como la relación entre estos y muertes maternas. Aunque no se ha establecido una definición estricta de dichos casos o de la morbilidad materna severa, se muestra que las definiciones utilizadas pueden adaptarse para apoyar diversos objetivos: el monitoreo de los avances, la vigilancia epidemiológica y la auditoría de los servicios de salud. Concluimos que la versatilidad del concepto, el aumento en casos disponibles para el estudio y la posibilidad de entrevistar a las sobrevivientes, apoyan el valor de estudiar la morbilidad grave para guiar los esfuerzos locales por disminuir la mortalidad materna. Aunque esto es casi una realidad en los países desarrollados, continúa siendo un gran reto difícil de vencer en lugares donde sus beneficios serían más evidentes.*

Palabras clave: *Casos cercanos a la muerte, mortalidad y morbilidad materna grave, sistemas de vigilancia en salud*

AUNQUE la reducción del número de muertes maternas es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estas sólo constituyen la punta del iceberg de la morbilidad materna grave durante la gestación, el parto y el puerperio. No se conoce aún la magnitud de este tipo de morbilidad, cuyo abordaje resulta necesario si queremos lograr una mejora real en la salud materna. La incidencia de complicaciones agudas durante la gestación puede ser similar en los países desarrollados y en proceso de desarrollo; sin embargo, las diferencias en su detección y manejo pueden dar cuenta de la enorme brecha en las razones de mortalidad materna y en la incidencia de secuelas a largo plazo.[1]

Desde la década de los años 90, un grupo especial de mujeres que sobrevivieron a complicaciones agudas y graves en la gestación y escaparon de la muerte, sea por azar o por haber recibido un cuidado oportuno y apropiado, atrajo la atención de investigadores y tomadores de decisión. Se les conoce como "casos que casi conducen a la muerte".[2] Estas mujeres comparten importantes características con aquellas que mueren en la gestación, parto o puerperio. Más aun, estudiar su experiencia re-

sulta más fácil debido a su mayor número y a la posibilidad de escuchar su testimonio directamente.[3-5]

Aunque el concepto de "casos que casi conducen a la muerte" está bien establecido, se requiere aún adoptar una definición consensual, incluyendo la forma de reconocer a las mujeres que integran este grupo.[6–8] Considerando el potencial de estos casos para el desarrollo de estrategias que permitan reducir la mortalidad materna, decidimos utilizar diferentes enfoques para estudiar sus diversos aspectos.

Este artículo resume una serie de estudios sobre morbilidad materna desarrollados por nuestro equipo de investigación en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Ciencias Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) en Campinas, discutiendo sus hallazgos y significación. Durante los últimos 20 años nuestro equipo ha trabajado en el campo de la mortalidad materna y, más recientemente, en los casos que casi conducen a la muerte, con recursos casi exclusivamente locales. Desafortunadamente existe una concepción negativa respecto a la mayoría de investigaciones, considerando que una vez concluidas éstas no contribuirán a modificar el entorno en el que fueron desarrolladas. Esto es exactamente lo que no queremos que ocurra con nuestra información. Asumimos el desafío de escribir un artículo más conceptual resumiendo nuestra experiencia, con el fin de compartir con otros grupos de investigación del mundo en desarrollo lo que es posible hacer a nivel local con recursos limitados. El artículo incluye la definición de casos que casi conducen a la muerte, el sistema de puntuación para la morbilidad materna grave, así como los estudios y sondeos poblacionales desarrollados, los sistemas de información en salud y monitoreo establecidos, y lo que aprendimos al escuchar las experiencias de las mujeres. Los artículos que dan cuenta de esta investigación han sido o están en proceso de ser publicados en otros espacios, y son citados en este artículo.

Definiciones

Recientemente, una larga historia de preocupación e investigación sobre el tema de mortalidad materna en Brasil aumentó nuestro interés en los casos que casi conducen a la muerte, lo que nos llevó a realizar una revisión sistemática de la literatura sobre la data publicada acerca de su incidencia y de las distintas definiciones operacionales adoptadas en los estudios.[9] Encontramos que la mayoría (57%) de estudios sobre el tema había adoptado definiciones vinculadas a la complejidad en el manejo de estos casos (i.e. la admisión a las unidades de cuidado intensivo, la necesidad de una histerectomía o de transfusiones de sangre); 24% los definían según la presencia de ciertas condiciones clínicas (i.e pre-eclampsia severa o ruptura uterina); 15% según la presencia de fallo de órganos (i.e. insuficiencia respiratoria o renal, coma o shock) y 3% basados en una mezcla de criterios (i.e. puntaje de morbilidad materna grave). En los estudios revisados se reportaba una razón de casos que casi conducen a la muerte entre 0.3/1,000 y 101.7/1,000 partos, y una razón caso-fatalidad entre 2:1 y 223:1. Se encontró también una tendencia a una mayor incidencia de casos intra-hospitalarios en los estudios en países en desarrollo respecto a los de países desarrollados.[9]

Evaluando las definiciones y el sistema de puntuación para la morbilidad materna grave

Nuestra institución es un centro de referencia terciario en la ciudad de Campinas, estado de Sao Paulo, una de las regiones más desarrolladas de Brasil. Atiende anualmente alrededor de 3,000 partos. Aunque buena parte de los casos atendidos aquí son considerados de alto riesgo, las muertes maternas en este centro son poco frecuentes. Nuestra aproximación sería probablemente poco efectiva si utilizáramos sólo los casos de muerte materna para evaluar la calidad de la atención obstétrica, debido a las bajas razones de muerte materna existentes. Esta afirmación es también válida para los servicios que atienden pocos casos obstétricos o casos menos complejos, que además encuentran difícil conocer las dificultades que enfrentan las mujeres en el acceso a servicios de maternidad. Se requeriría largos periodos de tiempo para contar con un número razonable de casos, y para entonces sería demasiado tarde para muchas mujeres. De esta manera, consideramos que sería valioso estudiar casos de morbilidad materna grave y casos que casi conducen a la muerte para explorar qué podían enseñarnos sobre el manejo de las complicaciones obstétricas.

Para evaluar la aplicabilidad de los diferentes conceptos de morbilidad materna grave y de casos obstétricos que casi conducen a la muerte en los hospitales, estudiamos casos de morbilidad materna grave en nuestro hospital por un periodo de un año.[10] Utilizamos para ello conjuntos distintos de criterios, como se muestra en el Recuadro 1.[11,12] Estos no son, por supuesto, los únicos criterios utilizados para identificar casos de morbilidad materna grave, pero probablemente son los que admiten una mayor exhaustividad. Nos permitieron realizar evaluaciones adicionales de otros criterios para identificar los casos que casi conducen a la muerte en esta población (incluyendo la admisión a unidades de cuidado intensivo, la disfunción de órganos y los puntajes de morbilidad materna grave).

Durante el periodo de estudio se evaluó a todas las mujeres hospitalizadas en las salas obstétricas, el centro

obstétrico o las unidades de cuidado intensivo, con el fin de identificar la presencia de criterios que indicaran morbilidad materna grave. En este periodo ocurrieron dos muertes maternas y se identificó 124 casos de morbilidad materna grave. Los criterios de Mantel[12] arrojaron 112 casos que casi conducen a la muerte, los criterios de Waterstone[11] arrojaron 90 casos, y se encontró una superposición de ambas definiciones en 78 de los casos. Se admitió un total de 112 mujeres a la unidad de cuidados intensivos, 35 para cuidado intensivo y 77 para monitoreo y vigilancia. Cuarenta y cinco mujeres presentaron disfunción de órganos. Las principales causas de morbilidad materna grave encontradas se muestran en la Tabla 1, las mismas que consistieron predominantemente en síndromes hipertensivos, la condición más común asociada a la muerte materna en esta región. Se evaluó en este grupo de mujeres el uso de intervenciones diagnósticas y terapéuticas no utilizadas habitualmente en la atención obstétrica de bajo riesgo (referidas aquí como "procedimientos especiales"). Se realizaron 126 intervenciones en total de este tipo, siendo las más frecuentes el acceso venoso central, la ecocardiografía y la ventilación mecánica. El periodo de hospitalización promedio fue de 10.3 (+-13.24) días. Encontramos que una estrategia de vigilancia de la morbilidad materna grave a dos niveles (exploración y confirmación), sería más consistente y posiblemente más efectiva.[10]

Como resultado de estos hallazgos, examinamos la aplicación del sistema de puntuación de morbilidad materna grave en este mismo grupo de mujeres. El sistema está basado en un continuum de morbilidad, desde la gestación normal en un extremo, pasando por la existencia de una complicación y diferentes grados de severidad, a la muerte materna en el otro extremo.[13] Inicialmente, buscamos identificar el mayor número posible de casos de morbilidad materna grave a partir de un amplio rango de criterios. Luego, aplicamos un sistema de puntuación específico para cada caso, basado en la presencia o ausencia de factores de gravedad (fallo de órganos, admisión a cuidados intensivos, transfusión de más de tres derivados de sangre, intubación prolongada e intervenciones quirúrgicas importantes fuera de una operación cesárea). Este sistema permite identificar los casos más severos y, una vez que se aplica el puntaje

Recuadro 1. Criterios utilizados para identificar y clasificar casos que casi conducen a la muerte

Criterios de Waterstone[11]
- Pre-eclampsia severa
- Eclampsia
- Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas)
- Hemorragia severa
- Sepsis severa
- Ruptura uterina

Criterios de Mantel[12]
- Admisión a una unidad de cuidados intensivos por cualquier motivo
- Hipovolemia que requiere cinco o más unidades de sangre
- Edema pulmonar
- Histerectomía de emergencia por cualquier razón
- Admisión a una unidad de cuidados intensivos por sepsis
- Intubación y ventilación por más de 60 minutos salvo para anestesia general
- Quetoacidosis diabética
- Coma por más de 12 horas
- Paro cardiorespiratorio
- Saturación periférica de O2 <90% por más de 60 minutos
- Razón Pa O2/Fi O2<300mmHg
- Oliguria, definida como diuresis<400ml/24h, refractoria a hidratación cuidadosa o a furosemida o dopamina
- Deterioro agudo de úrea a 15mmol/l o creatinina> 400mmol/l
- Ictericia con pre-eclampsia
- Crisis tirotóxica
- Trombocitopenia aguda que requiere transfusión de plaquetas
- Hemorragia subaracnoide o intra-parenquimatosa
- Accidente anestésico: (1) hipotensión severa asociada con anestesia epidural o raquídea, hipotensión definida como presión sistólica<90mmHg por más de 60 minutos; (2) fallo en la intubación traqueal que requiere reversión anestésica

Tabla 1. Principales factores determinantes de los casos que casi conducen a la muerte Campinas, Brasil, 2003/2004

Principales determinantes de casos que casi conducen a la muerte	%
Hipertensión	57.3
Hemorragia	13.7
Sepsis	4.8
Aborto	3.2
No obstétricas	21.0

a las mujeres que sobreviven a la morbilidad materna grave, se logra identificar los casos que casi conducen a la muerte.

De acuerdo al sistema de puntuación aplicado a nuestra muestra, 20 casos fueron clasificados en esta categoría, y 104 como otras morbilidades maternas graves. Considerando el periodo de hospitalización, observamos que las mujeres en el primer grupo requerían una atención de mayor complejidad por un periodo de tiempo más prolongado, comparadas con las mujeres ubicadas en el segundo grupo ($p<0.05$). Las mujeres que formaban parte del grupo de casos que casi conducen a la muerte presentaban, en promedio, 3.75 (+-2.34) procedimientos especiales por caso, mientras que las del grupo de otras morbilidades graves, 0.38 (+-0.83). El periodo de hospitalización promedio era de 24.2 días (+-28.1) en el primer grupo, y de 7.6 días (+-4.3) en el segundo. En el primero, predominaban los casos de hemorragia, mientras que en el segundo, las complicaciones hipertensivas. Esta información institucional no refleja necesariamente las cifras nacionales sobre morbilidad y mortalidad materna. A manera de hipótesis, podríamos plantear que las complicaciones hipertensivas son más prevalentes, presentan mayor heterogeneidad en términos de gravedad y son mejor manejadas en un establecimiento terciario. Las implicancias prácticas del hecho que la hemorragia sea la principal determinante de los casos que casi conducen a la muerte, tomando en cuenta que ésta se asocia generalmente a complicaciones de mayor complejidad, es que se requiere que los procedimientos quirúrgicos, anestésicos y hemoterapéuticos estén rápidamente disponibles. Este estudio proporcionó validez adicional al sistema de puntuación de morbilidad materna grave, y concluimos que éste podría ser utilizado para describir e identificar de manera objetiva los casos más extremos de morbilidad materna grave (casos que casi conducen a la muerte).[14,15]

El hecho que se utilice distintos criterios para identificar los casos de morbilidad materna grave y/o casos que casi conducen a la muerte a nivel mundial es un problema que debe aún ser resuelto, especialmente con fines de comparación de la información. No ha sido nuestra intención establecer criterios únicos, sino más bien mostrar nuestra experiencia al aplicar distintos criterios en la práctica. Probablemente, se abordará en un futuro próximo la necesidad de una definición común y de procedimientos estándar para la identificación de la morbilidad materna grave y los casos que casi conducen a la muerte. La Organización Mundial de la Salud y otras agencias internacionales en salud podrían tener un rol central en este desafío.

Estudios poblacionales sobre morbilidad materna grave

Luego de investigar el concepto de morbilidad materna grave y de casos que casi conducen a la muerte en un entorno hospitalario, desarrollamos un estudio poblacional sobre morbilidad materna grave y mortalidad materna y perinatal en la ciudad de Campinas. Existe en la región una cobertura institucional de casos obstétricos cercana al 100%, con sólo un 0.4% de partos domiciliarios reportados en 1996.[16] Los pocos partos que ocurren fuera de un hospital se deben a la tendencia actual a dar a luz en casa entre mujeres de estatus socioeconómico alto, y al hecho de que algunos ocurren camino al hospital. En ninguno de los casos es probable que las tasas de complicaciones maternas y perinatales sean significativas.*

Identificamos los casos de interés a partir de una vigilancia prospectiva en todos los hospitales de maternidad (públicos y privados) de la ciudad por un periodo de tres meses. El objetivo fue identificar todos los casos de muerte materna y perinatal y de morbilidad materna grave, utilizando para éstos últimos un conjunto de criterios similar al utilizado en el estudio hospitalario. Todos ellos fueron presentados a los Comités de Mortalidad Materna municipales y regionales para una auditoría clínica.[17]

Se identificó un total de 158 eventos perinatales adversos. En este periodo nacieron 4,491 niños vivos y ocurrieron 32 muertes fetales, o 34.9 muertes fetales por 1,000 nacimientos. Se produjeron cuatro muertes maternas (razón de mortalidad materna de 89 por 100,000 nacidos vivos) y 95 casos de morbilidad materna grave (21.2 por 1,000 nacidos vivos). La razón caso-fatalidad fue de 24:1. Las complicaciones hipertensivas fueron la causa de 57.8% de los casos de morbilidad materna grave, seguidos en frecuencia por los casos de hemorragia postparto. El proceso de auditoría reveló demoras en brindar la atención apropiada en 54 de los casos (34%). De estos 54 casos, en 32 (59%) hubo demoras para iniciar el tratamiento adecuado, a pesar de que la mujer ya había llegado al establecimiento de salud; en 23 casos (43%) hubo demoras en la búsqueda de atención; y en sólo 7 casos (13%), la demora se debió a dificultades en el acceso a los servicios de salud. [17] Así, en la mayor parte de casos las demoras tuvieron que ver

* Puede existir dudas acerca del uso de los múltiples estudios en entornos hospitalarios como proxy para un estudio poblacional dado que, según Fortney y Smith,18 estos estudios sólo incluyen a mujeres que buscaron tratamiento. Sin embargo, en la situación específica de Campinas, el segmento "no tratado" de la población objetivo fue considerado irrelevante.

con la decisión del médico sobre la atención oportuna y apropiada. Durante el proceso de auditoría específica para los casos de morbilidad materna grave, se encontró demoras vinculadas especialmente a la falta de uso oportuno de sulfato de magnesio para la pre-eclampsia, el manejo de la pre-eclampsia e hipertensión, la adherencia a las normas de cuidado prenatal, el manejo de la hemorragia obstétrica o el uso de profilaxis para la hemorragia postparto. Nuestra recomendación fue que estos temas se convirtieran en un aspecto prioritario de los cursos de refrescamiento para profesionales, y que las instituciones involucradas revisaran la existencia de limitaciones para la atención oportuna y la implementación de buenas prácticas.[17]

Es importante señalar que en este estudio poblacional utilizado como proxy, las causas de morbilidad materna grave fueron muy similares a las encontradas en el estudio institucional previamente descrito.[10] Esto es relevante en la medida en que evidencia que es posible identificar intervenciones a ser realizadas durante la atención prenatal[19,20] o el parto[20] para intentar reducir el riesgo de mortalidad materna derivada de problemas específicos identificados.

Las principales conclusiones de este estudio fueron que, a pesar de su gran número, la investigación sobre los casos de morbilidad materna grave es viable. Más aun, su auditoría permitió ganar experiencia sobre un amplio espectro de casos, motivando a los miembros de los Comités de Mortalidad Materna a abordar los determinantes de la muerte materna. Las complicaciones hipertensivas y la hemorragia postparto fueron identificadas como temas prioritarios para la capacitación. Como recomendaciones concretas para modificar la práctica médica con el fin de abordar estos problemas, se planteó utilizar la auditoría y retroalimentación a partir de intervenciones basadas en evidencia, la opinión de los líderes locales acerca de cuándo y cómo implementar dichas intervenciones y el uso de recordatorios sobre buenas prácticas.[21]

Sistemas de información en salud y monitoreo de morbilidad materna grave

En diversos países, mucha de la información sobre salud es recopilada de manera rutinaria por las organizaciones gubernamentales y/o no gubernamentales. El uso de la información disponible en los sistemas públicos puede ser útil para el monitoreo continuo y prospectivo de la morbilidad materna grave. Si estos sistemas operaran de manera automática y concurrente a la atención provista (usando, por ejemplo, los sistemas de administración de costos del hospital), podría establecerse un mecanismo de alerta local o intra-hospitalario, que desencadenara intervenciones terapéuticas o preventivas a partir de un sistema de apoyo diferenciado, indicadas en cada caso de manera automática por el sistema. [22]

En el caso de la morbilidad materna, el desarrollo de un sistema y mecanismos de alerta de este tipo constituyen una innovación diseñada para evitar que una mujer avance en el continuum de morbilidad severa y prevenir una muerte materna. Sin embargo, muy pocos países utilizan este enfoque de manera sistemática.[23,24] En Brasil, una de las principales fuentes de información en salud es el Ministerio de Salud. En este contexto, llevamos a cabo un estudio[25] con el fin de identificar los registros médicos de las mujeres que presentaban condiciones que sugerían morbilidad materna grave, usando el Sistema de Información Hospitalario Brasileño (HIS por sus siglas en portugués). Los criterios mostrados en el Recuadro 1 han sido adaptados para permitir el reconocimiento de los registros almacenados en el Sistema de Información Hospitalario. Además de identificar los registros, intentamos también describir los diagnósticos y procedimientos utilizados, para poder identificar los factores asociados a la muerte materna. Se analizó los registros de mujeres hospitalizadas durante la gestación, el parto o el puerperio en las 27 capitales de estado brasileñas en el año 2002. Se seleccionó los registros de las mujeres que presentaban al menos uno de los criterios que habíamos adoptado para definir la morbilidad materna grave. Se identificó los registros de 32,379 mujeres con al menos un factor que sugería morbilidad materna grave, así como 154 muertes maternas (razón caso-fatalidad 210:1). La razón consolidada de morbilidad materna grave observada fue de 44.3/1,000 nacidos vivos. A pesar de diversas limitaciones, principalmente la necesidad de contar con un sistema de información estructurado, la perspectiva de utilizar la información recopilada de manera rutinaria mostró ser prometedora[25] para establecer un mecanismo automático de alerta. Sin embargo, la implementación de este mecanismo requiere primero, para ser viable, el desarrollo de sistemas de información locales ágiles.

Estimando la morbilidad materna a través de estudios poblacionales

Los estudios poblacionales y las encuestas demográficas y de salud pueden constituir fuentes apropiadas de información sobre morbilidad materna, particularmente en aquellos lugares donde no se han implementado aún sistemas integrados de información epidemiológica.[18,26] Analizamos la información sobre mortalidad materna

obtenida de las encuestas demográficas y de salud realizadas en Latinoamérica y el Caribe. Las bases de datos de siete encuestas poblacionales desarrolladas en los años 90 en Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Nicaragua y Perú contenían información indirecta sobre morbilidad materna identificada a través de las complicaciones que fueron reportadas como asociadas a los partos. La tasa de complicaciones reportadas por las mujeres encuestadas fue muy alta, 20–40% de todos los partos en la mayoría de países. Concluimos que la mayoría de estas encuestas demográficas y de salud que incluían preguntas sobre morbilidad materna sobreestimaban la ocurrencia de morbilidad, posiblemente debido a que no estaban adecuadamente validadas.[27]

Usando este mismo enfoque, evaluamos recientemente la situación de Brasil según región geográfica a partir de los datos de una encuesta demográfica y de salud de 1996. Esta encuesta mostró un panorama diverso respecto a las complicaciones reportadas, que oscilaban entre aproximadamente 15% en el estado de Sao Paulo a una cifra tan alta como 23% en la parte norte del país. Estas variaciones iban de acuerdo al grado de desarrollo económico y humano de las diferentes regiones del país, siendo las complicaciones significativamente mayores en las áreas centro-oriental, nororiental, norte y centro-occidental del país, las menos desarrolladas del Brasil.[28] Este hallazgo ha estimulado nuestra decisión de continuar investigando cómo se distribuyen regionalmente los casos de morbilidad materna grave, probablemente mediante un proceso de referenciación geográfica, tomando en consideración la ubicación geográfica de los casos y las características demográficas locales, así como la cantidad y calidad de los servicios de salud materna disponibles. Actualmente, esto representa un desafío tanto para científicos como para planificadores en salud, si se ha de recomendar e implementar medidas específicamente orientadas a combatir las dificultades locales y regionales, con el claro objetivo de evitar las demoras y mejorar la salud materna.

Para evaluar aún más la cuestión de la validez de los cuestionarios sobre morbilidad, llevamos a cabo una revisión sistemática del tema. Este fue nuestro primer intento de resumir los hallazgos de diversos estudios en torno a la validación de los cuestionarios sobre morbilidad materna grave en países en desarrollo. Encontramos que la precisión de la información sobre la ocurrencia de eclampsia y otras complicaciones hipertensivas fue considerada satisfactoria en cuatro de los siete estudios de Latinoamérica y el Caribe mencionados previamente, la información sobre distocia e infección sólo en dos de ellos, y los aspectos relacionados con complicaciones hemorrágicas fueron considerados satisfactorios sólo en uno de los estudios. Otro de los hallazgos de esta revisión fue el hecho de que, cuando la verdadera prevalencia de la condición investigada es baja (<5%), los estudios generalmente sobreestimaban dicha prevalencia.[29]

Sugerimos por lo tanto que los cuestionarios sobre morbilidad materna grave incluidos en las encuestas demográficas y de salud sean validados previamente y, de ser necesario, deben desarrollarse factores de corrección para ajustar los estimados obtenidos.[29] En función de estos hallazgos, desarrollamos un cuestionario para la evaluación de la ocurrencia de morbilidad materna grave en portugués. Este cuestionario está actualmente en proceso de validación, y se podrá utilizar los factores de corrección obtenidos para interpretar en el futuro las encuestas de población que adopten este instrumento.

Escuchando la experiencia de las mujeres

Una de las principales ventajas de los estudios de casos que casi conducen a la muerte es la posibilidad de escuchar directamente la experiencia de las mujeres. Se considera que las mujeres que han sobrevivido a complicaciones potencialmente fatales en la gestación o el puerperio son capaces de reportar adecuadamente los obstáculos y demoras que tuvieron que enfrentar para asegurar su sobrevivencia.[30] Considerando estos aspectos, diseñamos un estudio de investigación cualitativo para aprender sobre la experiencia de las mujeres que habían sobrevivido a complicaciones agudas y severas durante la gestación y el puerperio. Nuestros hallazgos preliminares muestran que cuando surgieron las complicaciones, las mujeres tuvieron que superar dificultades y obstáculos para recibir atención adecuada, incluyendo problemas relacionados con la calidad del nivel primario de atención; la falta de recursos locales; la pobreza y las desventajas sociales que de ella se derivan, y demoras en el proceso de referencia. Este estudio está aún en proceso, pero sus hallazgos proporcionarán un mejor entendimiento de las causas de la morbilidad materna en nuestra región. Transferir el conocimiento derivado de la investigación a la práctica es una tarea difícil, especialmente en el contexto de los países en desarrollo. Sin embargo, las lecciones que han sido aprendidas de las mujeres indican la necesidad de una mejora del nivel primario de atención local para identificar y referir las complicaciones durante la gestación, de manera que puedan ser manejadas de manera adecuada y comprehensiva en el tiempo.

Discusión

No se ha logrado aún un consenso acerca de cómo reconocer mejor los casos de morbilidad materna grave y los casos obstétricos que casi conducen a la muerte. Aunque

la ausencia de definiciones y métodos de evaluación estandarizados constituye un aspecto a mejorar, debido a que esta deficiencia dificulta la comparación entre servicios a lo largo del tiempo, la diversidad de aplicaciones del concepto muestra su versatilidad. Como se ha descrito en las secciones previas, la definición de morbilidad o de casos que casi conducen a la muerte puede ser adaptada para cada propósito o cada población de interés, lo que facilita su uso en los diferentes niveles de acción y planificación.

La reducción del número de complicaciones durante la gestación ha sido, por largo tiempo, el principal objetivo de muchos programas orientados a reducir la mortalidad materna.[31] Sin embargo, la mayoría de complicaciones obstétricas agudas y graves son consideradas difíciles de predecir y rara vez posibles de prevenir, lo que puede explicar, en parte, el fracaso de buen número de estos programas.[32] Por otro lado, se conoce ya el tratamiento apropiado para la mayor parte de estas complicaciones, cuyo abordaje oportuno podría evitar un número importante de muertes maternas.[1] En este contexto, el estudio de la morbilidad materna grave y de los casos que casi conducen a la muerte puede contribuir a mejorar las estrategias para combatir las complicaciones agudas en la gestación, contribuyendo a su vez a reducir el número de muertes. Sin embargo, es probable que la principal razón por la que no se haya logrado mayores avances en la reducción de la mortalidad materna no sea la falta de conocimiento sobre las complicaciones ni sobre qué hacer cuando se presenten, sino más bien la organización, entrega y utilización de los servicios. Las diferencias regionales parecen ser significativas, tal como muestra el caso de Brasil. Por esta razón, la investigación sobre estos factores debería repetirse, de ser posible, en diferentes contextos para determinar las características locales de las que depende la adopción de intervenciones apropiadas. De hecho, no se han desarrollado hasta el momento estudios poblacionales extensos que aborden directamente la morbilidad materna grave, o los casos que casi conducen a la muerte. Desde nuestra perspectiva, esto justifica realizar un estudio amplio, prospectivo, internacional y multicéntrico, preferiblemente en países en desarrollo con altas razones de mortalidad materna, para lograr una mayor comprensión sobre esta condición y los factores asociados a ella.

El contar con un sistema de vigilancia epidemiológica basado en la identificación temprana de los casos de morbilidad materna grave permitiría mejorar los niveles de monitoreo y atención, evitando la progresión de las mujeres a través del continuum de morbilidad y previniendo la ocurrencia de muertes evitables.[4] Por otro lado, realizar auditorías sobre la atención que se brinda en casos de morbilidad materna grave haría más fácil contar con diagnósticos locales sobre las causas de demora en la búsqueda, acceso o recepción de atención adecuada. Este tipo de auditoría es cada vez más utilizada como complemento de los estudios sobre muerte materna y puede apoyar la planificación de acciones adaptadas a cada situación identificada.[33]

Conclusiones

El estudio de la morbilidad materna grave puede contribuir de manera significativa a la formulación de estrategias para reducir la mortalidad materna. La versatilidad del concepto, junto con la mayor frecuencia de casos y la posibilidad de entrevistar directamente a las sobrevivientes de complicaciones graves, permite la implementación de acciones locales dentro de una perspectiva global para mejorar la salud materna. La recomendación para modificar las prácticas sería implementar estrategias multifacéticas basadas en la auditoría y la retroalimentación.

Research on Severe Maternal Morbidities and Near-Misses in Brazil: What We Have Learned
Reproductive Health Matters 2007;15(30):125–133

Referencias

1. Paxton A, Maine D, Freedman L, et al. The evidence for emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;88(2):181–93.
2. Stones W, Lim W, Al-Azzawi F, et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening ‘‘near miss’’ episodes. Health Trends 1991;23(1):13–15.
3. Berg CJ, Bruce FC, Callaghan WM. From mortality to morbidity: the challenge of the twenty-first century. Journal of American Medical Women’s Association 2002;57(3):173–74.
4. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. British Medical Bulletin 2003;67:231–43.
5. Filippi V, Brugha R, Browne E, et al. Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing ‘‘near miss’’ obstetrical emergencies. Health Policy and Planning 2004;19(1):57–66.
6. Filippi V, Alihonou E, Mukantaganda S, et al. Near misses: maternal morbidity and mortality. Lancet 1998; 351(9096):145–46.
7. Nashef SA. What is a near miss? Lancet 2003;361(9352):180–81.
8. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM.WHO systematic review of maternalmorbidityandmortality: the prevalence of severe acute

maternal morbidity (near miss). Reproductive Health 2004;1(1):3.
9. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. [Systematic review of near miss maternal morbidity]. [In Portuguese] Cadernos de Saúde Pública 2006;22(2): 255–64.
10. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary care facilities: a cross sectional study. BMC Pregnancy & Childbirth 2007. (In press)
11. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. BMJ 2001;322(7294):1089–94.
12. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1998;105(9): 985–90.
13. Geller SE, Rosenberg D, Cox S, et al. A scoring system identified near-miss maternal morbidity during pregnancy. Journal of Clinical Epidemiology 2004; 57(7):716–20.
14. Souza JP, Cecatti JG. The near-miss maternal morbidity scoring system was tested in a clinical setting in Brazil. Journal of Clinical Epidemiology 2005; 58(9):962.
15. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA. [Factors associated with the severity of maternal morbidity for the characterization of near miss]. [In Portuguese] Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrı´cia 2005;27(4):197–203.
16. Brazil. [National Demographic Health Survey 1996]. [In Portuguese] ORC Macro: Measure DHS STAT compiler, 2006. At: <www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=119&ctry_id=49&SrchTp=available>. Accessed 13 August 2007.
17. Amaral E, Souza JP, Surita FG, et al. A population-based surveillance study on severe maternal morbidity (near-miss) in Campinas, Brazil: The Vigimoma Project. XVIII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Kuala Lumpur, 2006. Abstract 2:96.
18. Fortney JA, Smith JB. Measuring maternal morbidity. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London7 Reproductive Health Matters, 2000. p.43–50.
19. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2001;15 (Suppl.1):1–42.
20. Campbell OM, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368(9546):1284–99.
21. Chaillet N, Dubé E, Dugas M, et al. Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. Obstetrics & Gynecology 2006; 108(5):1234–45.
22. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, et al. [Health information systems and surveillance of severe maternal morbidity and maternal mortality]. [In Portuguese]. Revista Brasileira de Sau´de Materno Infantil 2006;6(2):161–68.
23. Canada, Minister of Public Works and Government Services. Health Canada: special report on maternal mortality and severe morbidity in Canada - enhanced surveillance: the path to prevention. Ottawa, 2004.
24. US Agency for International Development. Developing and implementing a hospital-based surveillance system for maternal and newborn health. At: <www.mnh.jhpiego.org/global/dvlsrvsys.asp>. Accessed 15 May 2005.
25. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE. Use of the health information systems on severe maternal morbidity (near miss) and maternal mortality. At: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000386164>. Accessed 13 August 2007.
26. Stewart MK, Stanton CK, Festin M, et al. Issues in measuring maternal morbidity: lessons from the Philippines Safe Motherhood Survey Project. Studies in Family Planning 1996;27(1):29–35.
27. Souza JP, Parpinelli MA, Amaral E, et al. Obstetric care and severe pregnancy complications in Latin America and Caribbean: an analysis of information from demographic and health surveys. Pan American Journal of Public Health 2007;21(6): 396–401.
28. Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, et al. Self-reported maternal morbidity and associated factors among Brazilian women. (Submitted 2007)
29. Souza JP, Parpinelli MA, Amaral E, et al. Population surveys using validated questionnaires provided useful information on the prevalence of maternal morbidities. Journal of Clinical Epidemiology 2007. (In press)
30. Weeks A, Lavender T, Nazziwa E, et al. Personal accounts of "near-miss" maternal mortalities in Kampala, Uganda. BJOG 2005;112(9):1302–07.
31. Australia. Queensland Council on Obstetric and Paediatric Morbidity and Mortality. Mater Perinatal Epidemiology Unit, Mater Hospitals Maternal and Perinatal Audit. Guidelines for Queensland hospitals. Brisbane, 2001.
32. Rosenfield A, Maine D, Freedman L. MeetingMDG-5: an impossible dream? Lancet 2006;368(9542): 1133–35.
33. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology 2007;19(2):145–50.

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(30):153–162
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 30322-4

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Muertes maternas mal clasificadas en inmigrantes de África oriental en Suecia

Karin Elebro,[a] Mattias Rööst,[b] Kontie Moussa,[C] Sara Johnsdotter,[d] Birgitta Essén[a,e]

a Médico Interno, Departamento de Ciencias Clínicas, División de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Lund, Hospital de la Universidad de Malmö MAS, Malmö, Suecia E-mail: Birgitta.Essen@med.lu.se.
b Médico y estudiante de PhD en Salud Pública, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Lund, Hospital de la Universidad de Malmö MAS, Malmö, Suecia.
c Enfermera certificada y estudiante de PhD en Medicina Social, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Lund, Hospital de la Universidad de Malmö MAS, Malmö, Suecia.
d Investigador principal en Antropología Médica, Salud y Sociedad, Universidad de Malmö, Malmö, Suecia.
e Profesor Principal, Departamento de Salud de Mujeres y Niños, Salud Materna e Infantil Internacional, Universidad de Uppsala, Uppsala, Suecia.

Resumen: *Los países occidentales han informado un mayor riesgo de mortalidad materna entre los inmigrantes africanas. El objetivo de este estudio fue identificar los casos de mortalidad materna entre inmigrantes del Cuerno de África que vivían en Suecia, utilizando el muestreo de bola de nieve, y verificar si habían sido clasificadas como muertes maternas en el Registro de Causa de Defunción. Tres "localizadores" contactaron inmigrantes de Somalia, Eritrea y Etiopía para determinar los casos posibles de mortalidad materna. Las muertes sospechadas fueron examinadas mediante autopsia verbal e historiales médicos. Los casos confirmados, vinculados por país de nacimiento, fueron comparados con las estadísticas del Registro. Identificamos siete posibles muertes maternas, de las cuales cuatro fueron confirmadas en los historiales médicos, pero sólo un caso había sido clasificado como tal en el Registro de Causa de Defunción. Por lo menos dos casos, un número significante, parecieron ser mal clasificados. Se debe prestar más atención a los retos de competencia cultural y médica afrontados por parteras y obstetras europeos que atienden a madres inmigrantes no europeas, y se debe fortalecer la cadena de información sobre las muertes maternas. Proponemos una práctica similar a la investigación confidencial británica de muertes maternas. En Suecia, el muestreo de bola de nieve fue valioso para contactar comunidades inmigrantes para investigaciones sobre la mortalidad materna; el fortalecer la validez estadística puede contribuir a mejorar la política de salud materna en una sociedad multiétnica.*

Palabras Clave: *mortalidad materna, metodología de investigación, muertes mal clasificadas, migración, Cuerno de África, Suecia.*

EL sub-reporte de la mortalidad materna en países de bajos ingresos es un problema que puede atribuirse básicamente a la inexistencia de registros y a una mala clasificación.[1,2] Sin embargo, estos problemas pueden ocurrir incluso en países de altos ingresos con insuficientes razones para la mortalidad materna, y se considera importante realizar una revisión periódica de este tema.[3,4]

La mortalidad materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o el puerperio dentro de los 42 días después de ocurrido el parto, por causas relacionadas o agravadas por la gestación. A principios de la década de los 90, la Organización Mundial de la Salud amplió la definición existente en la Clasificación Internacional de Enfermedades 9a (ICD-9) para incluir las muertes ocurridas hasta un año después de culminada la gestación

(muertes maternas tardías) y las muertes por cualquier causa ocurridas durante el puerperio (muertes maternas relacionadas con la gestación).[5] La muerte materna tardía fue agregada para incluir a las mujeres que vivían después de los 42 días, p.e., debido a la disponibilidad de técnicas modernas para preservar la vida. La mortalidad relacionada con la gestación fue añadida para incluir a las mujeres que morían fuera de un establecimiento de salud y cuya causa exacta de muerte no podía ser establecida. Las muertes por causas no relacionadas que ocurrían en la gestación o el puerperio fueron clasificadas como "incidentales" en lugar de "fortuitas".[6] Las actuales definiciones de la ICD-10 fueron introducidas en Suecia en 1997.

Suecia tiene una de las proporciones de mortalidad materna más bajas del mundo, entre 2-6 muertes por 100,000 nacidos vivos, de acuerdo al Registro de Causa de Defunción, que incluye todas las muertes certificadas en Suecia. La causa de muerte se asocia con un número de identificación personal único asignado a cada residente legal de Suecia por el Registro Médico de Nacimiento, que contiene información relacionada con la gestación y el país de nacimiento de la madre. El Registro de Causa de Defunción se centra en los códigos de la ICD-9 e ICD-10 exclusivamente relacionados con el embarazo por causas directas o indirectas dentro de los 42 días de culminada la gestación.

Los países occidentales han reportado un aumento en el riesgo de mortalidad materna y perinatal en inmigrantes africanos, en comparación con residentes nativos.[7-11] Una investigación confidencial reciente sobre muertes maternas en el Reino Unido estudió las muertes de mujeres en situación de desventaja, incluyendo mujeres negras africanas, y encontró que tenían más probabilidad de morir durante la gestación, el parto o el puerperio que las mujeres blancas.[12] Hasta donde sabemos, no existen estudios similares sobre mortalidad materna y etnicidad en Suecia.

El objetivo de este estudio fue identificar los casos de mortalidad materna en inmigrantes del Cuerno de África que vivían en Suecia, utilizando el muestreo por bola de nieve, y verificar si habían sido clasificados como muertes maternas en el Registro de Causa de Defunción.

Metodología

Se utilizó un muestreo por bola de nieve para identificar probables muertes maternas durante los años 2003 y 2006. Este método, también conocido como muestreo por redes, permite obtener una muestra por medio de la referencia de personas que conocen un caso de mortalidad materna, o saben de otras que conocen un caso de este tipo. El reto es encontrar personas que respondan, e iniciar cadenas de referencia; verificar la elegibilidad de los potenciales entrevistados; contratar a personas familiarizadas con la población de estudio para que sirvan como "localizadores" (estableciendo los contactos iniciales con los informantes); controlar el tipo de cadenas y número de casos en cada cadena, regular y monitorear las cadenas de referencia, así como la calidad de los datos (Gráfico 1).[13]

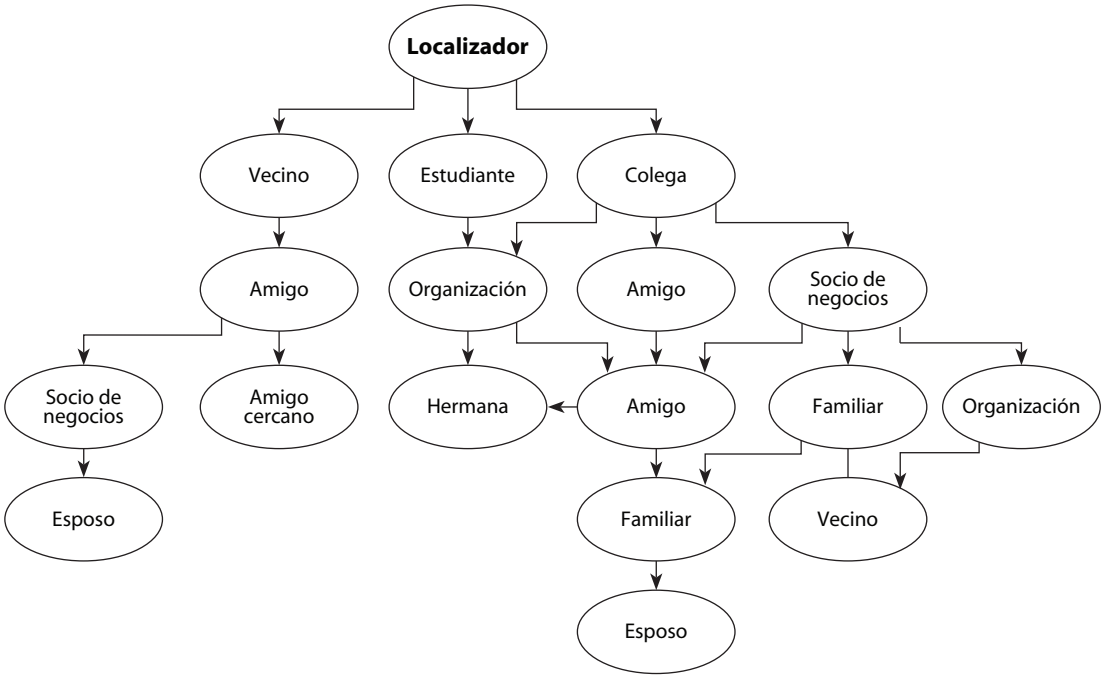
En este estudio, tres localizadores (una de origen Somalí, otro de Eritrea, y uno de Etiopía (autor KM)) y dos investigadoras Suecas (autoras KE y BE) monitorearon el proceso de muestreo por bola de nieve. La localizadora para el grupo de inmigrantes somalíes usó sus contactos dentro de la comunidad somalí y las organizaciones inmigrantes para iniciar diversos procesos de muestreo por bola de nieve. El estudio fue publicitado en programas de radio y televisión somalí en Suecia. Al final, esta localizadora realizó contactos en al menos ocho ciudades suecas. De manera similar, los localizadores de los grupos etíope y eritreo iniciaron muestreos por bola de nieve a través de organizaciones, conocidos y amigos, así como en reuniones abiertas en comunidades de África oriental en Estocolmo, Gothenburg y Malmö, las tres ciudades más grandes de Suecia. Los localizadores tenían experiencia entrevistando a mujeres sobre temas delicados, tales como la ablacción genital. El localizador eritreo contactó aproximadamente 100 personas, la mayoría de Eritrea, y algunos de Etiopía. El localizador etíope contactó a 35 familias de origen etíope en tres ciudades diferentes.

Cada localizador empezó preguntando si habían escuchado de alguna mujer en edad de procrear (15–49 años) que hubiera muerto en Suecia (Tabla 1, testimonio inicial). Si la respuesta era "sí", el siguiente paso era conocer si la mujer había estado embarazada el año previo a su muerte (Tabla 1, información adicional). De ser así, se buscaba la causa de muerte y se rastreaba a los familiares cercanos (Tabla 1, testimonio posterior). Los localizadores, amigos y familias jugaron un rol crucial en contactar a los parientes de las mujeres fallecidas, informarles acerca del proyecto y presentarlos al equipo de investigación (Gráfico 1).

En los años 2004-2005 se realizaron autopsias verbales (entrevistas en profundidad con preguntas semiestructuradas vinculadas a las circunstancias que rodearon la muerte) con los familiares, para verificar que éstas fueran realmente muertes maternas.[14] Se eligió a informantes con una relación de parentesco cercano con la mujer fallecida, que la hubieran asistido durante su confinamiento. Los informantes somalíes entrevistados

Gráfico 1. El muestreo por bola de nieve

El localizador inicial comienza con un número determinado de bolas de nieve. Las personas contactadas actúan a su vez como localizadores. De esta manera, el número de bolas de nieve o "brazos" en el proceso de muestreo varía. El localizador inicial controla la dirección del proceso mediante un seguimiento regular de cada muestra y decidiendo cómo continuar.



fueron, en un caso, una hermana, y en otros tres, esposos. Todos habían nacido en Somalia; uno no hablaba sueco, y fue necesario el uso de un intérprete profesional. Todas las entrevistas fueron realizadas por un investigador sueco y uno somalí que trabajaron en parejas, y tuvieron una duración de entre una y dos horas. Dos de las entrevistas fueron grabadas y trascritas textualmente. En el caso de los otros dos informantes, que rehusaron ser grabados, se tomaron notas. Tres miembros suecos del equipo de investigación analizaron los textos de las entrevistas de manera independiente, examinando cuidadosamente las circunstancias que rodearon la muerte de la mujer. Luego de obtener el consentimiento de la familia se examinó las historias médicas de las mujeres fallecidas, comparando la información con la obtenida de los familiares. Con el fin de descubrir si los casos habían sido clasificados como muertes maternas en el Registro de Causas de Defunción, contactamos a Estadísticas Suecia. Se obtuvo el número y año de muerte de todas las mujeres del Cuerno de África que habían fallecido, incluyendo todas las muertes maternas.

En la primera etapa del muestreo por bola de nieve se utilizó todas las definiciones de la ICD-10 (todas las muertes relacionadas con la gestación, tardías e incidentales) para clasificar los casos de muertes maternas probables (Tabla 1). Nuestra clasificación se basó en la información de las autopsias verbales y las historias médicas de las pacientes (Tabla 2). Finalmente, queríamos saber si nuestros casos habían sido clasificados como muerte materna en el Registro (se presenta en la Tabla 2 como sí/no). Al relacionar la información sobre país de nacimiento, los casos identificados por el muestreo por bola de nieve podían ser comparados con los casos clasificados como muerte materna en el Registro de Causa de Defunción (muertes relacionadas directa o indirectamente a la gestación dentro de los 42 días posteriores al parto).

La información sobre el propósito del estudio, la confidencialidad y la protección de la identificación

Tabla 1. Casos de probable muerte materna según información obtenida en las diferentes etapas del proceso de muestreo por bola de nieve

Caso	Testimonio inicial	Información adicional	Testimonio posterior	Mortalidad materna probable (ICD-10)	Familiares cercanos contactados
1	Murió por tuberculosis después del parto	Parto 1 año	Murió por tuberculosis o hepatitis después de un aborto espontáneo	Sí, relacionado con la gestación	Sí
2	Murió el mismo año del parto	Parto <1 año	Causa de muerte no revelada	Excluida, falta de información	No, rehuyeron el contacto
3	Suicidio durante la gestación	Gestante	Suicidio	Sí, relacionada con la gestación	No, sólo amigos
4	Murió por tuberculosis	Gestación reciente	Posible tuberculosis y pérdida	Sí, relacionada con la gestación	Sí
5	Gestante al momento de la muerte	Gestante	Trauma y/o sepsis	Sí, relacionada con la gestación	Sí
6	Estaba enferma, dio a luz, murió más tarde ese año	Hijo <1 año	Dio a luz en Suecia, murió en su país de origen	Excluida, falta de información	No, rehuyeron el contacto
7	Muerte en relación cercana con el parto	Hijo <1 año	Ciudadana danesa, murió en Dinamarca	Excluida, no sueca	Sí
8	Gestante al momento de la muerte	Gestante	Posible aborto	Sí, relacionada con la gestación	Sí
9	Hijo vivía con familiares, la madre murió	Hijo <1 año	La madre murió después de una larga estadía en el hospital, hijo nació prematuramente	Sí, relacionada con la gestación, tardía, indirecta	Sí
10	Hijos viviendo con padre solo, esposa murió	Parto <1 año	Operación cesárea e infección; hijo murió; otras fuentes niegan la gestación	Excluida, falta de información	No, esposo se mudó fuera del país
11	Accidente de tránsito en el extranjero	Gestante	Ciudadana sueca	Sí, relacionada con la gestación	Sí

de los casos fue proporcionada en sueco y, en caso necesario, en el idioma materno del informante. Las entrevistas fueron realizadas sólo después de recibir el consentimiento del informante. Presentamos información clasificatoria general sobre la mortalidad materna para cada caso. Los detalles vinculados a la procedencia han sido omitidos para asegurar la confidencialidad. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Lund, Suecia (LU954-03).

Hallazgos

Casos probables de muerte materna

Inicialmente, se identificó un total 18 casos de mujeres en edad reproductiva que habían muerto. Todos los casos en nuestro estudio fueron encontrados en el grupo de inmigrantes somalíes. Una de las mujeres del grupo etíope murió de cáncer no relacionado con la gestación o el parto. Siete casos somalíes fueron eliminados de consideraciones posteriores debido a que no pudimos confirmar por medio de las entrevistas si la mujer había

Tabla 2. Clasificación de muertes maternas según la información de las autopsias verbales y/o las historias médicas

Caso	Año de muerte	Disponibilidad de historias médicas	Causa de muerte según autopsia verbal y/o diagnósticos relacionados con la gestación en registros	Causa de muerte según historias médicas (ICD-9/10)	Clasificación de muerte materna según los autores (ICD-10)	Clasificada en Registro de Causa de Defunción
1	1994	Sí	Tuberculosis severa, coma, muerte fetal intrauterina en el segundo trimestre	Tuberculosis, fallo hepático, encefalopatía ICD-9	Muerte materna indirecta	No
3	1995	No	No completada	No completada	Muerte materna no pudo ser descartada o confirmada	No
4	1993	Sí	Tuberculosis grave y pérdida, segundo trimestre	Tuberculosis, fallo hepático, ICD-9	Muerte materna tardía indirecta	No
5	1995	Sí	Sepsis y ruptura de membranas a término, tercer trimestre	Sepsis por E coli, ICD-9	Muerte materna directa	No
8	1998	Sí	Tromboembolia y aborto espontáneo incompleto, primer trimestre	Embolia pulmonar, aborto diferido, ICD-10	Muerte materna indirecta	Sí, ICD-10
v9	2001	No	No completado	No completado	Muerte materna no pudo ser descartada o confirmada	No
11	2003	No	Accidente de tránsito en el extranjero, segundo trimestre	No completado	No completado	No

estado embarazada durante el año previo a su muerte. Se prosiguió con los restantes 11 casos de posibles muertes maternas, como se ilustra en la Tabla 1. De acuerdo a la información recogida de diversas fuentes durante el proceso de muestreo por bola de nieve, al parecer 7 de los 11 casos constituían muertes maternas. Basados en la información del muestreo de bola de nieve y de acuerdo al ICD-10, clasificamos 6 de ellos como muertes relacionadas con la gestación, independientemente de la causa de muerte (casos 1, 3, 4, 5, 8, 11), y uno como muerte materna tardía (caso 9). Se excluyó los otros 4 casos (Tabla 1). De éstos últimos, 3 no pudieron ser descartados o confirmados como muerte materna debido a la falta de información (casos 2, 6, 10). El caso 7 era una probable muerte materna, pero fue excluido porque la mujer era danesa.

En 6 de los 7 casos de muerte materna probable (casos 1, 4, 5, 8, 9, 11) (Tabla 1), pudimos determinar los nombres de los familiares y contactar a 5 de ellos. En uno de los casos se consideró inapropiado establecer el contacto debido a la situación que atravesaba la familia. Los familiares de la mujer fallecida aceptaron ser entrevistados en los casos 1, 4, 5, 8 (Tabla 2). Dos familiares decidieron no ser entrevistados debido a que

consideraban que hablar sobre su pérdida los sometería a un estrés excesivo.

A través de la técnica de autopsia verbal con los familiares que sobrevivieron a la mujer se confirmó con un grado muy alto de probabilidad, que 4 de los 7 casos potenciales eran muertes maternas (Tabla 2). La información obtenida de las historias médicas respaldó las clasificaciones preliminares hechas sobre la base de las entrevistas. Las causas de muerte reportadas por los informantes y las historias médicas, tal como fueron interpretadas por nuestros investigadores, arrojaron las siguientes clasificaciones de la ICD-10: tres muertes maternas por causas indirectas (una de ellas tardía) y una muerte materna por causas directas.

El segundo objetivo del estudio fue verificar si los casos habían sido clasificados como muertes maternas en el Registro de Causas de Defunción. Con la información sobre país de nacimiento, podía vincularse los datos del muestreo de bola por nieve con la información del Registro. Entre 1968 y 2003, un total de 178 mujeres del Cuerno de África figuraban en el Registro de Causas de Defunción Sueco. De ellas, sólo una mujer etíope en 1991 (no ubicada en nuestro estudio) y una mujer somalí en 1998 (Caso 3, Tabla 2) fueron clasificadas como muertes maternas según la ICD-10 (Comunicación personal, F Lundgren, Consejo Sueco de Salud y Bienestar, 2005).

Para el caso 3 no existía una historia médica ligada al Registro Médico de Nacimientos, debido a que la muerte ocurrió en la gestación temprana; sin embargo, se identificó un código ICD relacionado con la gestación en el certificado de defunción. En los otros casos, se identificó diagnósticos vinculados a la gestación en las historias médicas de las pacientes, pero no estaban clasificados como tales en el Registro de Causa de Defunción. Los casos 1 y 5 parecían haber sido mal clasificados, y el caso 4 de muerte tardía no debía ser clasificado como muerte materna en el contexto sueco.

Historia de las muertes maternas

La información sobre los antecedentes de las 4 mujeres fallecidas está basada en las entrevistas con los familiares y es confirmada por las historias clínicas (Tablas 1 y 2). Las muertes antes citadas ocurrieron entre 1993 y 2001 en diversos hospitales de Suecia. Las 4 mujeres nacieron en Somalia pero tenían ciudadanía sueca hacía varios años. Habían tenido entre 1 y 9 partos. Dos mujeres habían dado a luz tanto en Somalia como en Suecia; 2 habían dado a luz sólo en Suecia. Las 4 mujeres habían tenido al menos un parto previo sin complicaciones en Suecia. Salvo una de ellas, que había presentado un cuadro grave de tuberculosis, las demás gozaban, según los indicios, de buena salud.

Discusión

A través del muestreo por bola de nieve, y con la confirmación de las autopsias verbales, se identificó 7 casos muy probables de muerte materna en mujeres somalíes en Suecia. Cuatro casos fueron clasificados como muertes maternas (una directa, dos indirectas y una indirecta tardía) a partir de los datos de las historias médicas, fueron reconfirmados con la información del muestreo por bola de nieve. De acuerdo a las estadísticas suecas, habían ocurrido sólo 2 casos de muerte materna entre las 178 mujeres del Cuerno de África fallecidas en el periodo de estudio. Nuestro estudio identificó también uno de estos casos, pero existían al menos 2 casos más relacionados con la gestación según la definición de la ICD, que parecían estar mal clasificados.

El muestreo por bola de nieve tiene sus limitaciones. No fue posible analizar con este método si los casos estaban incluidos en Registro de Causas de Defunción y, de ser así, cuáles eran sus causas de acuerdo a los códigos de la ICD. Sin embargo, encontramos que 3 mujeres somalíes, cuya historia clínica presentaba un diagnóstico relacionado con la gestación, no habían sido clasificadas como muertes maternas. Dos de estos 3 casos (Casos 1 y 5) fueron identificados como muertes maternas directas e indirectas, respectivamente, de acuerdo a la clasificación sueca.

El diseño del estudio no incluyó un procedimiento apropiado de auditoría para cada caso, pero identificó información a tomar en cuenta en el estudio de la morbilidad materna en una sociedad multiétnica. La tuberculosis y el fallo hepático (Casos 1 y 4) son causas potenciales de muerte que los médicos europeos no están entrenados para reconocer, lo que plantea problemas para asegurar una atención óptima y una adecuada comunicación.[11] En Suecia, no han ocurrido muertes por tuberculosis en la gestación en los últimos 50 años. La muerte vinculada a la embolia (Caso 8) fue mencionada en un estudio reciente sobre muerte materna y embolia pulmonar: "Dos mujeres eran inmigrantes de África subsahariana; hubo una demora en la búsqueda de atención en uno de los casos, y en ambos, es posible que la mala comunicación haya contribuido."[15] Se debe prestar mayor atención a los retos de la competencia cultural y médica afrontados por parteras y obstetras europeos que atienden a madres inmigrantes no europeas. Sugerimos que se introduzca una auditoría de rutina a las muertes maternas y perinatales[12] en Suecia, como una forma de explorar la mortalidad materna desde una perspectiva inmigrante.

No nos fue posible encontrar casos de muertes maternas probables entre mujeres etíopes y eritreas, y localizamos 7 casos entre mujeres somalíes. Esto podría derivarse de una diferencia realmente existente o de un sesgo en la muestra. Según las estadísticas gubernamentales, en el año 2003 residían en Suecia 14,808 personas nacidas en Somalia, 11,281 nacidas en Etiopía, y 4,353 nacidas en Eritrea. Sin embargo, los inmigrantes eritreos y etíopes llegaron a Suecia algunas décadas antes que los inmigrantes somalíes, por lo que están más integrados a la sociedad sueca.[16] En una pequeña población inmigrante de 15,000 personas, los entrevistadores localizaron 11 casos que fueron interpretados como relacionados con la gestación. Aunque la información cualitativa de este estudio no debe ser utilizada para realizar cálculos cuantitativos, esto aumenta el riesgo percibido con relación al parto en esta comunidad. Es más probable que diez muertes percibidas como muertes maternas por 3,000-5,000 nacidos vivos ocurran en un contexto de alta mortalidad, donde el parto puede significar una amenaza mortal. Ello es también cierto con respecto a la cifra final de cuatro casos. Nuestros hallazgos están respaldados por estudios epidemiológicos en Europa y los EE.UU. que muestran una tendencia a obtener pobres resultados obstétricos entre refugiados somalíes en occidente.[10,17–19]

Consideramos que nuestro localizador somalí inició más "bolas de nieve" que los otros localizadores, y que continuó el muestreo de manera activa durante más tiempo que los demás. La sobre-representación de los casos somalíes puede ser también un resultado de diferencias en el tamaño de las redes somalíes. Más aun, a diferencia de las comunidades etíopes y eritreas, las comunidades somalíes en Suecia están vinculadas entre sí por redes fuertes, lo que puede haber dado como resultado mayores rutas para el reclutamiento. [20,21]

El método de bola de nieve involucra un muestreo estratégico, en oposición al enfoque aleatorio comúnmente usado en los estudios epidemiológicos.[22] Este método es muy promisorio para el estudio de fenómenos poco comunes, controversiales o sensibles, de otra manera inaccesibles a la investigación, tales como los casos no reportados de muertes maternas en este estudio.[23] Ciertamente, es posible que algunos casos de muertes maternas no puedan ser identificados a través del método utilizado en este estudio, sino por medio de estudios cuantitativos a partir de registros hospitalarios de muerte fetal y abortos.

El muestreo por bola de nieve es utilizado con frecuencia en las ciencias sociales. Aunque su uso en estudios médicos es menos común, ha sido aplicado en diversos contextos.[24–26] Es esperable que la muerte trágica de una mujer y madre permanezca como un evento socialmente significativo en la conciencia de una comunidad unida. Éste fue un prerrequisito importante para la selección de nuestro método de estudio. Sin embargo, una desventaja obvia es la dificultad de controlar el ritmo y dirección del proceso de muestreo, es decir, el número de localizadores a utilizar y cuándo acelerar o aminorar la velocidad del proceso para obtener información confiable. En este estudio, nuestro objetivo fue alcanzar la mayor cobertura posible de casos de muertes maternas probables, aunque la utilización de múltiples localizadores para cada grupo de inmigrantes podría haber arrojado un número mayor de casos. Sin embargo, incluso en nuestro estudio limitado, el muestreo por bola de nieve facilitó el contacto con inmigrantes que conocían casos potenciales de muerte materna en Suecia.

El muestreo dirigido por el entrevistado es un método que permite aumentar la validez estadística. El Gráfico 1 muestra cómo 11 "bolas de nieve" iniciaron un proceso que terminó finalmente en la identificación de 7 probables muertes relacionadas con la gestación, definidas según la ICD-10. Al utilizar localizadores que actuaban como mediadores culturales, se contactó a fuentes que de otra manera hubieran quedado sin identificar.

Generalmente, se considera difícil determinar con exactitud una causa de muerte y clasificar la mortalidad materna a partir de autopsias verbales basadas en testimonios de la comunidad.[23] Con el fin de disminuir el riesgo de una falsa identificación positiva y acrecentar la validez, se recurrió a la triangulación de la información: los datos de cada caso fueron obtenidos de varias personas de manera independiente. Adicionalmente, cuando fue posible, se verificó la información a través de las historias clínicas. Si existía alguna duda de que los casos fueran en realidad muertes maternas, se les excluía (Tabla 1). Más aun, los 7 casos de probables muertes maternas identificados que no han sido confirmados por las autopsias verbales o la revisión de las historias clínicas se presentan sólo como posibles muertes maternas relacionadas con la gestación.

En algunos casos, las mujeres habían tenido un aborto espontáneo. Parte del sub-registro de las muertes maternas en la gestación temprana en Suecia puede derivarse de la falta de conciencia de médicos y funcionarios de que la culminación temprana de la gestación sea espontánea o inducida, y puede no haber sido incluida en el Registro de Causa de Defunción; mientras que los casos de embarazo en el segundo trimestre pueden no haber sido registrados en el Registro Médico de Nacimientos, p.e., en el Caso 1. Un estudio holandés confirma que las muertes en la gestación temprana y las muertes indirectas tienen un alto riesgo de sub-registro, debido a que, con frecuencia, se pasa por alto el hecho de que la mu-

jer fallecida haya estado embarazada, aun si esta información figura en el certificado de defunción.[10] En nuestro estudio, el Caso 8, correctamente clasificado, estaba relacionado con un aborto en el primer trimestre.

El Registro de Causa de Defunción incluye información obtenida de los certificados que figuran en el registro de los consejos locales. Como registro a nivel nacional, incluye las muertes de todas las personas cuya identidad está registrada en Suecia al momento de su muerte, incluyendo aquellas que murieron fuera del país. El registro es actualizado cada año y contiene el número de identificación personal del individuo, la ciudad de nacimiento, la causa que subyace a la muerte, la naturaleza del daño, las múltiples causas de muerte, la fecha de la misma, la base para determinar la causa del deceso, el sexo y la edad. En 1994, la tasa de muertes no reportadas era 0.45%.[27] Hasta donde sabemos, nunca antes en Suecia se había registrado una tasa similar de muertes maternas no reportadas o mal clasificadas en el Registro de Causa de Defunción.

El Registro Médico de Nacimientos Sueco, que vincula la información relacionada con la gestación al Registro de Causa de Defunción, es considerado una valiosa fuente de información para la epidemiología reproductiva. No contiene sólo un pequeño porcentaje de los registros de quienes están registrados en Suecia (0.5–3.9%).[28] De manera sorprendente, uno de los casos ocurrió al término de la gestación y debió estar en el Registro Médico de Nacimientos, pero fue clasificado de manera incorrecta (Caso 5, Tabla 2). Si ocurre una muerte materna mientras la mujer se encuentra en la unidad de cuidados intensivos, por ejemplo, es posible que no se consigne su embarazo en el certificado para el Registro de Causa de Defunción, en el que cada muerte se clasifica según un código ICD.[29]

La calidad de las estadísticas varía, dependiendo de la naturaleza del examen realizado para determinar la causa que subyace a la muerte. La manera más exhaustiva de establecer una causa de muerte es mediante una autopsia clínica o forense, realizada a iniciativa de un médico u ordenada por la policía, respectivamente. Una disminución general del número de autopsias realizadas puede llevar a estadísticas inexactas. Las razones para tal disminución pueden incluir un cambio en las tasas de compensación financiera para las autopsias clínicas y cambios en las políticas respecto a la exigencia de una autopsia forense. Las muertes maternas identificadas en nuestro estudio pueden no haber sido incluidas en las estadísticas oficiales de mortalidad materna debido al derecho de los familiares de rechazar las autopsias por razones culturales o religiosas.

Suecia tiene una de las razones de mortalidad materna más bajas del mundo. Las estadísticas suecas sobre causas de muerte constituyen una de las formas de registro más antiguas en los tiempos modernos: un sistema de registro vital prácticamente universal que rastrea los nacimientos y muertes de toda la población del país. Los casos de muerte materna mal clasificados que fueron identificados a través del muestreo por bola de nieve, deben ser considerados a la luz de la discusión actual en torno a ciertos problemas para una medición exacta de la mortalidad materna en Suecia. La ICD-10 ha ampliado el concepto de mortalidad materna con el fin de recoger estadísticas globales que correspondan más cercanamente a la realidad. Usar la ICD-10 en toda su extensión puede ayudar a la Europa contemporánea, con una creciente población de países de bajos ingresos con altos niveles de mortalidad materna. No se conoce en qué medida los médicos en Suecia y otros países están familiarizados con el alcance de la ICD, al margen de la versión que se utilice.

Resulta importante generar una mayor conciencia sobre los riesgos de una clasificación errónea y la necesidad de mejorar la calidad del registro de mortalidad materna si queremos lograr que las estadísticas internacionales sobre este tema sean confiables y comparables, así como mejorar la calidad de la atención. Proponemos para Suecia una práctica similar a la investigación confidencial británica de muertes maternas y perinatales.[12] La investigación confidencial incluye la vigilancia demográfica, así como las revisiones de casos. Participaría un panel multidisciplinario de médicos con una amplia diversidad de experiencias. Al incluir la experticia antropológica, este procedimiento incrementaría nuestra comprensión de los patrones de muerte materna entre distintos grupos étnicos en Suecia, y puede ser una buena forma de identificar casos en la gestación temprana, así como casos de muerte por causas indirectas o casos de muerte tardía, entre otros.

El número de muertes maternas mal clasificadas que descubrimos fue significativo. Se debe prestar mayor atención a los nuevos retos de competencia cultural y médica afrontados por las parteras y obstetras europeos que atienden a madres inmigrantes no europeas, y se debe fortalecer la cadena de información sobre mortalidad materna. En Suecia, el muestreo no aleatorio por bola de nieve ha probado tener valor para contactar a inmigrantes en comunidades del Cuerno de África con fines de investigación médica sobre mortalidad materna. Al fortalecer la validez estadística, este tipo de muestreo puede contribuir a mejorar la política de salud materna en una sociedad multiétnica.

Referencias

1. Hoj L, Stensballe J, Aaby P. Maternal mortality in Guinea-Bissau: the use of verbal autopsy in a multi-ethnic population. International Journal of Epidemiology 1999;28(1):70–76.
2. Mungra A, van Kanten RW, Kanhai HH, et al. Nationwide maternal mortality in Surinam. British Journal of Obstetrics & Gynaecology 1999;106(1):55–59.
3. Deneux-Tharaux C, Berg C, Bouvier-Colle MH, et al. Underreporting of pregnancyrelated mortality in the United States and Europe. Obstetrics & Gynecology 2005;106(4):684–92.
4. Hfgberg U, Innala E, Sandstrfm A. Maternal mortality in Sweden, 1980–1988. Obstetrics & Gynecology 1994;84(2): 240–44.
5. Fortney JA. Implications of the ICD-10 definitions related to death in pregnancy, childbirth or the puerperium. World Health Statistics Quarterly 1990;43(4):246–48.
6. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva7 WHO, 2004.
7. Ibison JM, Swerdlow AJ, Head JA, et al. Maternal mortality in England and Wales 1970–1985: an analysis by country of birth. British Journal of Obstetrics & Gynaecology 1996;103(10):973–80.
8. Atrash HK, Koonin LM, Lawson HW, et al. Maternal mortality in the United States, 1979–1986. Obstetrics & Gynecology 1990; 76(6):1055–60.
9. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, et al. Pregnancy-related mortality in the United States, 1991–1997. Obstetrics & Gynecology 2003;101(2):289–96.
10. Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, et al. Confidential enquiry into maternal deaths in the Netherlands 1983–1992. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 1998; 79(1):57–62.
11. Essén B, Bodker B, Sjoberg NO, et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? British Journal of Obstetrics & Gynaecology 2002; 109(6):677–82.
12. CEMACH. Why Mothers Die 2000–2002. London7 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
13. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling - problems and techniques of chain referral sampling. Sociological Methods & Research 1981;10:141–63.
14. Sloan NL, Langer A, Hernandez B, et al. The aetiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us? Bulletin of World Health Organization 2001; 79(9):805–10.
15. Samuelsson E, Hellgren M, Hfgberg U. Pregnancy-related deaths due to pulmonary embolism in Sweden. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2007;86(4):435–43.
16. Johnsdotter S, Aregai R, Carlbom A, et al. ["Never my daughters'' – a qualitative study regarding attitude change towards female genital cutting among Ethiopean and Eritrean families in Sweden, 2003–2004]. Stockholm7 R7dda Barnen Sweden, 2005. [In Swedish]
17. Essén B, Hanson BS, Ostergren PO, et al. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. Acta Obstetetricia et Gynecologica Scandinavica 2000;79(9):737–43.
18. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen RE, et al. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2002;81(4):317–22.
19. Johnson EB, Reed SD,Hitti J, et al. Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants inWashington state. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2005;193(2):475–82.
20. Johnsdotter S. Created by God: how Somalis in Swedish exile reassess the practice of female circumcision. Toronto7 PhD, Lund University, 2002.
21. Bailey K. Methods of social research. Toronto7 Free Press, Maxwell Macmillan, Canada, 1994.
22. Magnani R, Sabin K, Saidel T, et al. Review of sampling hardto-reach and hidden populations for HIV surveillance. AIDS 2005; 19(Suppl 2):S67–S72.
23. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, et al. A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh. International Journal of Epidemiology 1998;27(4):660–66.
24. Boerma JT, Mati JK. Identifying maternal mortality through networking: results from coastal Kenya. Studies in Family Planning 1989;20(5):245–53.
25. Clark S, Blum J, Blanchard K, et al. Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2002;76(1):65–74.
26. Jirojwong S, MacLennan R. Health beliefs, perceived selfefficacy, and breast selfexamination among Thai migrants in Brisbane. Journal of Advanced Nursing 2003;41(3): 241–49.
27. National Board of Health and Welfare Centre of Epidemiology. The Swedish Medical Birth Registry – A Summary of Content and Quality. At: <www. sos.se/fulltext/112/2003-112-3/ 2003-112-3.pdf >. Accessed March 2007.
28. Cnattingius S, Ericson A, Gunnarskog J, et al. A quality study of medical birth registry. Scandinavian Journal of Social Medicine 1990;18(2):143–48.
29. Hfgberg U. Maternal deaths in Sweden, 1971–1980. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1986;65(2):161–67.

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(30):202–210
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 30328-5

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Políticas y prácticas del aborto en Chile: ambigüedades y dilemas

Bonnie L Shepard,[a] Lidia Casas Becerra[b]

a Especialista en Planificación y Evaluación. Estrategias de Desarrollo de Sectores Sociales, Brookline MA, USA. E-mail: bonnie.shepard@gmail.com
b Investigadora y Profesora de Leyes, Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho, Santiago, Chile.

Resumen: *En Chile, el aborto no es legal, ni tan siquiera para salvar la vida o salud de la mujer. Esta situación crea graves dilemas y vulnerabilidades tanto para las mujeres como para los profesionales médicos. La incidencia del aborto probablemente ha disminuido desde 1990, último año en que se estudiaron los datos, debido al aumento en el uso de anticonceptivos y al descenso en fertilidad; además, las tasas de muertes y complicaciones también han disminuido. Misoprostol está disponible, pero en los hospitales chilenos aún se utiliza el legrado uterino instrumental (LUI) para el aborto incompleto. Aunque la ley exige que los profesionales médicos chilenos denuncien abortos ilegales a las autoridades, menos del 1% de las mujeres en hospitales con complicaciones son reportadas. Existen dos lagunas: una jurídica y una clínica. La "interrupción del embarazo" después de 22 semanas de gestación es legal para indicaciones médicas, lo cual puede salvar la vida de las mujeres pero también forzar la prolongación de embarazos que ponen en riesgo su salud. Las directrices clínicas católicas definen las intervenciones cuyo objetivo exclusivo es salvar la vida de la mujer, aun si el feto muere, no como aborto sino como "aborto indirecto" y permisible. Desde 1989, los tres proyectos de ley para liberalizar la ley por motivos terapéuticos fueron infructuosos. El clima político no es favorable para cambiar la ley. Los conservadores tampoco han logrado hacer la ley más punitiva, mientras que la coalición gobernante de centro–izquierda esta´ dividida y existen considerables riesgos políticos en abogar por leyes menos restrictivas.*

Palabras Clave: *mortalidad materna, metodología de investigación, muertes mal clasificadas, migración, Cuerno de África, Suecia.*

CHILE es uno de los cuatro países, con El Salvador, Malta y más recientemente Nicaragua, donde no existe excepción legal a la prohibición del aborto para salvar la vida de una mujer. Informes recientes sobre el aborto en El Salvador[1] y Nicaragua[2–4]* han puesto de manifiesto las tragedias y violaciones de los derechos humanos que se derivan de estas leyes. De acuerdo con estudios realizados en Chile[5] y en el mundo entero, las complicaciones por aborto afectan fundamentalmente a mujeres y adolescentes de bajos ingresos, debido a que sólo pueden acceder a abortos inseguros, una situación de gran inequidad social. Dado que todos los servicios de aborto operan de manera clandestina en Chile, es muy poco lo que se conoce sobre la práctica real o sobre el perfil de las mujeres que se practican un aborto. Este artículo intenta, en la medida de lo posible, arrojar luz sobre las prácticas y políticas oficiales y clandestinas vinculadas al aborto. La sección sobre la práctica del aborto se basa en un estudio de Shepard,[6] y la sección sobre políticas relacionadas con el aborto en la reciente investigación legal y experiencia de Lidia Casas como abogada.

Históricamente, Chile ha sido uno de los países más progresistas en materia de salud reproductiva en Latino-

* Rosita es un reciente documental que dramatiza la oposición de las autoridades nicaragüenses al acceso a un aborto legal a una niña de 9 años cuya gestación fue resultado de una violación.

américa. En el año 1964,[7] bajo el gobierno de Eduardo Frei, presidente demócrata cristiano cercano a la Iglesia Católica, se convirtió en el primer país latinoamericano, además de Cuba, en implementar un programa público de planificación familiar debido a las tasas de mortalidad excepcionalmente altas derivadas de las complicaciones por abortos ilegales. El programa fue muy efectivo. La mortalidad materna por aborto inseguro bajó de 107 por 100 mil nacidos vivos a 5 en el 2000.[8,9] La ley de 1931 sobre aborto terapéutico permitía el aborto para proteger la vida y salud de la mujer, pero fue derogada por la dictadura militar en 1989, poco antes de que un gobierno democrático asumiera el poder.

Incidencia del aborto y prácticas abortivas[6]

No existen datos confiables sobre la incidencia del aborto inducido y sus consecuencias en la salud pública. Más del 99% de los abortos inducidos no son reportados en los hospitales públicos, son registrados bajo algún otro procedimiento o reportados como abortos espontáneos.* Por esta razón, existe un sub-reporte en el número de embarazos, abortos espontáneos, condiciones relacionadas con gestaciones de alto riesgo, anormalidades fetales y morbilidad postaborto. Sólo existe evidencia anecdótica sobre prácticas inseguras, que incluyen la inserción de catéteres y otros métodos tradicionales. Probablemente, los abortos hayan disminuido desde el año 1990 debido a la disponibilidad de misoprostol, ampliamente conocido y utilizado en Latinoamérica para inducir el aborto, especialmente hasta las 9 semanas posteriores al último periodo menstrual.

Como en la mayoría de países, el misoprostol se vende legalmente en las farmacias chilenas, con prescripción médica, para el tratamiento de úlceras estomacales. Es también utilizado legalmente en las salas obstétricas para inducir el parto y para el tratamiento y prevención de la hemorragia postparto. Algunos médicos y obstetrices proporcionan a sus pacientes el misoprostol con fines abortivos en la práctica privada. El medicamento y las instrucciones de uso están disponibles a través de páginas electrónicas chilenas y en el mercado negro. El costo de 4 a 6 píldoras es mucho más alto que en países desarrollados, oscila entre 38 mil y 50 mil pesos chilenos.

Toda la literatura publicada sobre el aborto en Chile cita los estimados de un estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher,[10,11] basado en datos de 1990, que colocaban a Chile como uno de los países con las tasas de aborto más altas del mundo. Si tomamos en cuenta la disminución en la fertilidad y las complicaciones por aborto en los últimos 15 años, estos estimados están desactualizados.

Según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud de 2001, realizada por el Ministerio de Salud,[12] en 1990 ocurrieron 44,468 hospitalizaciones por aborto (espontáneo e inducido), mientras que en 2001 ocurrieron 34,479, lo que indica una disminución del 22%. Aunque la autora (Shepard) no pudo replicar totalmente la metodología del estudio original, los estimados a los que llegó utilizando los mismos factores multiplicadores y de corrección sugieren que el número total de abortos puede también haber disminuido en 22% en 2001, con una reducción de 9% en la tasa de aborto de Chile.[6] Este descenso en ambos indicadores se produjo en un periodo de crecimiento de la población de mujeres en edad reproductiva en un 23%. La disminución de abortos en un 22% es más alta que la de los nacimientos (16%) durante el mismo periodo. Estos estimados deben ser tomados con cautela debido a que se basan en datos hospitalarios; los expertos atribuyen la reducción por aborto en las hospitalizaciones a factores como el creciente uso de procedimientos asépticos y terapia antibiótica entre quienes practican abortos clandestinos, la creciente disponibilidad de misoprostol y el incremento en el uso de anticonceptivos†.

Según los datos de mortalidad materna, en 2001 se reportaron 4 muertes por aborto, y 7 en 2002, comparadas con 29 muertes en 1990. La razón de mortalidad materna para Chile en 2003 fue de aproximadamente 14 por 100 mil nacidos vivos (Comunicación personal, doctor René Castro, Ministerio de Salud, Director, Programa de Salud de la Mujer, marzo 2006). Esta cifra sitúa a Chile en una posición favorable respecto a la mayoría de países latinoamericanos (la razón de MM

* Para proteger de acusaciones tanto a las mujeres como al equipo médico, los datos de las pacientes reportados al Ministerio de Salud no diferencian entre aborto inducido y espontáneo.

† Aunque muchos asumen que el uso de misoprostol reduciría los índices de complicaciones severas por aborto tal como éstas están registradas en las estadísticas hospitalarias sobre aborto, el efecto no es directo. Los informes anecdóticos y la investigación en otros países como Brasil sugieren que algunas mujeres que utilizan el misoprostol sin supervisión médica terminan en el hospital, sea debido a un aborto incompleto, sea porque no están informadas sobre efectos secundarios normales como el sangrado. Es también probable que más mujeres sientan que pueden buscar atención postaborto que en el pasado.

para Argentina en 2001 fue de 70), pero es todavía tres veces más alta que la de Estados Unidos o Canadá.[13] Los adolescentes más jóvenes, de 14 años o menos, tienen un acceso limitado a la anticoncepción, como muestra la elevada razón de abortos reportados en este grupo de edad en 2003: 3,392 abortos por 994 nacidos vivos.[14] Dado el reducido número de muertes, es probable que la morbilidad sea la consecuencia más significativa del aborto inseguro ilegal en Chile; no existe, sin embargo, información al respecto.

Atención postaborto en hospitales chilenos: Desactualizada y contradictoria

Según diversos informantes y el Manual Obstétrico de la Escuela de Medicina, Universidad Católica,[15] la dilatación y el legrado uterino (D&C por sus siglas en inglés) siguen siendo utilizados en Chile para la atención postaborto en el primer trimestre. Este método es más intrusivo y riesgoso que la aspiración y el aborto médico, ambos recomendados por la OMS desde hace ya varios años.[16]

No existe información sistemática sobre otros aspectos de la atención postaborto en Chile, aunque sí referencias individuales de abuso emocional y, en algunos casos, físico, tal como practicar la D&C sin anestesia. Casas5 realiza un recuento de diversos casos en los que se constata una flagrante violación a los derechos humanos cuando las mujeres son reportadas a las autoridades: "*… mientras las enfermeras la interrogaban y los médicos la sermoneaban, ella miraba cómo sus manos se volvían transparentes por la pérdida de sangre… 'Me acordaba de las enfermeras diciéndome que si no les daba el nombre del doctor que me había hecho el aborto, me dejarían desangrarme hasta morir*". (16 años)[17]

Las disposiciones legales sobre confidencialidad médica son contradictorias. Por un lado, el personal médico está obligado legalmente a denunciar posibles delitos a las autoridades.[18] Por otro, los profesionales están eximidos por ley de divulgar en la corte información recibida confidencialmente de sus pacientes.[14] En la mayoría de los países latinoamericanos existe este tipo de disposiciones, pero no existe consenso en Chile sobre cómo resolver el conflicto legal. Sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos declaró recientemente que la protección de la confidencialidad médica debía ser el interés superior en la denuncia de un delito.[19]

Al margen de las ambigüedades legales, el número de casos de aborto reportados al sistema judicial penal desde el advenimiento de la democracia ha disminuido significativamente, y representó menos de 0.5% de los casos de aborto atendidos en hospitales en el año 2001, o menos de 0.01% de todas las investigaciones penales de la Oficina del Fiscal y la Defensoría Penal Pública. Al parecer, los casos hospitalarios tienden a ser reportados a las autoridades sólo cuando se prevé que ocurra una muerte, o en casos de perforación uterina, en la medida en que suponen una auditoría hospitalaria.[5] (¿?) En 2000, 46 mujeres fueron encontradas culpables de aborto y en 2001, 31.[20]*

De acuerdo con la información de la Oficina del Fiscal, de 69, 960 investigaciones penales en 2003, 29 se relacionaban con un aborto.[21]† En los últimos años, las mujeres procesadas ya no son enviadas a la cárcel; el fiscal impone una "desestimación condicional", que significa que las mujeres deben reportarse mensualmente a la Oficina del Fiscal por un periodo de un año.

La mayoría de profesionales médicos[6] citan la ética médica como la principal razón por la que más del 99.5% de los médicos y obstetrices chilenos no denuncian a las mujeres ante las autoridades. Muy pocos mencionan la confidencialidad médico-paciente. Otra de las principales razones citadas es que si las mujeres temen ser denunciadas, retrasan el arribo al hospital y llegan en peores condiciones. Otros señalan que aun cuando la postura de los profesionales sea de fuerte oposición al aborto, el proceso judicial demanda tanto tiempo que la mayoría de los médicos no desea involucrarse.

Actualmente, la inducción del parto o la realización de una operación cesárea durante o después de las 22 semanas de embarazo son consideradas por la profesión médica como una "interrupción del embarazo", no un aborto. Sin embargo, si el médico no puede demostrar que el procedimiento tenía indicación médica, podría correr el riesgo de ser procesado en la medida en que no existen directrices médicas oficiales para tales casos. En un caso prominente que fue destacado por los medios de comunicación en 2003, se negó el pedido de aborto a una mujer con embarazo molar, a pesar de que el Colegio Médico respaldaba públicamente su solicitud. Finalmente, a las 22 semanas, se realizó la "interrupción del embarazo" luego de que surgieran graves complicaciones para su salud.[22] Según se informó, cuando se anunció que el caso había sido resuelto, el Ministro de Salud tuvo que visitar al Cardenal para darle explicaciones.

---

* Estas estadísticas están incompletas, en la medida en que a finales del año 2000, empezó la implementación gradual de un sistema de justicia penal con registros paralelos.

† Esta información corresponde a seis regiones donde se implementó el nuevo sistema de justicia penal.

Las opiniones de los profesionales médicos entrevistados[6] fueron diversas respecto a qué hacer en caso de riesgo para la salud de la mujer. Aunque la práctica ofrece mayor libertad de acción de lo que la actual ley permite, no existe una política uniforme respecto a cuándo existe indicación médica para el aborto. Aunque la ley no menciona excepciones, los médicos y algunos expertos en derecho penal sostienen que las intervenciones dirigidas a salvar la vida de la mujer no infringen la ley, incluso cuando provocan la muerte del feto.[23,24] Con este argumento, algunas autoridades y académicos católicos chilenos han afirmado que las leyes vigentes permiten a los médicos salvar la vida de la mujer.[24] Este argumento se basa en las definiciones católicas del aborto según el derecho canónico. De acuerdo con las actuales directrices de los hospitales católicos en Chile y los EE.UU.,[15,25] es posible interrumpir un embarazo antes de que sea viable para salvar la vida de la mujer, incluso si provoca la muerte del feto. Éticamente, esta situación es vista por la iglesia como un "aborto indirecto", porque el propósito principal es salvar la vida de la mujer; la pérdida del feto es una consecuencia desafortunada e indirecta.

El caso de embarazos ectópicos ilustra esta interpretación de la ley ampliamente difundida. La mayoría de los informantes[6] estuvieron de acuerdo en que los médicos chilenos interrumpirían un embarazo ectópico, pues de lo contrario la mujer moriría inevitablemente mucho antes de que el feto fuera viable. Sin embargo, se reportaron dos casos en un hospital católico en que los médicos esperaron que el corazón del feto dejara de latir antes de intervenir, poniendo en riesgo a la mujer. En el año 2002, existían en los archivos del sistema de seguridad social 408 procedimientos quirúrgicos por embarazos ectópicos, esto sugiere que el número total de procedimientos de este tipo es mucho mayor a nivel nacional.[26]*

El Manual Obstétrico de la Universidad Católica de Chile[15] menciona otros ejemplos de condiciones que justifican el "aborto indirecto": sangrado uterino anormal masivo, hígado graso agudo, e infección de ovarios séptica. Shepard[6] encontró varias opiniones sobre otros casos en los que podrían aplicarse consideraciones terapéuticas:

- Cáncer avanzado cérvicouterino o de ovarios, que requieren de una histerectomía que sería practicada, según los informantes, en todos los hospitales.
- Otros tipos de cáncer durante el embarazo: La mayoría de los entrevistados pensaba que los médicos chilenos aplicarían radiación y quimioterapia si hubiera indicación médica, a pesar del daño potencial al feto, aunque varios consideraban que muchas veces se forzaría a una mujer con una gestación temprana a postergar el tratamiento (citaron dos casos). Un experto señaló que hasta el 2006, la mayoría de los estudiantes de medicina del curso de bioética de una universidad pública, votó, al presentarles este caso por postergar el tratamiento. El aborto no sería considerado una alternativa legal, pero todos afirman que es legal tratar el cáncer en cualquier edad gestacional sin realizar un aborto.
- Embarazos molares: Algunos embarazos molares ponen en riesgo la vida de la gestante, y dan como resultado un crecimiento cancerígeno que requiere quimioterapia. En el caso antes citado, muchas personas pensaban que si no se hubiera hecho público, la mujer hubiese podido encontrar más fácilmente un médico que le practicara el aborto.
- Anencefalia: En estos casos el aborto sería ilegal y la mayoría de los hospitales no lo realizaría, debido a que esta condición no supone un riesgo de muerte para la madre. Un caso que llegó a la corte en Brasil estableció un precedente legal en 2004 al permitir la inducción del parto, en este caso debido a que el feto no puede sobrevivir de manera independiente.[27] En Argentina, las cortes han dictaminado que la inducción del parto en una gestación mayor a 22 semanas no puede ser considerada un aborto bajo el Código Penal, por lo que se permite a los médicos inducir el parto.[28]
- Violación o incesto: Todos señalaron que no se realizan abortos por esta causa en los hospitales, incluso en casos extremos. En enero de 2005, los medios resaltaron el caso de una gestación de alto riesgo de una niña chilena de 9 años que había sido violada por su padrastro. Mujeres de ONG defendían la realización del aborto. La niña fue puesta bajo protección estatal en un hogar para niños porque la madre sabía del abuso sexual.[29]

Nuevos desarrollos políticos y legales

Chile es una sociedad conservadora más allá de su imagen internacional como una de las democracias más modernas, progresistas y estables de la región. Un indicador de esta contradicción es que el divorcio recién fue permitido en el 2005.[30] En relación con el aborto, es poco lo que ha cambiado en los últimos 17 años desde el fin de la dictadura militar.

* Estas cifras corresponden a FONASA, que permite la libre elección del médico en el sistema de salud pública. Asumiendo que estas mismas tasas se aplican en otros establecimientos, podrían haber más de 1,800 casos de embarazo ectópico al año, dado que el sistema de libre elección médica da cuenta del 36% de la atención.

Desde 1989, el país ha visto tres esfuerzos infructuosos por liberalizar la ley: en 1991, 2001 y 2006–07 (Boletín Legislativo Nº 499-07, Nº 197-11 y Nº 4845-11, respectivamente). En contraste, la derecha conservadora ha propuesto una legislación que impondría penas más severas para los culpables de aborto. Incluso bajo la dictadura, los legisladores anti-libre elección no pudieron imponer penas más severas, y se rechazó cuatro proyectos de ley similares entre 1990 y la elección de Bachelet, aunque uno de ellos perdió en el Senado por sólo un voto en 1998. Un decreto del Ministerio de Salud en el 2003 dispuso la emisión de certificados médicos de defunción en casos de aborto espontáneo, cuando los padres reclamaran los restos para ser sepultados.* Aunque en la mayoría de los países occidentales esta práctica se basa en la solicitud de los padres, en Chile los miembros del Congreso presentaron un proyecto de ley sobre el mismo tema en 2007, argumentando que el feto es una persona desde el momento de la fertilización ("concepción" en sus términos), por lo que debe ser tratado como tal (Boletín Legislativo Nº 5261-11).

Desde la elección de Bachelet en enero de 2006, se ha dado una oleada de actividad legislativa anti-libre elección. Se han introducido 7 proyectos de ley en poco más de un año, uno de los cuales propone una enmienda constitucional para la descriminalización del aborto, que requiere de una mayoría del 60% para ser aprobada (Boletín Legislativo Nº4121-07). Éste y otro proyecto de ley idéntico que proponía la misma enmienda al Código Penal, fueron presentados en menos de dos semanas después que Michelle Bachelet asumiera el poder.

Hoy, el aborto está creando alianzas sin precedentes. Por ejemplo, la bancada "Derecho a la Vida" recientemente creada en el Congreso, incluye diputados de oposición de derecha, demócrata cristianos y otros de la coalición gobernante de centro izquierda (Concertación), que recibió el apoyo de 61 de 120 diputados.[31] Cuatro diputados, dos de la Concertación y dos de oposición, han propuesto incluso una nueva disposición en el Código Penal para cualquiera que infrinja un daño o lesión al nonato, pero eximiendo a la mujer (Boletín Legislativo Nº4307-07). Aunque dicho proyecto de ley podría significar una reparación a las mujeres en caso de daño fatal al feto producto de una negligencia,[32] fue probablemente pensado como un paso adelante para garantizar que el feto sea considerado una persona. Mucho del debate judicial sobre contracepción de emergencia, que ha tenido lugar en Chile desde el año 2001 ha estado también vinculado al estatus legal del feto.[33,34] Estos mismos diputados presentaron otro proyecto de ley en enero de 2007, proponiendo la construcción de tres monumentos en honor a las víctimas no nacidas del aborto. (Boletín Legislativo Nº4818-24).

Otros proyectos de ley clarifican o añaden restricciones a las disposiciones existentes en el Código Penal y el Código de Salud. Una propuesta prohíbe todos los procedimientos quirúrgicos o clínicos, tratamiento, terapia, prescripción o administración de medicamentos que tengan la intención de provocar un aborto (Boletín Legislativo Nº 4447-11), aunque no incluye el tratamiento contra el cáncer que puede causar un aborto espontáneo. Otra propuesta incluye al aborto, entre otros, en una lista de delitos penales cuya investigación criminal sería más difícil de suspender para el fiscal (Boletín Legislativo Nº4320-07). Otra más, busca anular la aplicación de circunstancias atenuantes en el Código Penal, tales como la ausencia de condenas previas, a casos de aborto (Boletín Legislativo Nº4350-07).

Generalmente, la oficina de Bachelet permanece en silencio cuando se aborda el tema del aborto en los medios o en el Congreso. Desde 1990, todos los ministros del Servicio Nacional de la Mujer, incluyendo la actual ministra, han repetido el mismo mantra: el aborto "no está en nuestra agenda legislativa". Esto refleja las tensiones internas crónicas alrededor de cualquier asunto que involucre la sexualidad y la reproducción,[35] que alcanzaron un punto culminante durante el debate sobre contracepción de emergencia que está en vigencia desde el 2001.[34]

Cualquier propuesta orientada a permitir el aborto terapéutico es difícil en estas circunstancias. Dos diputados que presentaron un proyecto de ley en noviembre de 2006 para descriminalizar el aborto en las primeras 12 semanas de gestación, se encontraron con una respuesta histérica en la oposición, que planteó su exclusión del proceso legislativo como inconstitucional. La Cámara, presidida por un social demócrata progresista, consintió y declaró el proyecto de ley inadmisible, causando un gran alboroto.[31] Algunos demócrata cristianos señalaron que su partido abandonaría la coalición de gobierno si el proyecto de ley continuaba su proceso legislativo. Estos argumentos eran defectuosos desde el punto de vista legal y políticamente deshonestos; los cambios en el Código Penal no requieren una enmienda constitucional (Boletín Legislativo Nº 4121-07).[36,37]*

A pesar de los esfuerzos del Ejecutivo para contener la lucha en torno a este tema dentro de la coalición de

* Decreto 216/03 Ministerio de Salud, Gaceta Oficial, 17 diciembre 2003, que modificó el Reglamento General de Cementerios 357, junio 1970.

THOMAS HOEPKER / MAGNUM PHOTOS

Celebration of the inauguration of President Bachelet, Santiago, Chile, 2006

gobierno, se presentó un segundo proyecto de ley sobre el aborto terapéutico con previsiones más amplias que la ley vigente hasta 1989. Además de las excepciones para salvar la vida y salud de la mujer, el proyecto incluía excepciones en casos de violación y cuando el feto presentara malformaciones severas. Esto fue considerado admisible, pero al ser presionado, el gobierno dijo que tampoco el aborto terapéutico estaba en la agenda legislativa del Ejecutivo.[38]

Desde los años 90, el gobierno chileno ha ignorado las sucesivas recomendaciones de los comités internacionales de derechos humanos acerca de las leyes, políticas y prácticas restrictivas en relación con el aborto en Chile: del Comité de Derechos Humanos en marzo de 1999, del Comité CEDAW en junio de 1999, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 2004, y del Comité contra la Tortura en 2005. En 2006, el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó que Chile revisara su legislación sobre aborto.[39]

En contraste con la elite política conservadora, los chilenos tienen una visión más progresista de este tema. Una encuesta representativa de mujeres en octubre de 2006 encontró que 75%, 71% y 68% de mujeres, respectivamente, aprobaban la legalización del aborto en casos de riesgo para la vida de la mujer, violación o malformación fetal severa.[40] Sin embargo, como lo muestran los retrasos en la legislación sobre el divorcio en Chile, una opinión pública favorable no es suficiente aún para lograr que los políticos electos se atrevan a enfrentar las presiones políticas de la iglesia y sus aliados.

Discusión

Aunque las restricciones vinculadas al aborto afectan a todas las mujeres, el peso es mayor para las mujeres de bajos ingresos que dependen de las instituciones públicas

* El proceso político sobre diversos temas ha estado caracterizado recientemente por estas distorsiones en el proceso legislativo democrático y por la manipulación de la información.[35] Se han censurado libros de educación sexual y manuales clínicos cuando la iglesia católica o sus aliados presionan a los ministros para evitar la circulación de información considerada contraria a las enseñanzas de la iglesia. Por ejemplo, una publicación dirigida a los padres como parte del programa de educación sexual en 2005, ¿Y ahora, qué digo?, fue archivada por incluir contenidos sobre la masturbación.

de atención de salud, en las cuales el descuido estatal es de consideración. Gran parte del daño a las mujeres no se ve ni se conoce al no existir datos de investigaciones sobre este tema: el trauma emocional de buscar un procedimiento ilegal o gestar un niño no deseado, las consecuencias en la salud en caso de contraindicación de la gestación, o como consecuencia de procedimientos inseguros, el trauma de afrontar un proceso penal si la mujer es descubierta, y la muerte en algunos casos desafortunados.

Los profesionales médicos enfrentan dilemas considerables en los casos en que existe un riesgo para la salud de la mujer. La falta de directrices médicas en torno a cuándo resulta admisible una interrupción del embarazo, sumado al temor de ser acusados, los coloca, tanto como a las mujeres, en una posición muy vulnerable. Cuando el embarazo supone un serio riesgo para la salud de la mujer, los médicos deben esperar hasta las 22 semanas para interrumpirlo. Algunos posponen el tratamiento contra el cáncer e incluso el abordaje de los casos de embarazo ectópico, generando riesgos adicionales a la vida y salud de la mujer. La toma de decisiones médicas bajo estas circunstancias es altamente discrecional y cargada de riesgos éticos y legales.

En casos donde la necesidad de interrumpir el embarazo para salvar la vida de la mujer está clara, las directrices clínicas católicas permiten un "aborto indirecto" en un país que no acepta el aborto para salvar la vida de la mujer. Aunque esta "válvula de seguridad" permite a los médicos cumplir con su deber, también crea un clima de ambigüedad y negación debido a la ausencia de directrices médicas o leyes específicas que protejan sin lugar a dudas la salud de la mujer, así como a las mujeres y médicos de una eventual implicación judicial.

La actual situación política en Chile no parece favorecer un cambio en las leyes sobre el aborto. El gobierno de Bachelet actuó valientemente para defender el acceso universal a la contracepción de emergencia en los servicios de salud pública, enfrentando la crítica y disensión en sus propias filas en relación con una medida que tenía amplio apoyo popular. Los recientes esfuerzos para liberalizar las leyes o políticas sobre el aborto en Uruguay, Brasil y México sugieren que el cambio en Chile puede depender de la voluntad política de la comunidad médica para asumir este desafío político y buscar modificar el *statu quo*. Sin el liderazgo público de esta influyente comunidad, es poco probable que los líderes políticos asuman los considerables riesgos políticos asociados a la liberalización de la ley en Chile.

Abortion Policies and Practices in Chile: Ambiguities and Dilemmas
Reproductive Health Matters 2007;15(30):202–210

Referencias

1. Hitt J. ProLife nation. New York Times Magazine. 9 April 2006.
2. Lynch A. Nicaragua's abortion ban claims another victim. 16 February 2007. RH 3. Reality Check blog. At <www.rhrealitycheck.org/blog/2007/02/16/nicaragua-s-abortionban-claims-another-victim>. Accessed 10 March 2007.
3. Pan American Health Organization. Derogación del Derecho al Aborto Terapeutico en Nicaragua: Impacto en Salud. Nicaragua, February 2007. At: <www.ops.org.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=292>. Accessed 22August 2007.
4. Rosita A. Bullfrog Films, 2006. Summary at: <www.bullfrogfilms.com/catalog/rosita.html>. Accessed 11 March 2007.
5. Casas Becerra L. Women prosecuted and imprisoned in Chile for abortion. Reproductive Health Matters 1997;4(9):29–36.
6. Shepard BL. Report on abortion practices and policies in Chile: results of a literature review and survey of experts. Report for Ford Foundation, Andean and Southern Cone Office, 2006. (Unpublished)
7. Jiles X. De laMiel a los Implantes. Historia de las Políticas de Regulación de la Fecundidad en Chile. Santiago7 Corporación de Salud y Políticas Sociales, 1992.
8. Schiappacasse V, Casas Becerra L, Vidal P, et al. Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Santiago7 SERNAM, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Corporación de Salud y Políticas Sociales, 2003.
9. Dides C. Aportes al debate sobre el aborto en Chile: derechos, género y bioética. Acta Bioethica 2006;12(2):219–29.
10. Singh S, Wulf D. Clandestine Abortion: A Latin American Reality. New York7 Alan Guttmacher Institute, 1994.
11. Singh S, Wulf D. Estimates of abortion levels in six Latin American countries. International Family Planning Perspectives 1994;20:4–13.
12. Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Atención humanizada del aborto inseguro en Chile. Santiago: 2003 and 2005.
13. World Health Organization. World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva7 WHO, 2005.
14. Casas Becerra L. Informe en derecho: confidencialidad de la

información médica, derecho a la salud y consentimiento sexual de los adolescentes. Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia 2005;12(3):94–111.
15. Poblete J. Interrupción del embarazo. In: Oyarzún E, editor. Manual de Alto Riesgo Obste´trico. Santiago, Chile: School of Medicine, Pontifical Catholic University of Chile. At: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/Interrupcion_embarazo.html>. Accessed 10 March 2007.
16. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva, 2003. At: <www.who.int/reproductivehealth/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf>.Accessed 8 April 2006.
17. Ross J. Illegal abortions rampant in Latin America.Women's E-News. 28 November 2004.
18. Casas Becerra L, Isla P. Confidencialidad de la Información Médica: Análisis Jurídico de la Situación en Chile. Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y Reproductiva. Santiago7 CORSAPS, 2002. p.91–118.
19. Inter-American Court of Human Rights. De la Cruz-Flores v. Peru. Judgment of 18 November 2004. [in Spanish]. Series C, No.115. At: <www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_115_esp1.pdf >.
20. Maturana C. Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile a Diez Años de el Cairo. Santiago7 Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2004.
21. Defensoría Penal Pública. Defensa de Mujeres en el Nuevo Sistema Procesal Penal. Santiago7 Centro de Documentación No.4, December 2005.
22. Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile. Hechos 2003. Santiago7 Facultad de Derecho Universidad Diego Portales, 2004. At: <www.derechoshumanos.udp.cl/>. Accesed 22 August 2007.
23. Bascuñán A. La licitud del aborto consentido en el derecho chileno. Revista Derecho y Humanidades 2004;10:143–81.
24. Besio M, Chomali F, Neira J, et al. Aborto Terapéutico. Consideraciones me´dicas, e´ticas, jurídicas y del Magisterio de la Iglesia Católica. Santiago7 Facultad de Medicina, Centro de Bioética, Centro de Estudios Jurídicos Avanzados, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2002.
25. United States Conference of Catholic Bishops. Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. 4th ed. 2001 At: <www.usccb.org/bishops/directives.shtml#partfour>. Accessed 8 April 2006.
26. Ministry of Health, Chile. The FONASA system. Diagno´ stico 2002. (Unpublished)
27. Ferreira da Costa LL, Hardy E, Duarte Osis MJ, et al. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. Reproductive Health Matters 2005;13(26):139–46.
28. Hooft P. Anencefalia: consideraciones bioéticas y jurídicas. La ausencia de un substrato biológico mínimo ¿genera diferencia moral? Acta Bioethica 2000;6(2): 268–82.
29. La Nación. SENAME se querellará por abusos a niña de 9 años embarazada. 11 January 2005. At: <http://216.72.168.50/prontus_noticias/site/edic/2005_01_11_1/home/home.html>. Accesed 23 August 2007.
30. Shepard BL. The double discourse on sexual and reproductive rights in Latin America: the chasm between public policy and private actions. Running the Obstacle Course to Sexual and Reproductive Health: Lessons from Latin America. Westport CT7 Praeger, 2006.
31. El Diputado Walker tiene una visión utilitarista del poder. La Nación. 19 November 2006. At: <www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/artic/20061118/pags/20061118210027.html>.
32. European Court of Human Rights. Vo v. France. Application No.53924/00. Grand Chambers Judgment 8 July 2004. § ECHR 2004-VIII. At: <www.echr.coe.int>. Accessed 24 August 2007.
33. Casas Becerra L. La Batalla de la Píldora, el acceso a la anticoncepción de emergencia en América Latina. Revista Derecho y Humanidades 2004;10:183–208.
34. Casas Becerra L, Contesse J. La píldora del día después. At: <www.gvdireito.com.br/casoteca/Default.aspx?PagId=HJEFVQRK>. Accessed 24 August 2007.
35. Casas L. Women and reproduction: from control to autonomy? The case of Chile. American University Journal of Gender, Social Policy & the Law 2004;12(3):427–51.
36. Casas L. Aborto: el no-debate sobre aborto. El Mostrador. 30 November 2006. At: <www.elmostrador.cl/modulos/noticias/constructor/noticia_new.asp?id_noticia=203969>. Accessed 11 March 2007.
37. Casas Becerra L. Del aborto y otros cuentos y la transición democrática. Revista Foro Chile XXI 2007;7(65):10–2.
38. Salinas C, Cisternas H. Ejecutivo no planea legislar sobre aborto terapéutico. El Mercurio. 9 March 2007. At: <http://diario.elmercurio.com//2007/03/09/nacional/nacional/noticias/8402ED49-5AFD-479F-9772-A2ACFE3EE7B7.htm>. Accessed 9 March 2007.
39. CEDAW. Final Observations of CEDAW Committee: Chile,CEDAW/C/CH/CO/4, 25 August 2006.
40. Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género Humanas/Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. Encuesta Mujer y Política 2006. At: <www.humanas.cl/documentos/Encuesta%202006.pdf >. Accessed 6 March 2007.

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(29):85–96
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 29295-X

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

El aborto en la España democrática: la agenda política parlamentaria 1979–2004

Belén Cambronero-Saiz,[a] María Teresa Ruiz Cantero,[b] Carmen Vives-Cases,[c] Mercedes Carrasco Portiño[d]

a Estudiante de doctorado, Programa de Doctorado en Género, Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, España.
b Catedrática, Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, España. E-mail: cantero@ua.es
c Docente, Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, España.
d Estudiante de doctorado, Programa de Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, España.

Resumen: *Desde la transición de España a la democracia, el aborto ha sido asunto de políticas públicas dentro y fuera del parlamento. En este artículo se describe la historia de la reforma de la ley de aborto en España desde 1979 hasta 2004, y se analiza el discurso sobre el aborto por parte de los parlamentarios españoles, por sexo y afiliación política. El análisis se basa en un estudio retrospectivo de la frecuencia de iniciativas legislativas y la prevalencia de diferentes argumentos y posiciones en debates sobre aborto, encontradas mediante una búsqueda sistemática en la base de datos parlamentaria. No se dedico´ mucho tiempo al aborto en la agenda parlamentaria, comparado con otros asuntos relacionados con las mujeres, como la violencia contra éstas. Hubo 229 iniciativas parlamentarias en ese período, el 60% iniciadas y dirigidas por mujeres por el derecho a decidir; 143 diputadas y 72 diputados participaron en los debates. La aceptación de motivos socioeconómicos para tener un aborto legal (64%) y la legalización de la práctica de abortos a petición en el primer trimestre del embarazo (60%) fueron las formas más frecuentes propuestas para reformar la ley, principalmente a raíz de argumentos referentes a los derechos de las mujeres. Hombres y mujeres afiliados a partidos contra el derecho a decidir, y la mayoría de los hombres afiliados a otros partidos abogaron por los derechos del feto. Los partidos por el derecho a decidir presentaron más proyectos de ley que aquellos en contra, pero hasta ahora, se ha votado en contra de todas las reformas propuestas desde 1985.*

Palabras Clave: *ley y política de aborto, abogacía y proceso político, España.*

DESDE la transición de España a la democracia en 1978, se han dado argumentos a favor y en contra de la legalización del aborto y su provisión en los servicios de salud pública tanto dentro como fuera del Parlamento Español.[1] Sin embargo, el análisis de los debates parlamentarios concretos en torno a este tema ha sido poco frecuente.

La investigación en Estados Unidos acerca de los debates y votaciones del Congreso sobre las leyes de aborto reveló que los principales argumentos se vinculaban, por un lado, a la ética y moral implicada en el aborto de un feto y, por otro, al impacto de los abortos inseguros en la salud de la mujer y las inequidades sociales en el acceso al aborto. Han sido las parlamentarias quienes han defendido el acceso equitativo al aborto, mediante fondos públicos, y quienes han introducido argumentos a favor del aborto legal para proteger la salud de la mujer. Más aún, las parlamentarias han modificado la posición de sus colegas masculinos a lo largo del tiempo; así, el número de hombres que se refiere a la salud de la mujer se ha incrementado, y ha disminuido el número que alude a la inmoralidad del aborto.[2–4]

En la mayor parte de Europa existe una legislación que asegura el acceso a abortos seguros y legales,[5] con importantes excepciones. En la mayoría de países las leyes aprobadas principalmente en los años 70 y 80 incluyen las siguientes bases legales para el aborto: riesgo para la salud de la mujer, riesgo para su salud física, psicológica y mental, violación, riesgo de malformación fetal, riesgo para los hijos existentes, circunstancias sociales o socioeconómicas y condiciones médicas o sociomédicas.[6] Las razones y los periodos de referencia para cada circunstancia varían de alguna manera en cada uno.[5–8] En muchos, el aborto a petición es legal hasta las 10,12,14 ó 18 semanas; después de ese lapso, las bases legales son más limitadas y no exceden generalmente de las 22-24 semanas.[9–13]

Hasta 1985 no existía una legislación sobre el aborto en España. Fue recién aprobada en los primeros años de la nueva democracia. La única excepción fue un decreto vigente en Cataluña durante la guerra civil (1936–39), que permitía el aborto por motivos de salud de la mujer en caso de gestación no deseada o de anormalidad fetal. La implementación de este decreto fue sin embargo muy limitada debido a los disturbios de esos tiempos difíciles.[1]

El movimiento feminista español ha trabajado por la despenalización del aborto desde los 70. Durante la preparación de la Constitución democrática española (1977–78), el aborto y otros temas, como la educación y el divorcio, fueron motivo de profundas divisiones entre los partidos políticos de izquierda y derecha. Se evitó el conflicto potencial entre ambas posiciones mediante un acuerdo que omitía completamente el tema del aborto en la Constitución.

En 1981, 11 mujeres de un barrio pobre cerca de Bilbao fueron arrestadas por someterse a abortos ilegales. Las detuvieron junto con las mujeres que les habían practicado el aborto y con otras involucradas. Durante el juicio, el calor obligó a mantener las ventanas de ambos lados de la corte abiertas, lo que permitió que las arengas de miles de mujeres que rodeaban el edificio llenaran la sala junto con las que ahí se encontraban como observadoras y testigos. Los serios riesgos de salud que corrieron las acusadas justificaron el aborto terapéutico. Todas fueron absueltas. Este juicio logró paralizar, al menos temporalmente, acusaciones similares, y abrió el camino para la reforma legal (Marge Berer, comunicación personal, enero 2007).[14]

En 1983, sólo cuatro meses después de asumir el mando, el Partido Socialista presentó un proyecto de ley para modificar el Código Penal con el fin de cumplir una promesa electoral.[16] El proyecto de ley legalizaba el aborto practicado por razones éticas (en caso de violación), por motivos terapéuticos (riesgo a la salud física o mental de la gestante) o por motivos eugenésicos (malformación fetal).[15,16] Fue aprobado por una amplia mayoría de 186 a 50.[1,17]

Entre 1974 y 1985, un estimado de 240 mil mujeres españolas interrumpió su embarazo en el Reino Unido y Holanda (y un número no documentado en Portugal y África septentrional). En contraste, entre 1986 y 1995, luego de la aprobación de la ley, solo 34,895 españolas se sometieron a un aborto en otros países, mientras que 340,214 pudieron hacerlo en España.[18]

No obstante, a pesar de la aprobación del decreto, muchos profesionales que trabajaban en clínicas no gubernamentales de planificación familiar donde se practicaba el aborto fueron hostigados por los activistas contra el derecho a decidir, y algunos de ellos procesados por realizar abortos. Al mismo tiempo, los colegas y profesionales médicos del sistema de salud pública no pudieron empezar a ofrecer el servicio de aborto ni entrenar a los proveedores. En 1986, se aprobó una norma sobre los criterios para la acreditación de los centros de salud interesados en dar el servicio de aborto y sobre la clase de información que debía ser reportada, la misma que exigía a las mujeres contar con el consentimiento de dos profesionales médicos para el aborto.[16] Aunque esta norma marcó el inicio del fin de los juicios, recién en el año 1999 fue presentado en el parlamento un proyecto de ley para acabar con este tipo de enjuiciamientos.[17]

Desde 1986, los dos principales partidos políticos de izquierda (el gobernante Partido Socialista e Izquierda Unida) han presentado dos importantes proyectos de ley para una reforma adicional de la ley de aborto. Uno busca legalizar el aborto a petición en las primeras 12 semanas de gestación (propuesto por Izquierda Unida); el otro, extender las bases para el aborto con el fin de incluir las circunstancias socioeconómicas de las mujeres (propuesto por el gobierno). Sólo este último fue sometido a votación en la Cámara de Diputados, y aprobado el 14 de diciembre de 1995 con 180 votos a favor, 141 en contra y una abstención. Sin embargo, el proyecto de ley no prosperó porque su discusión coincidió con el paso a un gobierno conservador, que no hizo ningún esfuerzo por asegurar que llegara al Senado para ser aprobado.[1,18]

Desde entonces, el debate político sobre el aborto parece haber sido desactivado. Esto puede deberse a la falta de equilibrio entre los actores clave involucrados: Por un lado, están los grupos feministas, los partidos de izquierda (fundamentalmente sus miembros mujeres) y el Instituto –estatal– de la Mujer, que han abogado infructuosamente por ampliar y reformar la ley. Por otro lado, está un grupo más poderoso que incluye a la igle-

sia Iglesia Católica y algunos grupos contra el aborto, todavía muy activos. Y, aunque en inactividad, también están los partidos conservadores y de derecha que, no obstante, han hecho pocos esfuerzos por revertir o restringir la ley vigente.[1,18]

Desafortunadamente, la ley existente, aunque probablemente liberal para su tiempo, no refleja las necesidades de las mujeres. En efecto, las razones más comunes para el aborto en España son de tipo socioeconómico, pero el aborto por esta causa no es legal.[1,19] En consecuencia, la razón más comúnmente esgrimida es el grave riesgo para la salud mental de la mujer, el mismo que debe ser certificado por un psiquiatra.[15,18] Este ha sido el caso en 98% de los abortos incluidos en el registro de aborto legal entre 1992 y 2004, lo que hace que la validez de los datos sea irrisoria.[19]

Hasta hoy, ni el aborto ni la planificación familiar han sido integrados al sistema de salud pública en España.[19] De hecho, entre 1992 y 2004, 97% de los abortos en España fueron realizados en clínicas privadas.[20] Más aún, debido a las cambiantes circunstancias políticas y económicas y el grado de influencia de la iglesia Iglesia Católica en diferentes partes de España, el acceso a los servicios de aborto es también heterogéneo. Así, en el año 2004, la proporción de abortos realizados en provincias muy católicas fue muy baja, por ejemplo, en Navarra 5%, Cataluña 10% y en el centro de Madrid 12%.[20] Muchas mujeres deben viajar a otras partes del país para someterse a un aborto y algunas incluso viajan al extranjero con este fin.

Las recomendaciones del Parlamento Europeo enfatizan la importancia de legalizar el aborto para proteger los derechos y la salud de las mujeres. Sin embargo, la situación en España puede, en algunos casos, estar minando la salud de la mujer. [21,22] Tener que viajar por un aborto provoca demoras, y las que de hecho abortan por razones socioeconómicas, para hacerlo legalmente, deben aceptar y pagar por un examen de salud mental. Más aún, es posible que algunas, especialmente jóvenes, se sometan a abortos inseguros debido a que no pueden costear las tarifas de las clínicas privadas.[19]

Pensamos que sería útil analizar los debates parlamentarios y las tendencias en la votación para identificar la posición de los partidos políticos y sus acuerdos y discrepancias, así como examinar la posición de todos los miembros del parlamento. Esto permitiría identificar puntos centrales para el debate político y formas de promover una legislación sobre el aborto que responda a las necesidades de las mujeres. Pensamos también que sería valioso realizar una investigación político-epidemiológica sobre los efectos de las decisiones tomadas por las instituciones políticas sobre la salud.[23]

En este artículo presentamos un análisis de la frecuencia de las iniciativas legislativas relacionadas con el aborto en la España democrática entre 1979 y 2004, y analizamos el discurso sobre el aborto de los miembros del parlamento español por sexo y filiación política.

Data y métodos

El estudio fue de tipo longitudinal y retrospectivo. Se realizó una búsqueda sistemática de la palabra clave "aborto" en la base de datos del Parlamento Español para los años 1979–2004.[17] La información recogida y analizada incluyó el número y sexo de los miembros de ocho Parlamentos electos, la frecuencia de iniciativas sobre el aborto, los Parlamentos en los cuales fueron propuestas, el lugar donde fueron debatidas (Comisiones Especiales o pleno), número de proyectos de ley que pasaron la primera lectura y resultado político de los proyectos de ley que alcanzaron la fase de debate. Finalmente, en el caso de proyectos sometidos a debate, se recogió información sobre el sexo y partido político de quienes participaron en él.

El *software* Nudist Vivo nos permitió realizar un barrido de los contenidos de los textos de los debates parlamentarios sobre el aborto, e identificar 16 argumentos o posiciones diferentes. Dado que cada uno de estos argumentos implicaba una intención específica respecto a la ley, identificamos la variable –posiciones de las mujeres y hombres parlamentarios con relación a la legislación sobre aborto- con el fin de establecer categorías mutuamente exclusivas (a favor versus en contra). A fin de validar estas categorías como instrumentos de medición y asegurar un significado común, el equipo estableció definiciones operacionales para cada posición. Posteriormente, calculamos el nivel de acuerdo inter-observador (autores BC y MC) utilizando el coeficiente de Kappa, y obtuvimos un alto grado de acuerdo (Coeficiente de Kappa = 82%).

Basados en la posición asumida por los diferentes partidos políticos respecto a la legalización del aborto a petición hasta las 12 semanas de gestación, se creó una nueva variable –partidos por el derecho a decidir y partidos en contra-. Esta variable dividía los partidos entre aquellos a favor de una decisión libre y responsable de la mujer acerca de la continuación o no de su embarazo: *Partido Socialista*, *Izquierda Unida*, *Bloque Nacionalista Gallego*, *Esquerra Republicana*, *Coalición Canaria* y *Grupo Mixto*; y aquellos partidos que defendían los derechos del feto sobre el derecho de la mujer a decidir: *Partido Popular*, *Convergència i Unió* y *Nacionalista Vasco*. La *Unión de Centro Democrático* fue excluida dado que eventualmente desapareció de la arena políti-

ca, y debido a que sus miembros se dividían entre los que estaban a favor y en contra del derecho a decidir.

Se realizó un estudio descriptivo de las frecuencias y porcentajes para cada una de las variables recogidas, así como un análisis comparativo de los argumentos y posturas según el sexo de los miembros del Parlamento y su pertenencia a partidos por el derecho a decidir o en contra. Se efectuó una prueba de chi-cuadrado para comparar porcentualmente los argumentos y posturas en el debate sobre aborto entre mujeres y hombres miembros del parlamento y entre partidos por el derecho a decidir y en contra. Se utilizó el paquete estadístico SPSS-11.5 y EpiInfo 6 para este análisis.

Resultados

Sujetos y frecuencia de debates

Encontramos un total de 229 iniciativas legislativas en las cuales se mencionó el aborto durante el periodo 1979–2004. Éstas incluían proyectos de ley para reformar la ley vigente, propuestas de reglamentos que normaran la implementación de dicha ley y preguntas al gobierno sobre la ley de aborto y sus aplicaciones. Los proyectos de ley y reglamentos fueron también examinados por comisiones parlamentarias específicas, que invitaron a profesionales clave con el fin de obtener evidencias.

Del total de iniciativas, 104 (45.4%) fueron debatidas, mientras que 125 fueron desestimadas sin entrar a debate. De las 104 debatidas, solo 7 (2.6%) fueron sometidas a voto y aprobadas, todas relacionadas con la aprobación y venta de mifepristone y su uso para el aborto médico. Otras 4 iniciativas también fueron sometidas a voto pero no aprobadas. Las otras 93 fueron discutidas sólo en las comisiones parlamentarias. De ellas, 70 se discutieron en la Comisión de Justicia, 10 en la Comisión de Salud, 7 en la Comisión de Asuntos Sociales, 2 en la Comisión de Educación y Cultura, una en la Comisión de Finanzas, una en la Comisión de Constitución, una en la Comisión de Control de Telecomunicaciones y, sorpresivamente, solo una en la Comisión de Derechos de la Mujer.

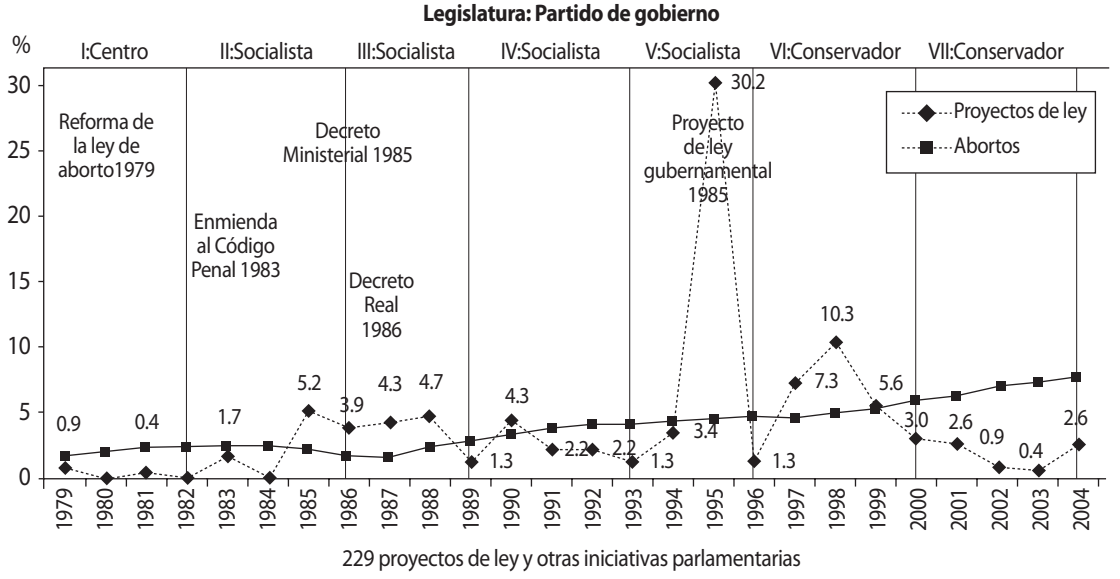
Por ejemplo, en 1985, el mismo año en que se aprobó la ley de aborto, el conservador Partido Popular de oposición presentó una enmienda para reconocer el derecho de médicos y personal de salud a ejercer una objeción de conciencia al aborto, incluso un aborto legal. Esta propuesta fue sometida a voto pero no aprobada.[15] Otro ejemplo bajo el gobierno conservador en 1996, fue la pregunta presentada por el Partido Socialista de oposición, sobre qué haría el gobierno con las procesadas por haberse sometido a un aborto fuera de los parámetros de la ley si no podían ser mandadas a prisión. Aunque se debatió la pregunta, nada resultó de ella.[17] Las deficiencias en la aplicación de la ley de aborto fueron motivo de comparecencia ante la Comisión de Justicia, el Presidente de la Real Academia de Ciencias Políticas y Sociales y Ética, el Ministro de Salud, el Ministro de Asuntos Sociales, la Directora del Instituto de la Mujer, y el Presidente del Consejo General del Poder Judicial en 1995.[17]

La frecuencia de iniciativas relacionadas con el aborto se muestra en el Gráfico 1. Hubo muy pocas antes de 1985. Entre 1985–95, cuando la nueva ley de aborto empezó a entrar en vigencia, la frecuencia de debates parlamentarios permaneció constante, aumentando en 1995 como resultado del nuevo proyecto de ley gubernamental para ampliar las bases del aborto. En este periodo, el tema aparecía con mayor frecuencia en la forma de preguntas formuladas al gobierno, vinculadas, por ejemplo, a qué tipo de información sería transmitida por la televisión española en 1985, y qué medidas tomaría el gobierno si todos los médicos de una región fueran objetores de conciencia. Otras se relacionaban con el número de clínicas en Cataluña acreditadas para realizar abortos (1986), los criterios utilizados por el Ministerio de Salud para evaluar el riesgo quirúrgico del aborto (1987), y las medidas para garantizar que el aborto fuera provisto en el sistema de salud pública (1992).

Entre 1996 y 2004, cuando el conservador Partido Popular tomó el control del gobierno, la frecuencia de iniciativas relacionadas con el aborto mostró una tendencia descendente (Gráfico 1), aunque las preguntas formuladas al gobierno siguieron siendo relevantes.

A menudo, el apoyo de los partidos conservadores y de derecha al derecho de objeción de conciencia por parte de los médicos fue objeto de debate en el Parlamento Español. Sorprendentemente, sin embargo, casi no se discutió la falta de acceso al aborto en los servicios de salud pública y la consecuente inequidad para las mujeres de diferentes clases sociales. Entre 1979 y 2004, hubo entre 350 y 416 parlamentarios en sesión en cada uno de los ocho parlamentos. El número total de parlamentarios que tuvo una intervención vinculada al aborto durante todo el periodo fue de 215 (143 mujeres, 72 hombres). La mayoría de iniciativas legislativas fueron introducidas por los partidos por el derecho a decidir (65%). Aunque las mujeres fueron minoría en los ocho parlamentos, dominaron el debate sobre la cuestión del aborto (Gráfico 2) e introdujeron la mayoría de iniciativas legislativas (60%). La mayoría de estas mujeres pertenecían a Izquierda Unida y al Partido Socialista. Por otro lado, la mayoría de hombres que

Gráfico 1. Número de abortos y proporción de proyectos de ley y otras iniciativas sobre el aborto por año en el Parlamento Español, 1979-2004



introdujeron iniciativas contra el derecho a decidir eran miembros del conservador Partido Popular (72%).

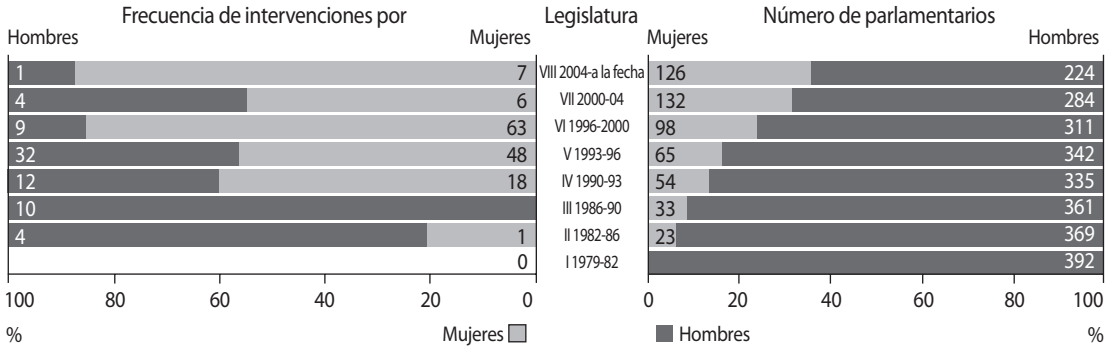
Asuntos planteados en los debates sobre el aborto

Los principales temas vinculados al aborto y la proporción del número total de veces en que el tema fue planteado en el hemiciclo o en una de las comisiones, en orden descendente, son como sigue:

- Ampliación de las bases para el aborto legal con el fin de incluir motivos socioeconómicos (64%).
- Reforma de la ley vigente para legalizar el aborto a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (60%).
- Derechos de las mujeres (47%).
- Existencia de demanda social a favor de la reforma legislativa (34%).
- Derechos del feto (25%).
- Necesidad de aprobación y provisión del aborto por parte de los médicos (22%).
- Objeción de conciencia por parte de los médicos (20%).
- Consejería pre-aborto a cargo de un médico para asegurar la decisión informada de la mujer (20%).
- Derecho de los médicos a practicar abortos legales (18%).
- Barreras de acceso al aborto en clínicas privadas y públicas (14%).
- Problemas de salud de la mujer (morbilidad y mortalidad) (14%).
- Acuerdos de Beijing (9%).
- Derechos de los hombres a consentir el aborto (6%).
- Preocupación de que el aborto sea usado como método de planificación familiar (6%).
- Recomendaciones del Parlamento Europeo (4%).
- Acuerdos de El Cairo (2%).

El Gráfico 3 muestra cuántas veces se plantearon los temas precedentes, según sexo y pertenencia a un partido a favor del derecho a decidir, o a un partido en contra. Los miembros, hombres y mujeres, de los partidos por el derecho a decidir dominaron el hemiciclo en relación con el tema del aborto. La única excepción fueron los derechos del feto; los derechos de los hombres y la consejería pre-aborto, planteados con mayor frecuencia por los miembros de los partidos contra el derecho a decidir, y el tema de los derechos de los hombres, fueron levantados en igual medida por hombres y mujeres.

Gráfico 2. Número de hombres y mujeres en el Parlamento Español en cada legislatura, y número de veces que intervinieron en los debates sobre el aborto, 1979-2004



Posturas de los parlamentarios según sexo y filiación política

Los debates parlamentarios se polarizaron respecto a si la ley de aborto debía ser modificada y cómo. Hubo también diferencias de postura por sexo dentro de los partidos por el derecho a decidir y los partidos en contra. Hubo mayor desacuerdo entre los hombres y mujeres de los partidos de izquierda que entre los de derecha. Éstos presentaron una mayor homogeneidad de opiniones. En consecuencia, la mayoría de parlamentarios, hombres y mujeres de los partidos de derecha, y algunos hombres de los partidos de izquierda, defendieron los derechos del feto.

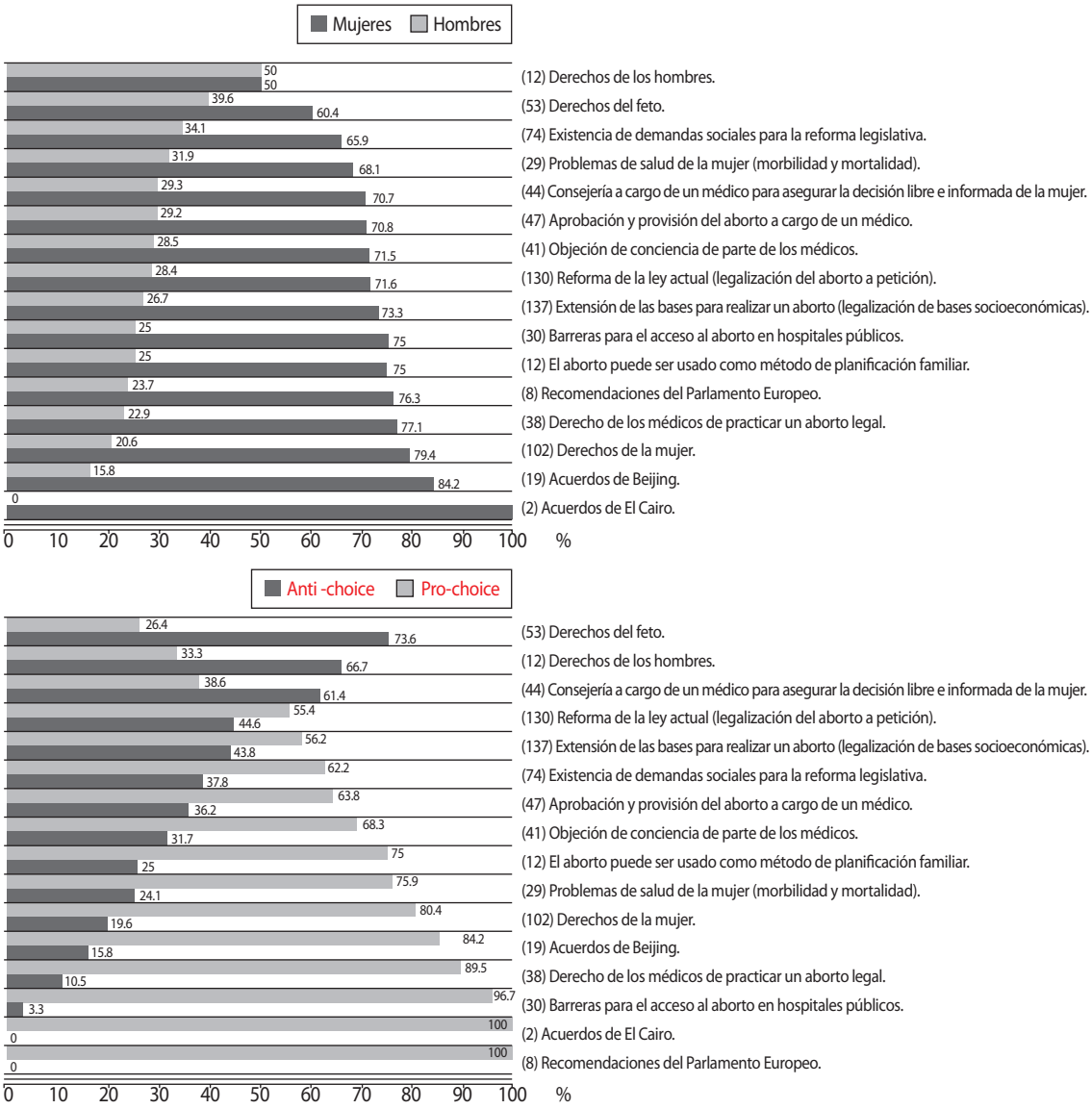
De un total de 130 parlamentarios que intervinieron sobre la reforma de la ley vigente, hubo mayor frecuencia de intervenciones entre las mujeres (71%) que entre los hombres (29%) (p=0.03). La Tabla 1 muestra tres casos en los que existen diferencias significativas por sexo en la posición a favor y en contra del aborto entre los miembros del parlamento que participaron en los debates. Las parlamentarias no solo intervinieron con mayor frecuencia, sino que también defendieron la reforma de la ley actual por el derecho a decidir con una frecuencia significativamente mayor que los hombres (p=0.001). Se opusieron también con mayor frecuencia que los hombres a la provisión y aprobación del aborto por parte de los médicos como condición para el aborto (p=0.05). En contraste, sus colegas hombres apoyaron los derechos del feto con una frecuencia significativamente mayor (p=0.001).

La Tabla 2 ilustra las diferencias significativas entre la posición de los partidos por el derecho a decidir y los partidos en contra. Por un lado, los primeros expresaron su apoyo a los derechos de las mujeres con una frecuencia significativamente mayor que los partidos contra el derecho a decidir (80% vs. 20%) (p=0.001). Los argumentos sobre la salud de la mujer (76%) y el derecho de los médicos a realizar abortos legales (89%) fueron también esgrimidos más frecuentemente por los partidos a favor del derecho a decidir que por los partidos en contra (p=0.01 y p=0.001, respectivamente). Adicionalmente, el derecho de los médicos a la objeción de conciencia fue rechazado con más frecuencia por los partidos por el derecho a decidir (68%) que por los partidos en contra (p=0.001). Más aún, la consejería pre-aborto para asegurar decisiones informadas de las mujeres fue defendida por los partidos por el derecho a decidir y fuertemente rechazada por los partidos en contra (p=0.001). De manera similar, los partidos por el derecho a decidir defendieron la ampliación de las bases para realizar un aborto, mientras que los partidos en contra se opusieron a dicha reforma (p=0.001). Por otro lado, los partidos contra el derecho a decidir se refirieron con mayor frecuencia a los derechos del feto (74%) y los defendieron con una frecuencia significativamente mayor que los partidos por el derecho a decidir (p=0.001).

Discusión

El aborto ha estado escasamente presente en la agenda parlamentaria española desde 1979. Su presencia se incrementó bajo los gobiernos socialistas (1982–96), pero cayó fuertemente bajo los gobiernos conservadores (1996–2003). Los temas más debatidos fueron la necesidad de reformar la ley actual para permitir el aborto a petición, la legalización del aborto por motivos socioeconómicos y la importancia de los derechos de

Gráfico 3. Frecuencia de argumentos utilizados por mujeres y hombres parlamentarios, y por grupos políticos por el derecho a decidir vs. grupos en contra, en los debates sobre el aborto en el Parlamento Español, 1979-2004



las mujeres. La morbilidad asociada al embarazo adolescente, las consecuencias del aborto inseguro y los acuerdos internacionales (i.e. Cairo y Beijing), recibieron escasa atención.

Los debates sobre el aborto fueron liderados fundamentalmente por parlamentarias, la mayoría integrante de los partidos de izquierda, que tienen además mayor número de mujeres en sus filas. Sin embargo, los intentos por reformar la ley han fracasado desde 1985, y son escasos los cambios políticos ocurridos bajo cualquiera de los gobiernos. Esto puede deberse a que más parlamentarios hombres de todos los partidos y todos los

Tabla 1. Frecuencia de argumentos y posiciones en los debates parlamentarios sobre el aborto, por sexo, España, 1979-2004

Argumentos	Mujeres	Hombres	Posición	Mujeres	Hombres
Reforma de la ley actual	92	38	A favor[a]	55	13
			En contra	37	25
Derechos del feto	32	21	A favor[a]	20	20
			En contra	12	1
Aprobación y provisión a cargo de un médico como condición para el aborto	32	15	A favor[b]	8	8
			En contra	24	7

a p=0.001
b p=0.05

partidos contra el derecho a decidir, han defendido los derechos del feto, lo que implica un control del parlamento en este tema. Debido al número de parlamentarios, sus argumentos tienen mayor presencia que aquellos relacionados con la equidad en el acceso a los servicios, los derechos de las mujeres o la salud de la mujer.

Nuestro método de exploración de la agenda parlamentaria sobre el aborto puede ser de interés para otros países cuya legislación sobre esta materia no responde a las necesidades de las mujeres. Puede también ser de

Tabla 2. Frecuencia de argumentos y posiciones de los miembros de partidos por el derecho a decidir y partidos en contra que participaron en los debates sobre el aborto, España, 1979-2004

Argumentos	Miembros de partidos por el derecho a decidir	Miembros de partidos contra el derecho a decidir	Posición	Miembros de partidos por el derecho a decidir	Miembros de partidos contra el derecho a decidir
Reforma de la ley actual	72	58	A favor[a]	63	5
			En contra	9	53
Derechos de las mujeres	82	20	A favor[a]	81	9
			En contra	1	11
Derechos del feto	14	39	A favor[a]	3	37
			En contra	11	2
Consejería pre-aborto a cargo de un médico para asegurar la decisión libre e informada de la mujer	17	27	A favor[a]	63	2
			En contra	2	25
Objeción de conciencia por parte del médico	28	13	A favor[a]	5	11
			En contra	23	2
Derecho del médico de realizar un aborto legal	34	4	A favor[a]	34	2
			En contra	0	2
Salud de la mujer	22	7	A favor[a]	21	1
			En contra	3	4

a p=0.001
b p=0.01

interés en países con una mayoría católica, dado que ésta apoya el derecho institucionalizado de los médicos a ejercer una objeción de conciencia.[9,12,24]

El escaso número de debates en el transcurso de los años y otras limitaciones derivadas de la estratificación de los miembros del parlamento por sexo y partido político nos ha permitido realizar solo un análisis transversal. Ello impide extraer conclusiones acerca de si un incremento en el número de mujeres parlamentarias modificaría el discurso y voto masculinos. Sin embargo, el hecho de que no se haya logrado la reforma legislativa sugiere que la influencia de las parlamentarias por el derecho a decidir, a favor de la legislación del aborto, ha sido insuficiente para alcanzar las reformas previstas, o que ellas se han sometido a la disciplina partidaria por encima de los imperativos de género o, simplemente, que no existen suficientes mujeres en el Parlamento Español.

Aunque el hecho de haber seleccionado para el análisis las posturas que más se repiten ha supuesto dejar de lado algunas posiciones minoritarias, hemos incluido las más frecuentes, encontradas también en estudios similares.[3] Aun así, a pesar de haber estudiado todos los debates sobre el aborto y haberlos encontrado políticamente relevantes, existe, para los fines de la investigación, un problema vinculado al poder estadístico de la muestra, en la medida en que no permite detectar más asociaciones significativas entre los argumentos y posturas, por un lado, y el sexo y filiación a un partido por el derecho a decidir o en contra, por el otro.

Aunque este estudio abarca solo hasta el año 2004, no se han dado desde entonces cambios legislativos dignos de mención sobre el aborto. El programa del gobernante Partido Socialista incluye todavía la ampliación de las bases legales para el aborto, pero cualquier intento de implementar esta propuesta ha sido pospuesto hasta la próxima elección en 2008 -si logran la victoria.

La tasa de abortos se mantuvo estable en España entre 1979 y 2004, incluyendo el periodo posterior a la aprobación de la actual legislación. El ligero incremento producido a pocos años de la misma se debió probablemente a un descenso en el número de españolas que se sometían a abortos en el Reino Unido, Holanda y otros países, y también a un mejor registro de información. Más aún, dado que la mayoría de abortos se produce por razones socioeconómicas[1] (aun cuando sean registrados como terapéuticos), es poco probable que la tasa de abortos aumentara si el aborto por esta causa, o incluso el aborto a petición, fueran legalizados.

El que hubiera escasas iniciativas en torno al aborto en los dos últimos parlamentos puede deberse a que el gobernante Partido Conservador no reconoció ninguna demanda social real para la reforma. En cualquier caso, al margen de la afinidad política del partido en el gobierno, las iniciativas legislativas sobre al aborto han sido poco frecuentes, comparadas con otras iniciativas relacionadas con temas que afectan a las mujeres, como por ejemplo la violencia contra ellas. Durante el periodo estudiado, hubo dos veces más iniciativas sobre violencia contra la mujer que sobre aborto.[25] Podemos concluir que en una democracia relativamente joven y un país tradicionalmente católico como España, los valores privados y las creencias de los legisladores hombres han prevalecido hasta ahora sobre las políticas públicas que respaldan a las mujeres y sus derechos civiles. Más aún, dado que muchas feministas se han involucrado profesionalmente en el feminismo de Estado en España, es posible que su labor en este tema haya sido reemplazada por las prioridades y la agenda establecidas por el gobernante Partido Socialista.[1]

Tal vez el aborto no sea considerado un problema social real en España, comparado con otros problemas sociales. Un problema se convierte en social cuando la comunidad lo considera como tal, pero en especial cuando éste socava los valores e intereses de quienes están en el poder, los cuales tienen, obviamente, influencia en la opinión pública y suficiente autoridad como para controlarla.[1,26]

Se ha demostrado que un mayor número de mujeres en el parlamento puede representar de manera más efectiva sus propios intereses.[2–4] En España, las mujeres miembros de los partidos de izquierda han dominado los debates sobre el aborto e introducido la mayoría de propuestas para cambiar la legislación actual. Sin embargo, a pesar de un incremento gradual de parlamentarias, como en la mayoría de países europeos, los hombres tienen todavía un mayor número de votos y mayor poder para la toma de decisiones. Es posible que ésta sea otra razón por la cual los proyectos de ley que llegaron hasta la etapa de debate no dieron como resultado la aprobación de las reformas legislativas.[27–30]

Puntos centrales para el debate político y las campañas públicas

Las comisiones parlamentarias, especialmente de Salud y de Justicia y Asuntos Sociales, han tenido un rol activo en tramitar los proyectos de ley sobre el aborto. Estas comisiones están conformadas por personas con experiencia en el campo, pero sólo pueden debatir y reflexionar sobre los temas planteados, no formular políticas ni leyes.[31] En un tema frente al cual existen ideologías radicalmente diferentes, estas comisiones deben resolver cómo vencer las barreras existentes antes que un proyecto de ley pueda

ser enviado para su discusión en el pleno. Tendrían, por ejemplo, que refutar lo que afirman los grupos en contra del derecho a decidir y los partidos conservadores y los medios, sobre el posible incremento del número de abortos si se ampliaran sus bases legales o se permitiera el aborto a petición. Esta afirmación, que surgió por primera vez en 1985–86, cuando la legalización del aborto pasó a ser foco del debate público, es errónea;[32] sin embargo, continúa siendo esgrimida por el movimiento contra el derecho a decidir, y es una de las razones por las cuales el aborto es todavía considerado controversial.

Se espera que las comisiones no solo tengan un rol activo en la revisión de los proyectos de ley sino también en el monitoreo de la implementación de las leyes en su ámbito. Pueden, por ejemplo, citar a informantes clave que proporcionen evidencia de la necesidad de respaldar una propuesta de reforma de la ley de aborto a fin de responder a las necesidades de las mujeres españolas, para abordar, por ejemplo, las inequidades regionales en el acceso al aborto y asegurar que los servicios de salud pública provean este servicio. Sería también beneficioso que las comisiones debatieran los problemas éticos y de salud creados por la objeción de conciencia.

El hecho de que no se haya dado un debate sobre el aborto como problema de salud de las mujeres en España puede deberse a que la ley de aborto en el Parlamento Español ha estado a cargo de la Comisión de Justicia. Como resultado, las discusiones sobre este tema se han centrado básicamente en aspectos jurídicos y legales, y no en temas de salud y derechos de las mujeres. En caso de hacerlo, podrían desarrollarse sinergias entre las Comisiones de Salud, Derechos de las Mujeres, Justicia y Asuntos Sociales, a fin de que los temas vinculados al aborto fueran tratados de manera más comprehensiva e interdisciplinaria.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el aborto, han sido objeto de interés y acuerdos internacionales para los gobiernos y las instituciones y organizaciones internacionales en muchos países, particularmente en Europa.[22,33,34] Este estudio ha mostrado que las mujeres miembros de los partidos de izquierda en el Parlamento Español han tenido un rol de liderazgo clave a favor de los derechos al aborto. Los debates parlamentarios y públicos podrían ser impulsados por los partidos políticos de izquierda, especialmente por sus miembros mujeres, así como por grupos feministas y el Instituto de la Mujer durante las campañas electorales. Se podría también tomar medidas para alentar a los miembros de los medios de comunicación que respaldan la reforma progresista de la ley de aborto, a que coloquen estos temas en la agenda pública.[26] Como punto de partida para iniciar el debate, podría tomarse los argumentos respaldados por los partidos por el derecho a decidir, a los que no se oponen los partidos en contra, tales como los temas vinculados a la salud de la mujer. Hasta la fecha, estos temas han sido escasamente mencionados en los debates españoles sobre el aborto. El éxito en llevar adelante estos esfuerzos para lograr la reforma en las leyes y las políticas debería depender no solo de las líderes de izquierda, sino también de las mujeres en los partidos de derecha y todos los hombres del parlamento, así como de la comunidad más amplia, especialmente de las mujeres.

En la actualidad, la actividad a favor del derecho a decidir se da en su mayoría en los países donde el aborto es todavía ilegal y, para muchas mujeres, inseguro -Malta, Irlanda, Polonia y hasta marzo 2007, Portugal-. En España, donde el aborto no está en la agenda, no se sabe con certeza qué es lo que se requiere (ante la ausencia de una amenaza directa a la ley o a las clínicas que realizan abortos) para hacer que la situación del aborto se perciba como un problema social digno de atención significativa por parte del parlamento. Sin embargo, saber cuáles han sido los temas y dónde existe o no apoyo, puede facilitar la planificación de acciones en un futuro próximo si la izquierda continúa controlando la legislatura.

Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979–2004
Reproductive Health Matters 2007;15(29):85–96

Referencias

1. McBride Stetson D. Abortion Politics, Women's Movements, and the Democratic State. New York7 Oxford University Press, 2001.
2. Berkman M, O'Connor R. Do women legislators matter? Female legislators and state abortion policy. American Politics Quarterly 1993;21: 102–24.
3. Levy L, Tien C, Aved R. Do differences matter? Women members of Congress and the Hyde Amendment. Women and Politics 2001;23:105–27.
4. Goldstein L. Examining abortion funding policy arguments: an attempt to recast the debate. Women and Politics 1986;5:41–63.
5. Pinter B, Aubeny E, Bartfai G, et al. Accessibility and availability of abortion in six European countries. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2005;10:51–58.
6. Rogers A. Women's health issues cause controversy in European Union. Lancet 1998;352:631.
7. Pinter B. Medico-legal aspects of abortion in Europe. European Journal of Contraception and

Reproductive Health Care 2002;7:15.
8. Ahmad K. UN study expressed concern over national antiabortion policies. Lancet 2002;360:64.
9. IPPF European Network. Abortion legislation in Europe. At: <www.ippfen.com/files/105.pdf >. Accessed 25 January 2007.
10. Vilar D. The Portuguese case. Reproductive Health Matters 2002;10:156–61.
11. Karcher ML. New German abortion law agreed. British Medical Journal 1995;311:149.
12. Keates T. Debate over abortion law in Italy. Lancet 1994;344:592.
13. Arisi E. Changing attitudes toward abortion in Europe. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2003;8:109–21.
14. Aznárez M. Del perejil a la píldora del día después. Por abortar podían caer 12 años de cárcel. 300.000 españolas lo hacían cada año. De ellas, unas 3.000 morían. El País Semanal, No.1, 3 October 1976. At: <www.elpais.com/especiales/2001/25aniversario/especial/03/repor5/p1.html>. Accessed February 2007.
15. Ley Orgánica 9/1985 de Reforma del Artículo 417 bis del Código Penal. L. No.166 (Jul. 12, 1985).
16. Real Decreto 2409/1986 referente a la Ley Orgánica 9/1985 de Reforma del Artículo 417 bis de Código Penal. (Nov. 21, 1986).
17. Congreso de los Diputados. At: <www.congreso.es>. Accessed 25 January 2007.
18. Peiró R, Colomer C, Alvarez-Dardet C, et al. Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The case of Spain. European Journal of Public Health 2001;11:190–94.
19. Lete I, Martinez-Etayo M. Reproductive health: some data and reflections. Gaceta Sanitaria 2004;18:170–74.
20. Instituto Nacional de Estadística. Inebase Sociedad: Sección Salud. At: <www.ine.es/inebase/cgi/axi?AXIS_PATH=/inebase/temas/t15/a044/a1998/e01/l0/&FILE_AXIS=01002.px&CGI_DEFAULT=/inebase/temas/cgi.opt&COMANDO=SELECCION&CGI_URL=/inebase/cgi/>. Accessed 25 January 2007.
21. Faúndes A, Hardy E. Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1997;58:77–83.
22. Van Lancker A. Report on Sexual and Reproductive Health and Rights. European Parliament. At: <www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/femm/20020417/463603EN.pdf>. Accessed 25 January 2007.
23. Franco A, Alvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. BMJ 2004;329:1421–23.
24. De Marquiegui A. Termination of pregnancy: past, present and future. British Journal of Family Planning 2000;26:17–18.
25. Vives-Cases C, Gil-Gonzalez D, Carrasco-Portin˜ o M, et al. Gender-based violence in the Spanish parliamentary agenda (19792004). Gaceta Sanitaria 2006;20:142–48.
26. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. Reproductive Health Matters 2004;12:1–8.
27. Diario de Sesiones de las Cortes Generales, Proyecto de Ley Orgánica sobre la regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 25 de julio 1995, n8 125-1, Sesión. At: <www.congreso.es>. Accessed 25 January 2007.
28. Congreso de los Diputados. Boletín Oficial de las Cortes Generales: Proposición de Ley para la modificación de la disposición derogatoria única de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. 2004; 122/000023(37-1):1–3. At: <www.congreso.es>. Accessed 25 January 2007.
29. Congreso de los Diputados. Boletín Oficial de las Cortes Generales: Proposición de Ley Orgánica para la regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. 2004;122/000042(53-1):1–4. At: <www.congreso.es>. Accessed 25 January 2007.
30. Congreso de los Diputados. Boletín Oficial de las Cortes Generales: Proposición de Ley Orgánica para la regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. 2004;122/000037(48-1):1–5. At: <www.congreso.es>. Accessed 25 January 2007.
31. Índice de Comisiones en Funcionamiento, VIII Legislatura. Congreso de los Diputados, España. At: <www.congreso.es>. Accessed 25 January 2007.
32. Reicher S, Hopkins N. Seeking influence through characterizing self categories: an analysis of anti-abortionist rhetoric. British Journal of Social Psychology 1996;35:297–311.
33. United Nations. International Conference on Population and Development, Cairo 1994. At: <www.iisd.ca/cairo.html>. Accessed 25 January 2007.
34. United Nations. Fourth World Conference on Women, Beijing 1995. At: <www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/index.html>. Accessed 25 January 2007.

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(29):130–138
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 29300-0

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

La anticoncepción de emergencia es atacada en América Latina: la respuesta del sistema médico y la sociedad civil

Aníbal Faúndes,[a] Luis Távara,[b] Vivian Brache,[c] Frank Alvarez[c]

a Catedrático de Obstetricia, Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP), Campinas SP, Brasil. E-mail: afaundes@unicamp.br.
b Presidente, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología), Lima, Perú.
c Departamento de Investigación Biomédica, PROFAMILIA, Santo Domingo, República Dominicana.

Resumen: *El concepto de que es posible evitar un embarazo después de tener relaciones sexuales no es nuevo, pero ha adquirido importancia en los últimos 10–15 años. Brinda una segunda oportunidad a las mujeres que no desean quedar embarazadas y que, voluntaria o involuntariamente, han tenido relaciones sexuales sin protección. La anticoncepción de emergencia ha sido atacada enfáticamente por la Iglesia católica y organizaciones contra el derecho a decidir en Latinoamérica, que sostienen que la interferencia con la implantación del huevo fertilizado equivale a un aborto temprano. Sin embargo, la acumulación de evidencia es que el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia es impedir la ovulación y que ésta no interfiere con la implantación. El movimiento contra el derecho a decidir ha hecho caso omiso de esto. El patrón de oposición a la anticoncepción de emergencia ha sido el mismo en toda la región de Latinoamérica. La profesión médica y la sociedad civil, incluido el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, han desempeñado un papel importante en defensa del acceso a la anticoncepción de emergencia en toda la región. Una consecuencia positiva de la oposición pública de la Iglesia católica es que el concepto y el método ahora son más conocidos y el uso de la anticoncepción de emergencia es muy extendido. Los casos de Perú, Brasil y Chile se describen como ejemplos.*

Palabras Clave: *anticoncepción de emergencia, advocacy y procesos políticos, movimientos de grupos anti-aborto, Iglesia Católica, Latinoamérica.*

EL concepto de que la administración de hormonas sexuales después del coito puede prevenir un embarazo no es nuevo. En los primeros intentos por desarrollar la anticoncepción de emergencia se administraba una cantidad relativamente alta de estrógeno para provocar un sangrado al suspender el tratamiento. El estrógeno provoca el crecimiento del endometrio, la membrana que recubre el interior del útero. Cuando baja la concentración de estrógeno en la sangre, la capa que cubre el endometrio se desprende, con el consecuente sangrado.[1,2] Se buscaba, como mecanismo de acción, que las altas dosis de estrógeno provocaran cambios en el endometrio incompatibles con la implantación, tal como se ha demostrado que ocurre en primates.[3] El aumento en los niveles de progesterona producida por el ovario después de la ovulación provoca una transformación del endometrio y lo hace receptivo al óvulo fecundado. Este efecto inducido por la progesterona era contrarrestado por la administración de una alta cantidad de estrógeno, previniendo así la implantación. Sin embargo, las altas dosis utilizadas provocaban náuseas y vómitos en casi todos los sujetos, lo que llevó a abandonar la idea.[1,2]

Esta temprana investigación dio origen al concepto de que cualquier píldora postcoital para evitar el embarazo actúa previniendo la implantación. El hecho es, sin embargo, que la actual píldora contraceptiva de emergencia está compuesta de progestógeno, hormona que induce los cambios necesarios en el endometrio para la preservación del embarazo. Este hecho no ha modi-

ficado la creencia difundida de que todas las píldoras anticonceptivas de emergencia tienen como mecanismo de acción el evitar la implantación. A esta creencia errónea se suma la falta de comprensión de que el ovocito femenino no es fecundado inmediatamente después de la relación sexual; la fecundación puede ocurrir entre 24 horas y cinco días después, dando tiempo para evitar que ésta ocurra. Esta idea equivocada puede resultar irrelevante en la mayor parte del mundo, pero ha sido un elemento clave para el ataque concertado contra el libre acceso a la píldora anticonceptiva de emergencia en América Latina. La falta de conciencia sobre las implicancias políticas de esta creencia puede ser la razón por la que se ha prestado tan poca atención a corregirla.

La píldora anticonceptiva de emergencia y su mecanismo de acción

La difusión del conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia es relativamente nueva, pero los primeros ensayos clínicos que mostraron que era posible regular la fertilidad humana mediante la administración postcoital de hormonas esteroides fueron publicados hace 40 años.[1] Se probaron diversas opciones, desde dosis altas de estrógeno solo, como se ha descrito previamente, hasta altas dosis de píldoras orales combinadas compuestas de etinyloestradiol y levonorgestrel, conocidas como régimen de Yuzpe.[4–6] En 1974, estos autores dieron a este método el nombre de "píldora del día siguiente", con el fin de que fuera usada después de una violación o una relación sexual no prevista o no protegida.

Un año antes, Kesseru et al, habían propuesto el uso de levonorgestrel sólo como píldora postcoital, que debía ser tomada después de cada relación sexual durante el ciclo, un esquema que tenía la ventaja teórica de no requerir una píldora diaria.[7] Su efectividad era mucho menor que la de la píldora combinada, por lo que se desalentó su uso. De hecho, no existe casi ninguna referencia a ella incluso en algunos de los libros más completos sobre anticoncepción publicados antes de mediados de los años noventa. No fue sino hasta 1993 que un estudio individual realizado en Hong Kong demostró que el uso de levonorgestrel solo era tan efectivo como el régimen de Yuzpe para prevenir el embarazo, con una frecuencia reducida de eventos adversos.[8]

En abril de 1995 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), Family Health International (FHI), Population Council y la Organización Mundial de la Salud asistieron en Bellagio (Italia) a una reunión organizada por la Cooperación Sur-Sur en Salud Reproductiva, financiada por la Fundación Rockefeller. En ese encuentro se formuló una declaración consensuada que establecía la necesidad de que el acceso a la anticoncepción de emergencia se convirtiera en una realidad.[9] Poco después se creó el Consorcio de Anticoncepción de Emergencia, una instancia de colaboración internacional integrada por siete organizaciones. La promoción del concepto de anticoncepción de emergencia por el Consorcio dio una vigencia totalmente nueva a este método. Inicialmente, los esfuerzos por lograr que éste fuese accesible para las mujeres se centraron en el método de Yuzpe, debido a que utilizaba cuatro tabletas de la píldora anticonceptiva estándar, compuesta por 250 mcg de levonorgestrel y 50 mcg de etinyl estradiol, que ya estaba disponible en muchos países. La mujer debía tomar dos píldoras lo más pronto posible y antes de las 72 horas después de tener sexo sin protección, y otras dos píldoras 12 horas después. En teoría, el acceso al régimen de Yuzpe era relativamente fácil. En la práctica, su uso era mínimo debido a un conocimiento limitado tanto del público como de los ginecólogos.[10,11]

La promoción del método de Yuzpe se hizo más compleja cuando las compañías farmacéuticas lanzaron una nueva generación de píldoras de menor dosis; esto significaba que para lograr la dosis correcta, el número de píldoras debía incrementarse a ocho, cuatro tan pronto como fuera posible y cuatro 12 horas después. En la medida en que las diferencias en las dosis de hormonas de cada marca no eran de conocimiento público, las personas tenían dificultades para saber cuántas píldoras tomar después del coito. Ante la ausencia de un producto específico, esto se convirtió en un obstáculo para un uso más difundido de este tipo de anticoncepción. La anticoncepción de emergencia recibió mayor atención a partir de un amplio estudio clínico comparativo coordinado por la Organización Mundial de la Salud, que mostró que el levonorgestrel solo era significativamente más efectivo que el régimen de Yuzpe y estaba asociado a menores efectos secundarios.[12] La amplia diseminación de estos hallazgos creó un ambiente de mayor confianza en la efectividad de la anticoncepción de emergencia.

Adicionalmente, se publicaron cinco estudios de investigación fundamentales con evidencia cada vez más convincente de que, a diferencia de los regímenes iniciales que utilizaban altas dosis de estrógeno, la administración de levonorgestrel solo no previene la implantación sino que actúa antes, interfiriendo con la ovulación.[13–17] Dos estudios adicionales no encontraron ninguna alteración en el endometrio que respaldara la hipótesis de que el levonorgestrel interfería con la implantación.[14,15] En un estudio más reciente, se reportaron tres fallas anticonceptivas entre 99 mujeres que

utilizaron píldoras anticonceptivas de emergencia; los 3 embarazos ocurrieron en mujeres que habían tomado las píldoras poco después de la ovulación, cuando ya había ocurrido la fecundación, lo que indicaba que no había un efecto sobre el óvulo fecundado, y no ocurrió ningún embarazo en las mujeres que tomaron las píldoras antes, o el día mismo de la ovulación.[18] Sólo un estudio ha reportado cambios histoquímicos en el endometrio que pueden tener un efecto inhibitorio en la implantación, pero sólo si se administran antes de la ovulación y no en el día de la ovulación o después de ella.[19] Más aún, estudios en ratas y monos han demostrado que la anticoncepción de emergencia no previene el embarazo si es administrada después de ocurrida la fecundación.[20,21]

De esta manera, toda la evidencia confirma que las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no previenen el embarazo si no se toman lo suficientemente temprano en el ciclo como para interferir con la ovulación o posponerla. Esta limitación explica su relativamente baja capacidad anticonceptiva, que reduce las posibilidades de embarazo en un 65-85%.[12,22–24] Sin embargo, el antiguo concepto de que la anticoncepción de emergencia interfiere con la implantación aparece aún en algunos libros especializados y sitios de Internet, incluyendo boletines de la Organización Panamericana de la Salud. Muchas personas y medios de comunicación usualmente bien enterados continúan repitiendo esta información desactualizada y errada. Incluso en una fecha tan reciente como el 30 de enero de 2007, la BBC anunció que la Presidenta de Chile, Michelle Bachelet, había firmado un decreto autorizando la provisión de la píldora del día siguiente a jóvenes adolescentes sin el consentimiento de sus padres, y concluía el reporte diciendo que "Funciona deteniendo o retrasando la ovulación, o evitando que el óvulo se implante en el útero".[25]

La anticoncepción de emergencia en Latinoamérica

Latinoamérica era una de las regiones donde se esperaba un alto nivel de aceptación de la anticoncepción de emergencia, dado que la píldora oral diaria es bastante popular y tiene una alta prevalencia de uso. Es una región donde aún existe un amplio desbalance de poder entre los sexos, y no es infrecuente que las mujeres se vean expuestas a relaciones sexuales no previstas, no deseadas y no protegidas, situaciones en las cuales es posible obtener el mayor beneficio de la anticoncepción de emergencia. Es también una región con leyes de aborto muy restrictivas, donde las mujeres tienen acceso a abortos legales y seguros sólo de manera excepcional, incluso si cumplen con las condiciones legales, y donde la mayoría de embarazos no deseados terminan en un aborto inseguro.

A nivel mundial, existe la necesidad de contar con anticoncepción de emergencia. La conclusión lógica es que las mujeres deberían tener acceso a un producto de este tipo. Sin embargo, a pesar del mercado potencial para las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel, ninguna de las compañías farmacéuticas más grandes ha demostrado interés en producirla y distribuirla, aparentemente, para evitar la oposición política a este método que ha sido observada en la última década.

Enfrentando esta resistencia, el Consorcio de Anticoncepción de Emergencia jugó un rol clave en Latinoamérica, trabajando con ONG locales e internacionales para motivar a empresas farmacéuticas más pequeñas a producir un producto específico en casi todos los países de la región. El más conocido y primero en ser comercializado fue Postinor-2, distribuido con este nombre comercial en varios países de la región.

El patrón que toma la oposición

Poco después que empezaron los esfuerzos por difundir más ampliamente la información sobre la anticoncepción de emergencia y, cuando a partir de 1997 empezaron a aparecer los productos específicos, surgió una fuerte oposición de la jerarquía de la Iglesia Católica. Su oposición se basa en la idea de que la anticoncepción de emergencia previene la implantación del óvulo fecundado, y que éste tiene los mismos derechos que una persona viva. En consecuencia, el uso de la anticoncepción de emergencia es equivalente a matar a una persona o, al menos, equivalente a un aborto. En la medida en que el aborto es total o parcialmente ilegal en Latinoamérica (con la excepción de Cuba), argumentan que la anticoncepción de emergencia debería también ser prohibida legalmente.

Estas afirmaciones provienen fundamentalmente de dos vertientes: médicos y docentes universitarios asociados con la Iglesia Católica o con ciertas denominaciones Protestantes radicales. Generalmente, ignoran cualquier evidencia que socave su posición en este tema. Citando "fuentes autorizadas", obispos, arzobispos, cardenales y algunas veces Consejos de Obispos hacen declaraciones públicas, ampliamente publicitadas en la prensa, señalando a los gobiernos que permitir la comercialización de las píldoras anticonceptivas de emergencia violaría la Constitución y es ilegal.[26,27]

Recientemente, han surgido algunos antiguos grupos conservadores y algunas nuevas ONG cercanas a

la Iglesia Católica que afirman representar a la sociedad civil, defendiendo a las personas de los peligros de la anticoncepción de emergencia. Algunos de estos grupos parecen estar conectados con el movimiento pro-vida norteamericano y usan el mismo nombre o uno muy similar (*Provida o Sí vida*). Adicionalmente, la jerarquía Católica tiene una influencia directa sobre los políticos en el ejecutivo y los sistemas legislativo y judicial, y los dirige para proponer proyectos de ley, respaldar demandas jurídicas de inconstitucionalidad y órdenes del ejecutivo para reducir o eliminar el acceso a la anticoncepción de emergencia.

Estos ataques se han producido en cada etapa del proceso de aprobación y comercialización, que han buscado restringir el acceso a las farmacias de los productos aprobados, así como evitar la distribución gratuita de las píldoras anticonceptivas de emergencia en el sistema de salud pública. El registro exitoso y la comercialización de los productos específicos en al menos 23 países latinoamericanos no constituyen el final de la historia. Si sus oponentes pierden la batalla contra el registro y aprobación del método, tratan de prohibir su distribución o limitar las ventas exigiendo una prescripción médica. Si el gobierno decide que sea accesible para todos en los establecimientos de salud pública, junto a los otros métodos anticonceptivos disponibles, comienzan inmediatamente las iniciativas para prohibir su disponibilidad. Se exhorta a sus aliados en todos los niveles de la provisión de servicios, tanto nacional como localmente, a limitar su acceso; el éxito de estas iniciativas depende de qué tan amplia es su influencia política.

Aparentemente, esta ha sido una lucha sin fin que ha limitado al menos temporalmente el acceso a la anticoncepción de emergencia en diversos países, incluyendo Chile, Perú, Argentina y Colombia.[28] Sin embargo, no existe prácticamente ninguna oposición al régimen de Yuzpe, la única anticoncepción de emergencia disponible en Panamá, Costa Rica y Honduras. En los países en los que no se ha registrado una píldora anticonceptiva de emergencia específica, la Iglesia Católica no ha tomado ninguna acción para prevenir el acceso a la píldora combinada, utilizada también como anticonceptivo de emergencia en los servicios de salud pública, debido tal vez a que su uso nunca es tan difundido como cuando existe un producto específico.

Defendiendo la anticoncepción de emergencia: Estrategias

Como podría esperarse, quienes defienden el acceso a la anticoncepción de emergencia son las mismas instituciones, grupos e individuos que defienden los derechos sexuales y reproductivos en general: grupos de mujeres, defensores de derechos humanos, médicos salubristas con un enfoque de derechos. Además del Consorcio de Anticoncepción de Emergencia, diversas instituciones han jugado un rol crucial a nivel regional: la Red Feminista por los Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile, FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades Obstétricas y Ginecológicas), IPPF Región del Hemisferio Occidental y, más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud. Mientras que las organizaciones feministas a nivel nacional y local proporcionan el respaldo de sus bases a la anticoncepción de emergencia, las entidades regionales proporcionan la credibilidad científica y profesional a los argumentos.

Las instituciones de investigación y los investigadores individuales que han proporcionado evidencia científica al hecho de que la anticoncepción de emergencia no provoca el aborto han jugado también un rol muy importante. Muchos de ellos han ido más allá de la presentación de sus resultados en reuniones y de su publicación en revistas científicas; han tenido también un rol político importante en la defensa del acceso a este método.

Se han planteado tres puntos básicos en la defensa del acceso universal a la anticoncepción de emergencia. Primero, no hay evidencia que respalde la afirmación de que las actuales píldoras específicas de levonorgestrel sean abortivas. No ha habido ningún esfuerzo por refutar el argumento de que un óvulo fecundado es equivalente a una persona. Estas creencias, compartidas o no, deben ser respetadas. En cualquier caso, sin embargo, tal disputa es innecesaria, debido a la clara evidencia científica de que la anticoncepción de emergencia no es efectiva después de la fecundación.

En segundo lugar, el acceso a los medios para prevenir un embarazo no deseado es respaldado por el derecho universalmente aceptado a decidir si tener hijos o no, y cuándo; el derecho humano a la no discriminación basada en el sexo y la edad, y el derecho a acceder a medicamentos esenciales y beneficiarse de los frutos del progreso científico. En tercer lugar, se sostiene que ocho de cada diez mujeres que tienen un acceso oportuno a la anticoncepción de emergencia después de una relación sexual no protegida habrán evitado un embarazo no deseado y posiblemente un aborto, resultado que debería ser apoyado por quienes atacan la anticoncepción de emergencia, y por todas las demás personas.

FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) y su Comité sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres contribuyeron a organizar la defensa de la anticoncepción de emergencia por parte

del sistema de ginecología y obstetricia en los distintos países. FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades Obstétricas y Ginecológicas) actuó fundamentalmente a través de su Comité sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, similar al Comité de la FIGO. El Comité de FLASOG organiza talleres sobre distintos aspectos de los derechos de las mujeres, que formulan recomendaciones a las sociedades de obstetricia y ginecología nacionales y a los individuos. Las recomendaciones para proteger y promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres fueron confirmadas por la Asamblea General de FLASOG en 2002 y ratificadas en 2005. Estas recomendaciones se han convertido en un instrumento importante para motivar a las sociedades de nivel nacional a asumir públicamente la defensa de las evidencias científicas y el acceso a la anticoncepción de emergencia. El Comité también actúa enviando, en los casos pertinentes, cartas de estímulo o felicitaciones a las sociedades a nivel nacional y a las oficinas de salud gubernamentales, para instarlas a mantener una posición firme en la defensa del derecho al acceso a la anticoncepción de emergencia.

Estudios de caso por país

A continuación, se describen breves historias de la lucha (o la falta de ella) para asegurar que las mujeres accedan a la anticoncepción de emergencia en Perú, Brasil y Chile en los últimos años, a partir de la experiencia personal de los autores de Perú, Brasil y una colega de Chile.

Perú

En julio de 2001, el Ministro de Salud del Perú, Dr. Eduardo Pretell, firmó la Resolución Ministerial 399-2001, que incluía la anticoncepción de emergencia entre otros métodos anticonceptivos distribuidos por el Ministerio de Salud. Pocos días después, luego de un cambio de gobierno, se nombró Ministro de Salud al Dr. Luis Solari. El Dr. Solari no sólo no implementó la Resolución, sino que también desmanteló el Programa de Planificación Familiar del gobierno. Aunque luego ocurrió un nuevo cambio de Ministro, la distribución de la píldora de anticoncepción de emergencia permaneció en suspenso, basándose en el argumento de que podría interferir con la implantación del óvulo fecundado y, en consecuencia, era abortiva.

En el año 2002, las organizaciones de mujeres llegaron a la Corte para tratar de obligar al Ministerio de Salud a proveer anticoncepción de emergencia a las mujeres que lo requirieran. Tenían el apoyo público de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia, el Colegio Médico del Perú, e incluso la Defensoría del Pueblo, una oficina gubernamental que hizo un pronunciamiento a favor de la anticoncepción de emergencia.

A pesar de estos esfuerzos la situación no cambió hasta Junio de 2003, cuando un nuevo Ministro obtuvo el apoyo presidencial para crear una Comisión de Alto Nivel que debía pronunciarse científica, técnica y legalmente sobre la anticoncepción de emergencia. Dicha Comisión trabajó desde setiembre a diciembre de 2003, con la participación de 14 instituciones públicas y privadas. Durante las deliberaciones, resultó cada vez más claro que su decisión final sería a favor de la distribución de los anticonceptivos de emergencia. Esto perturbó a la jerarquía de la Iglesia Católica. Los obispos trataron enérgica pero infructuosamente de influenciar al Ministro de Salud, y en diciembre de 2003 la Comisión aprobó, con 11 de 14 votos a favor, una recomendación de amplio acceso a la anticoncepción de emergencia. En junio de 2004, el Ministerio de Salud aprobó las Guías Nacionales de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, y un mes después la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que incluía la anticoncepción de emergencia.

A partir de 2004, se lanzó una campaña de opinión pública y una batalla legal sobre la anticoncepción de emergencia; la Iglesia Católica y las organizaciones asociadas a ella trataban de prohibirla, y las organizaciones de mujeres y médicos la defendían.

Luego del caso que fue llevado a la Corte en 2002, se presentó una contrademanda para prohibir la anticoncepción de emergencia. Después de numerosas apelaciones en ambos litigios, en diciembre de 2006 el Tribunal Constitucional confirmó el veredicto a favor de las organizaciones de mujeres, que obligaba al Ministerio de Salud a proveer este método, dando pleno respaldo legal a su distribución en los establecimientos de salud pública.

Sin embargo, la lucha no ha terminado. Las organizaciones contra el derecho a decidir, bajo el liderazgo de la Iglesia Católica, mantienen una página web dedicada a desacreditarlo y a quienes lo proponen. Al mismo tiempo, se valen de los medios para difundir artículos que se oponen a la anticoncepción de emergencia, argumentando su efecto supuestamente abortivo. En respuesta, se lanzó una intensa campaña a favor de la misma a nivel nacional. La sociedad civil, incluyendo instituciones científicas y académicas, respaldan al Ministerio de Salud mediante declaraciones públicas, incluyendo el tema en congresos y cursos, y apoyando a líderes científicos clave que viajan al interior del país para informar al público y proporcionar

entrenamiento a profesionales de salud, en estrecha colaboración con el ministerio. Algunos medios de comunicación también han contribuido de manera importante, fundamentalmente ofreciendo información adecuada sobre el tema.

A pesar de esta turbulencia, desde 2005 la anticoncepción de emergencia se distribuye en todos los establecimientos que brindan atención ambulatoria en el país. Se espera que, por ser un método anticonceptivo tan bien establecido dentro del sistema como cualquier otro, será más difícil detener su acceso al público.

Brasil

Esta historia es completamente distinta a la de Perú. El Ministerio de Salud de Brasil se involucró desde el inicio, con el apoyo de FEBRASGO (Federación Brasilera de Sociedades de Ginecología y Obstetricia), y de obstetrices y ginecólogos destacados. El Ministerio de Salud incluyó, dentro de la gama de métodos anticonceptivos, la anticoncepción de emergencia en las Guías Nacionales de Planificación Familiar publicadas en marzo de 1997, cuando sólo estaba disponible el régimen de Yuzpe. El primer producto específico fue rápidamente registrado en 1998, e incorporado en el programa nacional.

Aunque la jerarquía de la Iglesia Católica hizo algunas declaraciones públicas contra la anticoncepción de emergencia, un destacado obispo liberal declaró a la prensa que era mejor utilizar este método después de tener relaciones sexuales coercitivas y no protegidas que tener un embarazo no deseado que podía conducir a un aborto. Los grupos feministas no jugaron un rol importante, probablemente porque no fue necesario, pero también porque mostraron cierta desconfianza inicial frente a la anticoncepción de emergencia. Actualmente, este método es ampliamente vendido en farmacias sin receta médica y distribuido a través del sistema de salud pública, aunque existen problemas logísticos que impiden que esté siempre disponible.

Chile*

Probablemente, la lucha más intensa por lograr el acceso a la anticoncepción de emergencia ocurrió en Chile, donde el ICMER (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva) llevó a cabo varios de los estudios más importantes acerca de sus mecanismos de acción. Esta misma institución motivó a la industria farmacéutica nacional a producir y comercializar un producto específico en marzo de 2001, con el nombre de Postinal. Se presentó una demanda de inconstitucionalidad (alegando que provocaba el aborto) a la Alta Corte de Justicia, que llevó a prohibir la venta de Postinal en octubre de 2001. Sin embargo, inmediatamente después se registró otro producto que permaneció en el mercado hasta marzo de 2006.

En 2003, el Ministerio de Salud compró un amplio stock de píldoras anticonceptivas de emergencia para ser distribuidas en el sistema de salud pública, pero únicamente para mujeres que habían sido víctimas de violación. Aun así, en algunos municipios, los alcaldes rechazaron su distribución sobre la base de una objeción de conciencia, alegando que provocaba el aborto. En 2006, bajo el nuevo gobierno de la Presidenta Bachelet, el Ministro de Salud aprobó una nueva Guía Nacional de Regulación de la Fertilidad, que incluía el acceso a anticoncepción de emergencia para cualquier mujer de 14 años o más, sin necesidad de contar con el consentimiento de sus padres. Un grupo de 33 parlamentarios presentó una demanda de inconstitucionalidad a la Corte, alegando que las Guías incluían métodos con efectos abortivos (tales como la anticoncepción de emergencia), violando así el derecho a la vida del óvulo fecundado. El Tribunal Constitucional decidió no considerar el tema de si era abortiva o no, pero dictaminó que sólo el Presidente, y no el Ministro, tenía la autoridad de hacer que ésta estuviera disponible por decreto. Poco después, la Presidente Bachelet firmó un decreto con pleno apoyo de la comunidad científica y académica, y de grupos de mujeres, respaldando la provisión de la anticoncepción de emergencia.

Aunque éste fue un éxito importante, la situación está lejos de haber sido resuelta. Desde octubre de 2006, todas las compañías farmacéuticas registradas en Chile para vender anticonceptivos de emergencia dejaron de comercializar el producto. El Ministerio de Salud está buscando ahora una empresa farmacéutica que quiera producir este método. La única que había estado dispuesta a hacerlo hasta entonces cambió de opinión bajo la presión de un grupo de consumidores pro-vida. Así, el único producto disponible viene de APROFA, la asociación nacional de planificación familiar afiliada a la IPPF, que vende una marca a un precio relativamente bajo, y el stock restante del Ministerio de Salud.

A lo largo de este periodo, el mayor defensor de la anticoncepción de emergencia fue ICMER. La mayor parte del tiempo, el Ministerio de Salud dio su respaldo.

* Agradecemos por la información sobre Chile a Verónica Schiappacasse, obstetriz, ex directora del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia.

APROFA y la Red de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos también jugaron un rol importante.

Actualmente, los grupos conservadores se mantienen muy activos y tienen un considerable apoyo financiero. El lado negativo es que los anticonceptivos de emergencia no se venden en las farmacias. En el lado positivo, existe finalmente unanimidad entre las instituciones científicas y académicas en torno a defender públicamente la idea de que la anticoncepción de emergencia no es abortiva y que todos deberían tener acceso a ella, para ayudar a asegurar el derecho de las mujeres a decidir sobre su propia fertilidad.

Situación actual en Latinoamérica

En casi todos los países de la región latinoamericana, excepto Panamá, Costa Rica, Honduras y Guatemala, se ha registrado y comercializado un producto anticonceptivo de emergencia específico. Aunque en México y Argentina se requiere en teoría de prescripción médica, en la mayoría de farmacias las mujeres pueden obtener un paquete sin receta médica.

La mayoría de gobiernos ha incluido las píldoras anticonceptivas de emergencia como parte de los métodos recomendados en sus guías de planificación familiar, y en muchos casos están disponibles a través del sistema de salud pública, incluyendo México, Perú, Chile, Uruguay, Nicaragua y Brasil. Un tema diferente es la disponibilidad real del método en las postas médicas, que depende más de la capacidad logística de la gerencia de salud a nivel local que de una política determinada, al menos en los países mencionados. En algunos países, la anticoncepción de emergencia no es distribuida gratuitamente en el sistema de salud pública a todas las personas que la requieren, limitándose a casos de violación, como ocurre en Guatemala.

Una consecuencia positiva de la publicidad derivada de la pública oposición de la Iglesia Católica es que hay mayor conciencia sobre el concepto y sobre el método mismo, que ha pasado a ser ampliamente usado. En México, por ejemplo, se estima que se vendió alrededor de 1.5 millones de dosis de píldoras anticonceptivas de emergencia en 2006 (Schiavon R. Comunicación personal, 2007).

El costo de un paquete de píldoras anticonceptivas de emergencia es de US$ 5–7 en la mayoría de países de la región. Este precio es escasamente accesible para la mayoría de mujeres, y está probablemente fuera de alcance para las mujeres más pobres y jóvenes, creando así una seria barrera para el acceso. Esta es la razón por la cual es tan importante su distribución gratuita en los programas nacionales de planificación familiar y salud reproductiva, y también la que motiva que la oposición esté tan determinada a impedirlo. Por el momento, estamos muy lejos de lograr un acceso universal a la anticoncepción de emergencia, un ejemplo vergonzoso de la violación de derechos de las mujeres en la región latinoamericana.

El futuro

Es imposible predecir el futuro, pero siempre es posible tener esperanzas y metas. La convicción de que es correcto defender la anticoncepción de emergencia aumentará con el respaldo técnico y científico de FLASOG, los afiliados de IPPF en la región y la Organización Panamericana de la Salud, a la idea de que no es un método abortivo. Estas organizaciones ofrecen credenciales científicas formidables a los gobiernos, que saben también que la mayor parte de personas está a favor del libre acceso.[29]

Las fuerzas religiosas conservadoras que están detrás de la oposición a la anticoncepción de emergencia van en contra de su propio objetivo declarado de combatir el aborto, en cuanto pretenden colocar barreras a un método que tiene el potencial de prevenir los embarazos no deseados y los abortos. Aunque es cierto que no existe aún ninguna evidencia de que la anticoncepción de emergencia ha logrado reducir el número de abortos en una población determinada,[30] se ha mostrado a nivel individual que ocho de cada diez mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección y usan la anticoncepción de emergencia evitarán una gestación no deseada.

Aunque existen algunos fanáticos que nunca aceptarán los hechos y la razón, existe también mucha gente religiosa racional e inteligente en el mundo. La misma iglesia que reconoció finalmente que Galileo tenía razón cuando demostró que la tierra gira alrededor del sol, debería finalmente aceptar que la anticoncepción de emergencia no provoca el aborto. Puede tomar tiempo y la lucha puede durar años, causando sufrimiento y dolor a muchas mujeres, pero confiamos en que la oposición a este método se debilitará progresivamente. El resultado final debería ser que éste sea más accesible oportunamente para la mayoría de mujeres, y que ayude a proteger a las más jóvenes y pobres de embarazos no deseados, como parte integral del derecho a la planificación familiar, reconocido por casi todas las naciones del mundo.

Referencias

1. Haspels AA. The ‘‘morning after pill’’ - a preliminary report. IPPF Medical Bulletin 1969;3(3):6.
2. Haspels AA. Interception: postcoital estrogens in 3,016 women. Contraception 1976;14(4):375–81.
3. Morris JM, Van Wagenen G. Compounds interfering with ovum implantation and development: 3. The role of estrogens. American Journal Obstetrics & Gynecology 1966;96(6):804–15.
4. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, et al. Post coital contraception: a pilot study. Journal of Reproductive Medicine 1974;13(2):53–58.
5. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertility and Sterility 1977;28(9):932–36.
6. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. Fertility and Sterility 1982;37(4):508–13.
7. Kesseru E, Larran˜ aga A, Parada J. Postcoital contraception with dl-norgestrel. Contraception 1973;7:367.
8. Ho PC, Kwan MSW. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contaception. Human Reproduction 1993;8:389.
9. Consensus Statement on Emergency Contraception. Contraception 1995;52:211–13.
10. Galvão L, Díaz J, Diaz M, et al. Emergency contraception: knowledge, attitudes and practices among Brazilian obstetricians and gynecologists. International Family Planning Perspectives 1999;25:168.
11. Langer A, Garcia-Barrios C, Schiavon R, et al. Emergency contraception in Mexico City: what do health care providers and potential users know and think about it? Contraception 1999;60(4):233–41.
12. World Health Organization. Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998;352:428.
13. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of pre-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. Contraception 2001;63:123–29.
14. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. Contraception 2001;64:227–34.
15. Marions L, Hultenby K, Lindell I, et al. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. Obstetrics & Gynecology 2002;100(1):65–71.
16. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, et al. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. Contraception 2004;69:373–77.
17. Croxatto HB, Brache V, Pavez M, et al. Pituitary–ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation. Contraception 2004;70:442–50.
18. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, et al. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation: a pilot study. Contraception 2007;75:112–18.
19. Durand M, Seppala M, del Cravioto MC, et al. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodelin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. Contraception 2005;71:451–57.
20. Muller AL, Llados CM, Croxatto HC. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt post-fertilisation events in the rat. Contraception 2003;67:415–19.
21. Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, et al. Postcoital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey Cebus apella. Human Reproduction 2004;19:1352–56.
22. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimes of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. Lancet 2002;360:1803–10.
23. Hamoda H, Ashok PW, Stalder C, et al. A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. Obstetrics & Gynecology 2004;104:1307–13.
24. Ngai Sw, Fan S, Li S, et al. A randomized trial to compare 24 h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. Human Reproduction 2005;20:307–11.
25. Emergency pill for Chilean girls. BBC News. 30 January 2007. At: <http://news.bbc.co.uk>.
26. Boonstra H. Emergency Contraception: Steps Being Taken to Improve Access. Guttmacher Report on Public Policy.Washington DC7 AGI, December 2002.
27. La píldora del día después no es abortiva. ABC Color Digital. Asunción, Paraguay. 1 September 2005.
28. Martin A. Emergency contraception in Latin America and the Caribbean. Revista Panamericana de Salud Pública 2004;16:424–31.
29. Johnsen J. Obstructing access to emergency contraception in Hospital Emergency Rooms. Planned Parenthood Federation of America, 2005. Available at: <www.plannedparenthood.org/news-articles-press/politics-policy-issues/birthcontrol-access-prevention/emergency-contraception-6549.htm>.
30. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, et al. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. Contraception 2004;69:361–66.

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Women's Link Worldwide.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(29):160–162
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 29294-8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Extractos del fallo del tribunal constitucional que liberalizó el aborto en Colombia

Women's Link Worldwide, 2007

Prefacio de Rebecca J Cook

LA decisión de la Corte Constitucional de Colombia del 10 de mayo de 2006, que amplió las bases para un aborto legal, es histórica. La Corte decidió, en el caso C-355/06, que la prohibición criminal del aborto en todas las circunstancias viola los derechos fundamentales de la mujer. Se encontró que estos derechos estaban protegidos por la Constitución Colombiana de 1991 y por la legislación internacional de derechos humanos. La Corte explicó que la absoluta prohibición que busca proteger los intereses del feto coloca una carga desproporcionada sobre el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. La Corte dictaminó que el aborto es permitido legalmente en las siguientes circunstancias:

- Cuando la continuación del embarazo significa un riesgo para la vida o la salud física o mental de la mujer,
- Cuando existen serias malformaciones que hace que el feto no sea viable, y
- Cuando el embarazo es resultado de un acto criminal de violación, incesto, inseminación artificial no deseada o implantación no deseada de un óvulo fecundado.

La Corte explicó que un médico debe certificar si alguna de las dos primeras indicaciones se cumple. Más aún, el presunto acto criminal debe ser reportado a las autoridades pertinentes, pero no debe ser establecido de manera incontrovertible como precondición para el aborto.

La Corte reconoció el valor constitucional de la vida, incluyendo la vida fetal, pero hizo la distinción entre el valor de la misma y la reivindicación del derecho legal a la vida. Se dictaminó que éste se limitaría a un ser humano nacido, mientras que el valor constitucional de la vida puede ser protegido antes de que el feto nazca. La Corte explicó que el Estado puede proteger la vida prenatal, pero sólo de una manera compatible con los derechos de las mujeres, incluyendo sus derechos a la vida y a la salud protegidos por la Constitución Colombiana y, por ejemplo, por la Convención Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Las medidas que el Estado puede tomar para proteger los intereses prenatales de manera compatible con los derechos constitucionales y humanos de las mujeres incluyen medidas para prevenir pérdidas recurrentes de gestaciones deseadas, la mejora del cuidado obstétrico prenatal y de emergencia, y esfuerzos para prevenir el matrimonio de niños con el fin de que las mujeres estén lo suficientemente maduras para ser capaces de dar a luz de manera segura.

Las sociedades han utilizado con frecuencia la gestación de una mujer para suspender sus derechos humanos. De hecho, en algunos países la legislatura y algunos tribunales siguen utilizando el embarazo de las mujeres como una oportunidad para subordinar los derechos de las mismas con el fin de demostrar su compromiso con la protección del mayor valor otorgado a la vida del nonato. En contraste, la Corte Constitucional de Colombia demostró que toma seriamente los derechos de las mujeres embarazadas, enfatizando que deben protegerse sus derechos, incluyendo a las mujeres adolescentes, pobres, rurales e indígenas, y a las mujeres desplazadas por la violencia. Todas las mujeres son titulares plenas de sus derechos humanos, que incluyen sus derechos a:

- La dignidad, libertad y libre desarrollo de la persona individual,
- La salud, vida, integridad física y autonomía reproductiva, y
- La igualdad con los hombres.

Estos derechos constituyen los derechos reproductivos, y son protegidos por la Constitución Colombiana de 1991 y la adherencia de Colombia a los tratados internacionales y regionales de derechos humanos. La

Corte adoptó los derechos reproductivos de las mujeres reconocidos internacionalmente y la definición internacional de salud reproductiva, reconocidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas en 1994, y reafirmada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas en 1995. La Corte invocó el derecho fundamental de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y momento de tener hijos, y de tener la información y medios para hacerlo. La Corte explicó que las mujeres no pueden ser tratadas como "un instrumento reproductivo para la raza humana", dado que debe garantizárseles respeto como agentes independientes de su propio destino. No pueden estar sometidas al requerimiento de autorización de terceras partes para acceder a servicios de salud reproductiva, tales como la autorización del esposo/pareja o padre. La Corte explicó que el trato digno a las mujeres incluye el respeto a su confidencialidad, que sería violado, por ejemplo, por las obligaciones legales o el criterio de los proveedores de salud de reportar evidencia vinculada al aborto a las autoridades públicas.

Se consideró también que los derechos de los proveedores de salud debían ser respetados, de manera que debía protegerse en la mayor medida posible la objeción de conciencia de los médicos a participar en procedimientos de aborto. Se señaló, sin embargo, que la objeción de conciencia es sólo un derecho de individuos, no de instituciones o del Estado mismo. En consecuencia, ni las instituciones de atención de salud ni el Estado pueden invocar alegatos de conciencia para negar la provisión de servicios de aborto legal. Más aún, los médicos objetores no pueden negar el derecho de sus pacientes mujeres a ejercer su propia conciencia para elegir un aborto legal, y deben inmediatamente derivarlas a otro médico no objetor dispuesto a realizar el procedimiento. El deber profesional trasciende la conciencia individual, de manera que los proveedores de salud aceptan, como un aspecto de su profesionalismo, que pueden participar en procedimientos a los cuales objetan. Este deber es el mismo de, por ejemplo, el caso de los bomberos que no pueden objetar ingresar a edificios en llamas, o el de oficiales de policía que pueden tener que proteger individuos y premisas de instituciones cuyo trabajo objetan por razones personales.

La Corte fue cuidadosa en asegurar que interpretaba la Constitución Colombiana de manera consistente con las obligaciones asumidas por el Estado en los tratados de derechos humanos, incluyendo su ratificación de tratados internacionales tales como la Convención por la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, La Corte señaló que criminalizar la atención de salud que sólo requieren las mujeres, tales como todos los servicios de aborto, es una violación del derecho a la no discriminación sexual según la CEDAW. Las altas tasas de mortalidad materna, como aquellas experimentadas por Colombia en una parte importante debido al aborto inseguro, son un claro indicio de que el Estado está descuidando la atención de la salud de las mujeres, descuido discriminatorio que está obligado a remediar. La Corte se basó en la CEDAW para llamar a la eliminación de todas las formas de discriminación de género que estereotipan a las mujeres en roles de reproducción y servicio, inhibiendo su habilidad para tomar decisiones libres e informadas sobre si formar una familia y cuándo hacerlo.

Más aún, la Corte invocó a la Convención sobre los Derechos del Niño, que define al niño como una persona menor de 18 años de edad. Por consiguiente, la Corte defendió los derechos de los padres, pero sujetos a la capacidad en desarrollo del niño o niña de tomar sus propias decisiones sobre el disfrute de sus derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, la vida, la integridad corporal y la autonomía reproductiva. La Corte, por lo tanto, declaró inconstitucional una disposición del Código Penal que penalizaba el aborto realizado a una mujer menor de 14 años, incluso con su consentimiento dado de manera competente.

La Corte se basó en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belén du Pará) para explicar que la prevención de la violencia sexual contra la mujer que da como resultado una gestación no deseada, y de la consiguiente exigencia de continuarlo, es responsabilidad de los estados. Ello, independientemente de si la violencia ha sido perpetrada por actores públicos o privados. Los estados tienen, mínimamente, la obligación de mitigar los efectos de la violencia sexual proporcionando servicios de aborto y otros servicios de salud que protejan a las mujeres de ser forzadas a mantener una gestación no deseada. En consecuencia, la Corte sostuvo que la provisión de servicios de aborto en caso de violación e incesto es un requerimiento constitucional. Se apoyó en la Convención Americana de Derechos Humanos para subrayar la naturaleza viva de los derechos y la importancia de la interpretación contextual de los tratados de derechos humanos y normas constitucionales.

Esta decisión de la Corte Constitucional de Colombia merece una amplia y seria atención. Establece un nuevo estándar para la jurisprudencia que respeta los derechos humanos de las mujeres. Las Cortes de Co-

lombia y otras querrán considerar este razonamiento con mucho cuidado, así como la forma en que la Corte Constitucional de Colombia aplicó las obligaciones y jurisprudencia internacionales de derechos humanos para guiar dicho razonamiento.

Los gobiernos que consideran el uso de poderes punitivos necesitarán leer y releer esta decisión para asegurar que aplican los poderes punitivos del Estado sólo de manera compatible con la dignidad de las mujeres. El poder legislativo del Estado, soberano bajo el dominio de la ley, ya no podrá colocar restricciones desproporcionadas a los derechos humanos y constitucionales de las mujeres legalmente protegidas, incluyendo sus derechos reproductivos.

Esta publicación proporciona como ayuda extractos del fallo por mayoría de la Corte de 600 páginas tanto en inglés como en español. Women's Link Worldwide facilita el acceso a esta decisión que constituye un hito.

Excerpts of the Constitutional Court's Ruling that Liberalized Abortion in Colombia
Reproductive Health Matters 2007;15(29):160–162

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(29):163–171
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (06) 29280-2

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

La mercantilización de la ecografía obstétrica en Hanoi, Vietnam

Tine Gammeltoft,[a] Hanh Thi Thuý Nguyen[b]

a Profesor Asociado, Instituto de Antropología, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca. E-mail: tine.gammeltoft@anthro.ku.dk
b Profesor, Facultad de Salud Pública, Universidad Médica de Hanoi, Hanoi, Vietnam.

Resumen: *A nivel mundial, cada vez más mujeres embarazadas solicitan que se les practique una ecografía rutinaria como parte de la atención antenatal, incluso en los países de bajos ingresos. En este artículo se exponen los hallazgos de investigaciones antropológicas sobre el uso de la ecografía obstétrica en la atención antenatal rutinaria en Hanoi, Viet Nam. Los hallazgos provienen de observaciones, una encuesta y entrevistas con mujeres que buscan exámenes de ecografía con médicos de un importante hospital dematernidad. Se encontró un uso excesivo de la ecografía; las 400 mujeres encuestadas habían tenido un promedio de 6.6 ecografías y 8.3 consultas antenatales durante el embarazo, mientras que una quinta parte había tenido diez o más ecografías. Los médicos consideran a la ecografía obstétrica una parte indispensable de la atención antenatal moderna. Para dos terceras partes de las mujeres, el motivo principal para tener ecografías frecuentes era que les aseguraran un desarrollo fetal normal. Sin embargo, ellas a menudo dijeron que su médico había recomendado las ecografías. Este uso excesivo debe verse en el contexto de una creciente comercialización en el sistema de salud vietnamita, donde la ecografía constituye una fuente importante de ingreso tanto para los prestadores de servicios privados comos públicos. Existe una necesidad urgente en Viet Nam de formular normas de políticas y prácticas sobre el uso adecuado de la ecografía en el embarazo y sobre la mejor forma de combinarlo con la atención antenatal esencial, y de difundir la información a las mujeres.*

Palabras Clave: *ecografía obstétrica, ultrasonografía, cuidado prenatal, mercantilización de la ecografía obstétrica, Vietnam.*

ES evidente que las nuevas tecnologías para el manejo reproductivo se están difundiendo con suma rapidez a nivel mundial; aunque inicialmente fueron desarrolladas en las áreas más ricas del mundo, ahora proliferan en los países en desarrollo. Aunque muchos científicos sociales han investigado sobre el uso que las mujeres dan a los anticonceptivos modernos, y también sobre el aborto a nivel global en el Sur,[1–3] es poco lo que se conoce acerca de los procesos sociales mediante los cuales las tecnologías aplicadas en el embarazo, tales como la ecografía o la amniocentesis, son asumidas por las mujeres y los proveedores de salud en el mundo en desarrollo. Sólo se ha estudiado consistentemente el uso de la ecografía para determinar el sexo del feto en países que tienen una fuerte preferencia por el hijo varón.[4]

La ecografía es tan asequible como accesible, de allí su considerable potencial de difusión en sociedades de bajos ingresos.[5,6] Debido al creciente número de mujeres gestantes en el mundo expuestas rutinariamente a esta tecnología, su aplicación tiene enorme significado para la salud pública, especialmente en contextos en los que existe una escasa regulación o monitoreo de la atención materna. En la actualidad no existe evidencia epidemiológica que sugiera que la ecografía sea dañina durante el embarazo, pero el vasto incremento en su uso ha generado algunas advertencias. Una reciente mención en la base de datos de la Cochrane, enfatiza que "no se ha alcanzado ninguna conclusión sólida respecto a su seguridad a partir de la información disponible".[7]

En las últimas dos décadas, el uso de la ecografía obstétrica se ha expandido sustancialmente en los países

ricos, y es actualmente parte integral de la atención prenatal a nivel global en el Norte. Además de la ecografía en 2D, están disponibles ahora las ecografías en 3D y 4D. Las ecografías en 3D proporcionan imágenes tridimensionales que facilitan la detección de ciertas anormalidades fetales y producen atractivas fotos del feto, mientras que las ecografías en 4D, también conocidas como 3D "vivas", dinámicas o en movimiento, agregan la dimensión de tiempo proporcionando una "película" del feto.

La expansión de la ecografía obstétrica ha estado influenciada tanto por intereses comerciales, como por intereses de los médicos, que la encuentran útil para diversos propósitos, pero también por el deseo de las gestantes de ver a su bebé antes de nacer.[8,10] Aparentemente, se está dando también una rápida proliferación de esta tecnología en países de medianos y bajos ingresos. Un estudio reciente en Siria encontró que se realizaban hasta 20 ecografías por cada embarazo.6 A menudo, el equipo de ultrasonido es una de las primeras y nuevas tecnologías que adquiere el personal médico que emigra para trabajar en un país en desarrollo.[5]

Aunque se ha establecido claramente que el ultrasonido es beneficioso cuando existe un alto riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto, sus ventajas en embarazos de bajo riesgo son discutibles, y su costo-efectividad en el caso de fondos limitados para la salud pública ha sido cuestionado por estudios económicos.[11] Un meta-análisis de la investigación sobre el valor de la ecografía obstétrica realizado por Cochrane confirma que en los primeros meses del embarazo, los beneficios de la ecografía incluyen una mejor evaluación de la edad gestacional, la detección temprana de una gestación múltiple, la identificación de la posición de la placenta, el diagnóstico de gestaciones no viables y la detección de malformaciones fetales. No obstante, la revisión señala también que estas ventajas no se traducen en mejoras sustanciales en el resultado del embarazo, como por ejemplo una disminución de la mortalidad perinatal.[12] Otro estudio de Cochrane concluye que en la gestación tardía, la ecografía de rutina no confiere beneficios a la madre o al bebé. Esta revisión también enfatiza la falta de estudios sobre las implicancias psicológicas del ultrasonido para la madre, o las consecuencias para el desarrollo neurológico a largo plazo en niños expuestos durante la gestación tardía.[7]

La ecografía se ha vuelto rutinaria en los Estados Unidos, aunque las directivas profesionales recomiendan realizar este examen en la gestación sólo bajo indicación clínica.[8] El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF) observa: "A pesar de la falta de evidencia sobre su impacto positivo en los resultados para la salud y la recomendación de 1996 del USPSTF en contra de su uso rutinario, la ecografía en la gestación está ampliamente difundida y se ha convertido en una norma de atención en los hospitales de los EE. UU.".[13] De manera similar, el Colegio Americano de Radiología plantea que "el ultrasonido fetal debería ser realizado sólo cuando existe una razón médica válida, y debe utilizarse el menor número posible de exposiciones a ultrasonido para obtener la información diagnóstica necesaria."[14] En Canadá, el Guidelines Advisory Committee del Ministerio de Salud recomienda realizar una ecografía por cada gestación, y plantea que existe "bastante evidencia que respalde la recomendación de una sola ecografía en el segundo trimestre, en el caso de mujeres sanas con una gestación de bajo riesgo, [aun cuando] tal examen no tiene un efecto estadísticamente significativo en el número de niños nacidos vivos ni en los puntajes Apgar", pero "escasa evidencia que respalde la recomendación de ecografías continuas en el segundo o tercer trimestre, en el caso de mujeres sanas con una gestación de bajo riesgo".[15] En la mayoría de los países europeos, la política nacional actual establece la realización de una o dos ecografías durante el embarazo.[9,16]

En este artículo, presentamos los hallazgos de la investigación antropológica sobre el uso de ecografías obstétricas en la atención prenatal de rutina en el área urbana de Vietnam del norte. La investigación fue conducida entre finales de 2003 y principios de 2006. Examina cuáles son las motivaciones de las mujeres y los proveedores de salud para usar esta nueva tecnología, y las razones para un uso excesivo.

Contexto de investigación y métodos

La información fue recolectada en el marco de un estudio antropológico más amplio acerca del uso de nuevas tecnologías de ecografía prenatal en Vietnam. El estudio fue conducido en Hanoi por un equipo integrado por una investigadora danesa y diez investigadores vietnamitas. Su principal objetivo fue explorar los casos en que las mujeres embarazadas decidían continuar o no con un embarazo si la ecografía detectaba una anomalía fetal.* La investigación fue desarrollada en el Hospital Gineco-obstétrico de Hanoi, un importante hospital de maternidad que el año 2004 atendió 15,098 partos, a 23,672 usuarias de control prenatal, y realizó 83,313 ecografías.

* Se han publicado tres artículos con resultados preliminares en revistas académicas vietnamitas.17–19

Como parte de este proyecto de investigación más amplio, se estudió también el uso rutinario de ecografías en embarazos sin complicaciones; este artículo es resultado de este componente del estudio. La recolección de información incluyó: 1) observación participante y entrevistas con mujeres que solicitaban una ecografía en el hospital, 2) entrevistas con médicos que brindan el servicio de ecografía en dicho hospital, 3) entrevistas con médicos directivos y funcionarios del Ministerio de Salud involucrados en la introducción de la ecografía obstétrica en Vietnam y 4) un estudio de medios de comunicación.

Inicialmente se realizaron 100 entrevistas semiestructuradas con mujeres gestantes que acudieron a realizarse una ecografía en 3D en el hospital de maternidad. Las entrevistas fueron conducidas en la sala de ecografía mientras las mujeres esperaban su turno, y se centraron fundamentalmente en el uso de la ecografía durante la gestación y las motivaciones para ello. Dado que estas entrevistas revelaron un uso excesivo de la ecografía, realizamos una encuesta con 400 mujeres que dieron a luz en el hospital, usando un cuestionario corto para calcular el número de ecografías (2D o 3D) que cada mujer había tenido en la gestación. Esta encuesta se desarrolló en diciembre de 2004. Luego, realizamos 16 entrevistas etnográficas con mujeres que se habían realizado ecografías en 2D y 3D, indagando acerca de sus experiencias en la gestación y el parto, con particular énfasis en el uso de la ecografía durante el embarazo. Estas entrevistas se realizaron en los hogares de las mujeres pocos meses después de haber dado a luz. Muchas mujeres en Vietnam se sienten física y psicológicamente vulnerables durante la gestación y el periodo postparto, lo que en ocasiones hizo difícil explorar en profundidad áreas más sensibles, como el miedo a que algo saliera mal con el bebé.

También se realizaron observaciones diarias de la interacción paciente-proveedor en la sala de ecografía 3D durante un periodo de cuatro meses, y entrevistas semiestructuradas con 14 médicos que brindaban el servicio de ultrasonido en el hospital con el fin de conocer su perspectiva acerca de las ventajas y desventajas de las ecografías obstétricas. Muchos de estos médicos realizaban también práctica privada para complementar sus ingresos.

Asimismo, hubo entrevistas con dos funcionarios del Ministerio de Salud y con siete médicos directivos que trabajaban en otros espacios y eran considerados por sus colegas como pioneros en la introducción de la ecografía obstétrica en Vietnam del Norte. Finalmente, durante el periodo comprendido entre diciembre 2004 y abril 2005, fueron revisados diez diarios y revistas populares, recopilando artículos sobre el uso de la ecografía y otras tecnologías en la gestación.

La proliferación de la ecografía en Hanoi

En las áreas urbanas de Vietnam, en 2001–02, el 90% de las mujeres tuvieron al menos un control prenatal, mientras que el 73% tuvo los tres controles recomendados por el Ministerio de Salud.[20] Recientemente la ecografía obstétrica se ha convertido en una tecnología clave para la atención prenatal de rutina en Hanoi. Hace diez años, las mujeres gestantes podían obtener una ecografía sólo con indicación médica, y cinco años antes esta tecnología se utilizaba sólo esporádicamente. Las ecografías son ahora fácilmente accesibles, ofrecidas por hospitales y clínicas del sistema de salud pública, así como por numerosos proveedores privados. Los precios oscilan entre 20 mil dongs vietnamitas (US$1.30) por una ecografía en 2D y 300 dongs por una ecografía en 4D, lo que las hace asequibles para la mayoría de mujeres de áreas urbanas.

Desde el año 2003 se ha prohibido en Vietnam el aborto selectivo en función del sexo, y no se permite a los proveedores de salud que realizan las ecografías informar a las mujeres sobre el sexo del feto. Sin embargo, el creciente sesgo en la relación hombre-mujer en Vietnam sugiere que los abortos selectivos siguen ocurriendo,[21] lo cual supone que las mujeres logran encontrar a quienes les informan del sexo del feto.

La proliferación de la ecografía en Vietnam coincide con la introducción de reformas económicas de mercado iniciadas a finales de la década de los años 80, en reemplazo de la economía socialista planificada. La economía de consumo en proceso de desarrollo ha traído también la comercialización del parto y de la vida familiar. Con tasas nacionales de crecimiento económico de alrededor de 9% al año, el mercado de bienes para la gestación y el cuidado del bebé se expande a paso firme. Artículos como juguetes, coches, pañales desechables y leche de fórmula, no disponibles en Vietnam hace pocos años, son ahora elementos comunes en la vida familiar urbana. En este contexto, la atención prenatal y sus accesorios pueden ser vistos como mercancías. Las impresiones de ecografías en 3D y DVD en 4D del feto son bienes particularmente populares que se ofrecen en el marco de la atención prenatal, los mismos que son vendidos por los médicos privados.

Las ecografías constituyen una importante fuente de ingresos para los proveedores de salud, tanto privados como públicos. En 1989 se implementaron en Vietnam profundas reformas en el sector salud que incluían la introducción de pagos por los servicios de salud, la legalización de la práctica médica privada y la desregulación del sector farmacéutico. Debido a que la actual dotación de recursos para el sector salud es limitada, ex-

isten fuertes incentivos para que los practicantes públicos y privados busquen generar recursos adicionales a través de otros servicios. Esto tiende a fomentar, por ejemplo, un uso excesivo de medicamentos y pruebas de diagnóstico. La ONU ha advertido recientemente sobre la posibilidad de que los equipos de alta tecnología, los servicios de laboratorio y los productos farmacéuticos sean utilizados de manera inapropiada dentro del sistema de salud vietnamita debido a la debilidad de los mecanismos de supervisión y regulación, a la inexistencia de una auto-regulación profesional, así como a los bajos sueldos de los proveedores cuyos pagos personales son de lejos la fuente más significativa de financiamiento de la atención de salud.[22]

En este contexto, la introducción de la ultrasonografía en la atención prenatal resulta *ad hoc* y se da de manera caótica, impulsada por fuerzas de mercado más que por una política de salud determinada. Aunque el uso excesivo de la ecografía obstétrica ha atraído alguna atención de los medios de comunicación, el Ministerio de Salud no ha emitido aún ninguna norma o directiva para su uso. Las Normas y Directrices Nacionales de Salud Reproductiva mencionan la ultrasonografía sólo con relación a complicaciones en el embarazo.[23] Los equipos de ecografía se adquieren mediante presupuestos locales de atención de salud y por proveedores de salud privados, y no existe información sobre su uso a nivel nacional. Dado que la regulación es limitada, los médicos obstetras privados pueden, en principio, comprar y operar los equipos de ultrasonido sin entrenamiento previo. Los médicos obstetras que trabajan en el sector público llevan usualmente un curso básico de entrenamiento en ultrasonografía y obtienen un certificado antes de operar el equipo.

En los medios de comunicación, la ecografía y otras tecnologías médicas son descritas como el anuncio de una nueva era. Sin embargo, sólo uno de los seis reportajes especiales sobre ecografia identificados en el estudio de medios se centró en el problema del excesivo uso. Los demás describieron la tecnología en términos muy positivos, presentándola como uno de los muchos nuevos y fascinantes bienes de consumo ofrecidos por la economía de mercado. Por ejemplo:

"*Es difícil describir lo que sintió (determinada mujer) al ver por primera vez las imágenes de su amado hijo de 28 semanas. Un bello rostro, manos que se agitaban, e incluso una hermosa boquita… wow! Con la máquina de ecografía en 4D Voluson 730 PRO, la única de su tipo en Vietnam, los futuros padres y abuelos pueden ver por primera vez 'películas' reales y en vivo de sus hijos*".[24]

Valoración de las mujeres de la ecografía prenatal

Encontramos un uso excesivo de la ultrasonografía entre mujeres gestantes del Hospital Gineco-obstétrico de Hanoi. Las 400 mujeres que respondieron a la encuesta habían tenido entre 1 y 21 ecografías durante la gestación, con un promedio de 6.6 ecografías cada una. Una quinta parte de las mujeres (n=78) había tenido diez o más ecografías, y dos tercios (n=268) entre 4 y 9 ecografías. Las entrevistas etnográficas revelaron que algunas mujeres habían tenido un número aun mayor, incluida una que había tenido más de 30. En el momento de las entrevistas, 38% de las 100 mujeres entrevistadas en la sala de ecografía en 3D habían tenido ecografías tanto en servicios públicos como privados.

Muchas mujeres explicaron que los médicos las habían alentado a tener al menos una ecografía al mes, por lo que habían asumido que ésta era la frecuencia médicamente aconsejable. A menudo, los médicos de servicios tanto privados como públicos les habían recomendado realizar una ecografía en cada visita prenatal. Thu, de 29 años, por ejemplo, obtuvo el cuidado prenatal básicamente de proveedores privados:

"*Creo que es mejor tener una ecografía cada mes. Si no lo hacía, el médico me aconsejaba que debería hacerlo. Así que para mí, el control prenatal era principalmente una ecografía. No me hacían muchos otros exámenes*".

Algunas mujeres también buscaron ecografías adicionales por propia iniciativa. Describieron el ultrasonido como "moderno", "científico" y "progresista", y lo encontraron útil para saber el sexo del feto y su posición, así como para verlo desarrollarse de un mes a otro. No obstante, la principal motivación detrás de un número repetido de ecografías era sin duda la seguridad respecto a la normalidad del feto. Sólo viendo al feto, las mujeres podían estar seguras de que sus miembros estaban completos y que estaba desarrollándose "normalmente":

"*Durante mi embarazo, fui muy cuidadosa. Estaba muy preocupada, así que tuve que hacerme muchas ecografías. Cada vez iba a hacerme una ecografía en 3D, y hubo meses en los que fui hasta en dos ocasiones. Algunas veces regresaba a casa del trabajo sintiéndome muy cansada, y aunque acababa de hacerme una ecografía la semana anterior, si sentía que no se estaba moviendo mucho, volvía a ir. En total tuve como 20 ecografías, pero sentía que estaba bien, porque con mi primer hijo también tuve muchas ecografías. No creo que haga ningún daño, así que voy sólo para sentirme segura. Es como tener un control prenatal*". (Hu'o'ng, 28 años)

SEAN SPRAGUE / PANOS PICTURES

Ky Anh, Viet Nam

Muchas mujeres estaban también ansiosas por saber el sexo del feto. Sin embargo, ya que esta información puede obtenerse a través de una, o tal vez dos ecografías, el deseo de averiguar el sexo del feto no explica el amplio uso de la ultrasonografía. Cuando se solicitó a las mujeres que llegaban por una ecografía en 3D que dijeran cuál era la principal razón para hacerla, 4% mencionó el sexo del feto, 33% quería ver cómo estaba desarrollándose, 20% quería asegurarse de la buena salud del feto, y 16 % que no presentase anormalidades.

En promedio, las 400 mujeres entrevistadas tuvieron 8.3 visitas prenatales cada una –muchas más de las recomendadas por el Ministerio de Salud-, siendo 21 el número más alto. Una de cada diez mujeres (n=37) tuvo menos de cuatro visitas, dos tercios (n=269) entre 4 y 9 visitas, y un quinto (n=88) diez o más visitas. La mayoría de las mujeres tuvieron ecografías como parte de un cuidado prenatal más integral. Sin embargo, en algunos casos, existía en las mujeres una tendencia preocupante a reemplazar el control prenatal por la ecografía, y una mujer no recibió ninguna otra atención prenatal fuera de las ecografías. Dado que es común "ir de compras" en busca de atención prenatal en diferentes servicios públicos y privados, no existe necesariamente continuidad en la atención, y a menudo las mujeres compran por separado la ecografía y otros servicios de atención prenatal. La mujer que tuvo más de 30 ecografías dijo:

"*No tuve controles prenatales, sólo ecografías. El doctor tampoco me dijo que me hiciera controles prenatales, sólo pedí una ecografía para saber cómo estaba desarrollándose el feto. Comparando el control prenatal con la ecografía, creo que la ecografía es mejor. Durante el embarazo, todos se preocupan por sus hijos, pero con la ecografía puedes ver que está desarrollándose normalmente*."

Gran parte de las entrevistadas enfatizaron en la necesidad tanto del control prenatal como de la ecografía, pero la mayoría consideraba que la ecografía era superior a cualquier otra forma de cuidado prenatal debido a su precisión y a la variada información que proporciona:

"*Sin duda la ecografía es mejor, puedes ver el líquido amniótico y ver si el feto se está desarrollando normalmente o no", "el control prenatal común sólo incluye escuchar los latidos del feto y el doctor te toma la presión arterial. Pero con la ecografía ves todo", "te dice la fecha del parto y si el feto tiene alguna enfermedad", "te dice todo. Si el feto se está desarrollando normalmente, si sus brazos y piernas están normales, si el cerebro se desarrolla bien, si tiene alguna anormalidad*".

Algunas mujeres pensaban que el control prenatal, tal como lo habían experimentado, les daba muy poca información adicional, y sentían, por tanto, que no lo necesitaban.

Percepciones de los médicos sobre la ecografía obstétrica

Todos los médicos que entrevistamos alabaron la ecografía obstétrica, y encontraban difícil de imaginar cómo proporcionar atención prenatal sin ella. Muchos consideraban el alto número de ecografías como un paso adelante en la lucha que el país había librado por décadas contra la pobreza, y como un signo positivo de la creciente conciencia en las mujeres acerca de la necesidad de un buen control prenatal:

"*Mi primera impresión de la ecografía fue que era una revolución para los exámenes en ginecología y obstetricia. Fue como un sueño hecho realidad. Antes de que contáramos con la ecografía, era muy difícil diagnosticar, así que cuando la obtuvimos dije, 'esto es increíblemente bueno para las mujeres y los pacientes'. Todavía lo pienso. Creo que es fantástico*". (Ecografista senior)

"*Esto es progreso científico. Es conveniente para las pacientes, sin dolor, a un precio razonable, puedes detectar muchas cosas, y hay muchas ventajas que son apreciadas tanto por los pacientes como por los proveedores*". (Médico obstetra)

"*Como médico, quieres dar a tu paciente la mejor atención posible. Actualmente tenemos ecografías porque el país tiene más dinero. En el pasado, no podíamos proporcionar este tipo de atención. Pero ahora, nuestras vidas han mejorado, las condiciones sociales han mejorado, por lo que la gente cuida más su salud. Tienen también más conocimientos, hemos avanzado culturalmente. La medicina también debe progresar, y en este proceso, el equipamiento es muy importante*". (Médico obstetra directivo).

Aunque algunos médicos recomendaban tres ecografías durante el embarazo, otros consideraban que lo óptimo era una ecografía mensual. La mayoría no veía ningún problema en alentar a las mujeres embarazadas a realizarse varias ecografías:

"*Ha sido estudiada minuciosamente y se ha probado que no es dañina, por lo que no tenemos que preocuparnos por eso*". (Ecografista)

Sin embargo, algunos sí plantearon preocupaciones respecto al actual abuso de esta tecnología entre mujeres en Hanoi:

"*Pienso que el diagnóstico por ultrasonido es muy beneficioso. Pero no debe ser usado en exceso. Dicen que las ondas no producen daño al niño, o al menos la ciencia no ha encontrado problemas hasta ahora. Pero aun así creo que deberíamos usarlo sólo en una medida razonable… Tampoco se debería usar la ecografía si no es necesaria*". (Médico obstetra)

Aun cuando las ecografías proporcionan una importante fuente de ingresos para proveedores y hospitales, este hecho fue muy raramente reconocido por los médicos, salvo en comentarios informales, a manera de broma. Los médicos que reconocieron el uso excesivo del ultrasonido con frecuencia culpaban a las mujeres por su deseo de ver al bebé antes de nacer:

"*No tienen miedo de gastar dinero en la atención prenatal ni en la ecografía. A menudo no se requiere realizarse una: 'Temo que sea muy costoso para usted, sólo déjeme examinarla, no necesitamos la ecografía', les digo. Pero les gusta ver al niño en la pantalla, así son las mujeres jóvenes actualmente*". (Médico obstetra)

Todos los doctores enfatizaron que la ecografía no podría nunca reemplazar el cuidado prenatal esencial, pero que debía combinarse con él. Algunos señalaron que la ultrasonografía no siempre eleva la calidad total del cuidado prenatal. Así, la popularidad de la ecografía había incrementado considerablemente la carga de pacientes en el hospital de maternidad, lo que, según muchos de ellos, dificultaba una apropiada calidad de atención:

"*Tanto en la sala de ecografía como en la sala de control prenatal el tiempo es muy limitado. No hay suficiente tiempo para que la paciente hable con el médico sobre sus temores o sobre cosas que no entiende, porque tenemos demasiados pacientes. No hay tiempo, o sólo un tiempo mínimo, para hablar*". (Médico obstetra)

Un médico puede hacer alrededor de 80 ecografías en 2D por día, o 40–50 ecografías en 3D, que son más complejas y requieren más tiempo. Pudo observarse que estos servicios eran proporcionados de manera apresurada en el hospital, y que el contacto médico-paciente era limitado. Muchas de las mujeres confirmaron que "los médicos sólo mueven la máquina y leen el resultado. No dicen ni explican nada".

Algunos médicos plantearon sus preocupaciones respecto a que otros exámenes prenatales se realizaran menos minuciosamente que antes, cuando la ecografía no había alcanzado una posición central en la atención prenatal. Uno de los funcionarios del Ministerio de Salud, que había sido entrevistado, también había notado

un desplazamiento de la atención del cuidado prenatal esencial hacia la ecografía:

"*Una vez, una joven embarazada vino a mi casa a medianoche. Sufría de un severo edema y resultó que tenía eclampsia –pero esto no había sido detectado por nadie porque no había tenido control prenatal. Había recibido 15 ecografías, pero ningún otro servicio prenatal*".

Discusión

En Vietnam, las directivas nacionales para la atención prenatal no recomiendan el uso rutinario de ecografías en la gestación. Sostienen que la actual proliferación de la ecografía obstétrica debe ser vista en el contexto de la mercantilización vigente en muchas esferas de la sociedad, incluido el sistema de salud vietnamita. Esta investigación muestra que muchas mujeres reciben un número excesivo de ecografías durante el embarazo, a menudo recomendadas por su médico. La principal motivación que lleva a las mujeres a pagar por una ecografía es la seguridad que les da saber que el niño que esperan no presenta ninguna anormalidad. A los médicos también les gusta la nueva tecnología, y piensan que proporciona información que ningún otro servicio de atención prenatal puede ofrecer.

Sin embargo, la investigación también encontró que es posible que se estén descuidando otros aspectos de la atención prenatal. Una situación similar fue descrita en un estudio realizado en Siria.[6] En Botswana, se halló que el personal de salud tendía a llenar la historia y realizar los exámenes físicos de manera menos cuidadosa que antes de la llegada del ultrasonido.[5]

El uso excesivo de la ecografía obstétrica puede ser fácilmente interpretado como ejemplo de la sobremedicalización del embarazo y el parto que las investigadoras feministas han criticado por décadas.[25] No obstante, a pesar de su importancia, esta crítica corre el riesgo de pasar por alto las propias y variadas experiencias de las mujeres con relación a la tecnología y las formas en que se sienten atraídas por ella o la utilizan. Como señala Rayna Rapp: "Es una perdurable ironía del pensamiento feminista contemporáneo el que 'nosotras', que somos quienes más probablemente nos beneficiemos de las tecnologías de la modernidad, a menudo nos encontremos entre sus críticas más fuertes".[26] Más que ofrecer críticas parciales, puede ser importante buscar una mejor comprensión de las motivaciones que subyacen a la atracción que sienten las mujeres por una tecnología como ésta, así como de las fuerzas que determinan la proliferación de la tecnología durante el embarazo a nivel mundial.

La mercantilización de la atención prenatal, de la cual el uso excesivo de la ecografía es un ejemplo tanto en Vietnam como en otros lugares, debe ser considerada en el contexto de las políticas y financiamiento de la atención en salud de manera más amplia. En sistemas de salud mercantilizados, donde más que las directivas de política son los mecanismos de mercado los que pueden determinar cómo se ofrecen y son asumidos los servicios de atención de salud, existe un riesgo considerable de uso excesivo de medicamentos, exámenes y otras tecnologías. Esto es especialmente cierto en el caso de una tecnología que ofrece una experiencia fascinante tanto a proveedores como a los futuros padres, es también relativamente barata, fácil de proveer, comprar, y segura para su uso en la gestación.[16,27]

Con respecto a la seguridad de la ecografía obstétrica, sin embargo, la investigación existente ha sido realizada entre mujeres que han tenido hasta cinco ecografías en la gestación, no 10, 20 o 30.[28,29]

Para los países en desarrollo, el nuevo modelo de atención prenatal llevado adelante por la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso del ultrasonido sólo para condiciones especiales, tales como mellizos o gestaciones múltiples, y enfatiza que sólo deberían realizarse exámenes "que sirven a un propósito inmediato y cuyo beneficio ha sido comprobado.[30] Un comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS sobre la revisión Cochrane acerca de la ecografía en la gestación temprana plantea: "No se han establecido beneficios claros del uso rutinario de la ecografía. Sobre la base de los hallazgos de esta revisión, el uso rutinario de la ecografía en la gestación temprana no debería estar justificado en los países en desarrollo."[31]

En Vietnam y en contextos similares, existe una urgente necesidad de formular una política racional y directivas que orienten la práctica acerca del uso apropiado del ultrasonido en la gestación, y de cómo combinarlo de la mejor manera con la atención prenatal esencial, de manera que contribuya a la salud de las mujeres y a una gestación segura, más que a los intereses profesionales o comerciales. El impacto de estas directivas puede, sin embargo, ser limitado en los países donde existe escasa regulación del sector privado, como en Vietnam, y donde el financiamiento de la atención de salud pública se basa de manera importante en pagos de bolsillo. En consecuencia, es importante que exista también una difusión de información a nivel comunitario tanto sobre los límites como sobre los beneficios de la ecografía obstétrica, de modo que las mujeres gestantes puedan tomar decisiones informadas acerca de su uso.

Referencias

1. Hartmann B. Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice. Boston: South End Press, 1987.
2. Greenhalgh S. Controlling births and bodies in village China. American Ethnologist 1994; 21(1):3–30.
3. Hardon A. The needs of women versus the interests of family planning personnel, policy-makers and researchers: conflicting views on safety and acceptability of contraceptives. Social Science and Medicine 1992;35(6):753–66.
4. Junhong C. Prenatal sex determination and sex-selective abortion in rural Central China. Population and Development Review 2001;27(2):259–81.
5. Tautz S, Jahn A, Molokomme I, et al. Between fear and relief: how rural pregnant women experience foetal ultrasound in a Botswana district hospital. Social Science and Medicine 2000;50(5):689–701.
6. Bashour H, Hafez R, Abdulsalam A. Syrian women's perceptions and experiences of ultrasound screening in pregnancy: implications for antenatal policy. Reproductive Health Matters 2005;13(25):147–54.
7. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). Cochrane Database of Systematic Reviews 2000;1:3.
8. Taylor JS. Image of contradiction: obstetrical ultrasound in American culture. In: Franklin S, Ragoné H, editors. Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation.Philadelphia7 University of Pennsylvania Press, 1998. p.15–45.
9. Harris G, Connor L, Bisits A, et al. ''Seeing the baby'': pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women. Medical Anthropology Quarterly 2004;18(1):23–47.
10. Garcia J, Bricker L, Henderson J, et al.Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. Birth 2002;29(4):225–50.
11. Ewigman BG, Crane JP, Frigoletto FD, et al. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. New England Journal of Medicine 1993;329:821–27.
12. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998;4.
13. US Preventive Services Task Force. Ultrasonography in Pregnancy. United States Department of Health and Social Services, 1996. At: bhttp://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspsuspg.htmN. Accessed 25 July 2006.
14. American College of Radiology. ACR Practice Guideline for the Performance of Antepartum Obstetrical Ultrasound, 2003. At: bhttp://www.acr.org/s_acr/bin.asp?CID=539&DID=12185&DOC=FILE.PDFN, Accessed 25 July 2006.
15. Guidelines Advisory Committee. Prenatal Ultrasound Routine Screening. Recommended Guideline, 2002. At: bhttp://gacguidelines.ca/article.pl?sid=02/07/03/1946230N. Accessed 25 July 2006.
16. Marinac-Dabic D, Krulewitch CJ, Moore RM. The safety of prenatal ultrasound exposure in human studies. Epidemiology 2002;13(3S):S19–22.
17. Bùi KC. Quyết dịnh dối vó'i thai dị tật: vai trò cu'a các thành viên gia dình. [The role of family members in decision-making when a fetus is diagnosed with a malformation]. Khoa Hoc Vế Phu Nũ' [Journal of Women's Studies] 2005;5(72):35–42.
18. Hoàng THV, Nguyễn HTT,Nguyễn HB, et al. Môi tru'ò'ng lao dông và thai dị tật [Working environment and fetal malformations]. Tạp Chí Nghiên Cú'u Y Học [Journal of Medical Research] 2005;38(5):90–96.
19. Đỗ TTT, Nguyễn HTT, Nguyễn HB, et al. Tu' vấ n trong thó'i kỳ mang thai. Một việc làm thiết thu'c cho nhũ'ng hoàn canh thai bất thu'ò'ng [The importance of counselling for women who are pregnant with a fetus that is not normal]. Tạp Chí Nghiên Cú'u Y Học [Journal of Medical Research] 2005;39(6):90–96.
20. Ministry of Health and General Statistical Office. Results of the national health survey 2001–2002. Hanoi: Medical Publishing House, 2003.
21. Đoàn ML. Vấn Đề Gió'i Tính Cua Tre Khi Sinh [The Problem of Sex Ratio at Birth]. Gia Đình & Tre Em [Family & Children], 1.12.2004.
22. United Nations. User fees, financial autonomy and access to social services in Viet Nam. Discussion Paper No.6. Hanoi: United Nations Viet Nam, 2005.
23. Ministry of Health. National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services. Hanoi, 2002.
24. Bao Nga. ''Xem phim'' qua máy siêu âm 4 chiều [Watching film hrough the 4D scanning machine]. Sú'c khoe Gia dình [Family Health] 2004;25:38.
25. Rothman BK. Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society. New York: WW Norton, 1989.
26. Rapp R. Real-time fetus. The role of the sonogram in the age of monitored reproduction. In:Downey GL, Dumit J, editors. Cyborgs and Citadels. Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies. Santa Fe: School of American Research Press, 1997. p.31–48.
27. Abramowicz JS. Ultrasound in obstetrics and gynecology: is this hot technology too hot? Journal of Ultrasound in Medicine 2002;21:1327–33.
28. Marinac-Dabic D, Krulewitch CJ, Moore JM. Birth weight in relation to frequent prenatal exposures. American Journal of Epidemiology 1994;139:S62.
29. Newnhamn JP, Evans SF, Michael CA, et al. Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial. Lancet 1993; 342(8876):887–91
30. World Health Organization. The WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual of the Implementation of the New Model WHO/RHR/0130. Geneva7 WHO, 2002. p.6.
31. Belizán J. Routine ultrasound in early pregnancy: RHL commentary (last revised: 22 September 1998). The WHO Reproductive Health Library, No.8. 2005. At: <www.rhlibrary.com>

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(29):172–182
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 29283-3

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Análisis situacional de la calidad de atención del aborto en el hospital principal de maternidad en Hai Phong, Vietnam

My Huong Nguyen,[a,c] Tine Gammeltoft,[b] Vibeke Rasch[c]

a Investigadora Senior, Instituto Científico de Población, Familia e Infancia, Vietnam. Comisión de Población, Familia e Infancia, Hanoi, Vietnam. E-mail: M.H.Nguyen@pubhealth.ku.dk
b Profesora Asociada, Instituto de Antropología, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca.
c Profesora Asociada, Departamento de Salud Internacional, Instituto de Salud Pública, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca.

Resumen: *Seis meses después de la implementación de un proyecto de Atención Integral del Aborto en el Hospital Phu-San, maternidad principal de Hai Phong en Viet Nam septentrional, se realizo´ un estudio de los servicios de aborto, que exploro´ la interacción entre los prestadores de servicios y las usuarias, y la influencia de los valores culturales en la calidad de la atención. Se emplearon modalidades cuantitativas y cualitativas: una encuesta estructurada de tres partes entre 748 mujeres antes y después del aborto, 20 entrevistas con mujeres justo después del aborto, siete entrevistas con personal de salud y 100 observaciones de participantes. Tanto las mujeres como el personal equipararon la calidad de la atención con un mejor desempeño técnico del procedimiento de aborto. La falta de conocimientos y habilidades tuvo un impacto negativo en el suministro de información y consejería de calidad respecto al entendimiento y la aceptación de la anticoncepción, el tratamiento de infecciones ginecológicas y la prevención de infecciones postaborto. Para mejorar la atención del aborto en hospitales como el Phu-San, se necesitan programas de capacitación que integren la consejería y habilidades clínicas y aborden los factores culturales que obstruyen la interacción entre el personal de salud y las mujeres de manera equitativa. Debe establecerse un sistema de supervisión con apoyo que le impute al personal de salud la responsabilidad de llevar a cabo sesiones de consejería e información de alta calidad.*

Palabras Clave: *calidad de servicio, acceso a servicios de aborto, consejería, anticoncepción, infección del tracto reproductivo, relaciones entre proveedores y pacientes, Viet Nam.*

LOGRAR que el aborto sea seguro juega un rol importante en la salud y bienestar de las mujeres. Sin embargo, una amplia proporción de esa población en el mundo, especialmente en los países en desarrollo, no accede aún a servicios de atención de aborto de buena calidad.[1–3] En Vietnam, el aborto es legal y disponible a solicitud desde 1960.[4] La tasa de aborto empezó a crecer a principios de la década del 80, lentamente al inicio y luego rápidamente hacia fines de la misma década[5] con la consiguiente disminución en la tasa global de fecundidad, de 4.0 en 1987 a 1.9 en 2002.[6] A mediados de los 90, Vietnam tenía una de las tasas de aborto más altas del mundo, 83 por 1 000 mujeres en edad reproductiva.[7] Dicha tasa estaba asociada a: escasas opciones de métodos anticonceptivos modernos, una elevada tasa de falla del DIU, una estricta política de población[8] y a menudo negligencia en la consejería y provisión de anticoncepción post-aborto, que podría haber evitado nuevos abortos en algunas mujeres.[4] A diferencia de otros países con situaciones similares, la información sobre el aborto ha sido registrada meticulosamente e incluso exagerada en Vietnam a fin de obtener una mayor asignación de antibióticos.[8] De esta manera, es posible que la tasa de aborto en Vietnam entre los años 80 y 90

no haya sido mucho más alta que en otros países que presentan un similar descenso acelerado en la fertilidad. Actualmente, este descenso se ha estabilizado; en el 2002, la tasa de aborto había disminuido a 60 por 1 000 mujeres entre 15 y 44 años.[6]

El gobierno de Vietnam reconoce que la calidad de atención es un aspecto importante de los servicios de aborto. La necesidad de una atención de calidad fue reconocida oficialmente por el Programa de Salud Reproductiva en 1994, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. La Estrategia Nacional de Atención en Salud Reproductiva del año 2000 tenía también el objetivo de garantizar el acceso de todas las mujeres a servicios de salud reproductiva de alta calidad para el año 2010. La estrategia incluye reducir en un 25% las gestaciones no deseadas y mejorar la calidad, de manera que el 90% de las mujeres que buscan servicios de aborto reciban información y consejería en salud reproductiva y anticoncepción.[9] Las primeras Normas y Directrices Nacionales para los Servicios de Salud Reproductiva fueron elaboradas en el 2002, y enfatizan el derecho de las mujeres a la información y a un trato respetuoso dentro del sistema de salud pública.[10]

Adicionalmente, el Ministerio de Salud ha establecido una alianza con Ipas, para implementar una atención de alta calidad del aborto, centrada en las mujeres, a través del proyecto de Atención Integral del Aborto en cuatro hospitales provinciales hasta la fecha.* El proyecto se enmarca en las Normas y Directrices Nacionales para el Aborto Seguro, que subraya la importancia de utilizar técnicas de aborto seguras, así como la consejería y la prevención de infecciones. Una de las prioridades del proyecto fue reemplazar la dilatación y curetaje (D&C) por la aspiración por vacuum para los procedimientos realizados en el primer trimestre, asegurando la disponibilidad de la aspiración manual al vacío (AMV) y garantizando un abastecimiento regular del kit de AMV. Esto ha dado como resultado significativo una mejora técnica en la atención del aborto en el hospital Phu-San de Hai Phong, Vietnam septentrional.[11] Para estudiar en mayor profundidad la calidad de la atención del aborto en el hospital Phu-San, nos centramos en las relaciones proveedor-paciente y en la provisión de información y consejería, dos aspectos de la calidad de atención a menudo olvidados.

Ámbito de estudio

El Hospital Phu-San brinda atención materna, incluyendo servicios de aborto, a cerca de 500 mil mujeres. Tiene dos departamentos que brindan servicios de aborto y planificación familiar: el Departamento de Servicios sujetos a pago ("Dich vu") y el Departamento de Planificación Familiar. En este último fue donde se implementó el proyecto de Atención Integral del Aborto en el año 2003, y donde se realizó este estudio. El equipo que trabaja en la clínica incluye cinco médicos y nueve obstetrices. Los médicos realizan los abortos inducidos; la consejería la brinda generalmente una enfermera que ha sido capacitada por el proyecto, pero también algunos médicos y obstetrices de manera rotativa.

Una evaluación de necesidades previa a la implementación del proyecto de Atención Integral del Aborto encontró que el establecimiento estaba pobremente equipado y carecía de espacio y privacidad. Más aún, el equipo de salud no brindaba a las mujeres consejería anticonceptiva post-aborto ni información sobre prevención de infecciones.[12] Después de la evaluación de necesidades, el proyecto se centró en: capacitar a los proveedores en AMV (aspiración manual al vacío), mejorar la consejería y la prevención de infecciones, monitorear los servicios y la capacitación y otros aspectos de la atención integral.[11]

Como parte de la atención del aborto, el Departamento de Planificación Familiar debía proporcionar dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos inyectables post-aborto. Si la mujer deseaba otro método era derivada a una clínica materno-infantil y de planificación familiar. Los condones y la espuma vaginal debían ser adquiridos en una farmacia. Durante el periodo de estudio se puso a disposición los anticonceptivos orales y los condones para permitir que las mujeres dejaran el hospital con el método de su preferencia. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, no hubo disponibilidad de DIU al principio del estudio.

Métodos

Se utilizó un enfoque cuantitativo y cualitativo combinado. La población de estudio comprendió a las 811 mu-

* Este proyecto en Hanoi, ciudad de Ho Chi Minh, provincias de Đong Nai y Hai Phong, documenta las estrategias y desafíos que supone ampliar la escala de las actividades de atención del aborto y su impacto sobre la calidad, el costo y la efectividad. Los médicos y otros proveedores fueron entrenados en el uso de la AMV; se brindó apoyo para establecer normas vinculadas al sistema de registro y a prácticas estándar como la prevención de infecciones; y se introdujo el aborto médico y métodos más seguros para realizar el aborto en el segundo trimestre a nivel terciario, provincial, distrital y comunal en el sistema de salud. En 2001, el proyecto fue implementado en las dos instituciones más grandes, la Institución para la Protección de la Madre y el Recién Nacido y el Hospital de Tu-Du Ob-Gyn, y en 2003, en los hospitales de Hai Phong y Đong Nai Ob-Gyn.[11]

jeres que buscaron servicios de aborto entre el primero de diciembre de 2003 y el treinta de abril de 2004. De ellas, 748 se sometieron a abortos quirúrgicos y fueron invitadas a participar en una encuesta de tres partes, utilizando cuestionarios estructurados. La primera parte se realizó después de recibir la consejería y antes del procedimiento; la segunda, después que la mujer se hubiera recuperado del aborto, y la tercera entre dos y tres semanas después de haber sido dada de alta, cuando volvía para su control. La primera parte fue respondida por las 748 mujeres y cubría su situación socioeconómica y su historia reproductiva. La segunda parte se centró en la calidad del servicio, las actitudes de los proveedores y la calidad de la consejería, así como en las intenciones respecto a la anticoncepción post-aborto. Veinticinco mujeres no participaron en la segunda parte debido a que se sentían muy débiles o tenían demasiado dolor como para responder. De las 723 mujeres que sí participaron en la segunda parte, 701 asistieron también a la tercera, que estaba centrada en la anticoncepción post-aborto, síntomas de infección al tracto reproductivo y tratamiento.

La data fue ingresada dos veces, por dos operadores distintos, usando el programa Epi Data 3.0 de la Sociedad Danesa de Salud Pública, Dinamarca. Se comparó los dos conjuntos de datos y se corrigió las inconsistencias. Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 13.0) para el análisis estadístico.

De las 748 mujeres que participaron en la encuesta inicial, 20 fueron seleccionadas para las entrevistas en profundidad tomando en cuenta la diversidad de sus características demográficas. Se les aseguró que la entrevista se llevaría a cabo después de que se hubieran realizado el aborto, fuera del hospital, en un ambiente informal. Estas entrevistas se centraron en el nivel de satisfacción de las mujeres respecto al servicio, la calidad de la información y consejería ofrecidas y sobre las competencias del equipo de salud. Para asegurar la confidencialidad, el lugar y hora de las entrevistas fueron establecidos por las entrevistadas. Alrededor de la mitad eligió su propio hogar, las demás entrevistas se llevaron a cabo en cafés o en la casa de la doctora My Huong Nguyen, una de las autoras de este artículo. Todas las entrevistas fueron conducidas y grabadas por ella, y por lo tanto transcritas en idioma vietnamita. La codificación de los datos fue determinada por la guía de entrevista; los segmentos transcritos fueron clasificados según el tema de discusión. Adicionalmente, la misma autora mantuvo discusiones informales con cinco médicos y dos enfermeras durante las horas de almuerzo y después del trabajo para obtener la perspectiva de los proveedores acerca de la calidad de atención.

Las observaciones participantes también fueron realizadas por la doctora My Huong Nguyen, utilizando un enfoque inspirado en el modelo de evaluación de la calidad de atención de Donabedian y Bruce.[13,14] Las observaciones cubrieron un amplio rango de actividades de comportamiento, tales como la competencia técnica del equipo y la interacción con las mujeres que se sometían a un aborto. Se realizaron cien observaciones participantes en cada etapa del aborto: consejería pre-procedimiento, al momento de preparar los instrumentos e insumos, y durante la fase de finalización y recuperación. Las observaciones fueron registradas en un formato estructurado y se aplicó un sistema de puntuación vinculado a si la actividad no había sido observada, lo fue sólo parte del tiempo o en todo momento.

Todas las mujeres fueron informadas de los objetivos del estudio y de la naturaleza voluntaria de su participación. Se garantizó la confidencialidad y anonimato y se obtuvo un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Copenhague.

Resultados

La edad promedio de las 748 mujeres fue de 29 años (rango 17–51) (Tabla 1), y aproximadamente un tercio eran solteras. El número promedio de hijos fue de 1.6; el número promedio de embarazos, 3.1 (rango 1–11); el número promedio de abortos, 1.9 (rango 1–9), y de partos, 1.1. La mayoría de los abortos (93%) se realizó en el primer trimestre de la gestación.

Interacciones proveedor-paciente

En la encuesta, 92% de las mujeres señalaron que habían sido tratadas con respeto por el personal de salud (Tabla 2). En contraste, en las entrevistas en profundidad manifestaron que existía una pobre interacción con los proveedores; las mujeres sentían a menudo que eran tratadas con poca cortesía. Sin embargo, no expresaban su insatisfacción, y aceptaban en silencio las actitudes del personal por temor a que las quejas afectaran la calidad de atención. Las siguientes palabras muestran claramente el fastidio que sintió una mujer cuando la médica que la atendía abandonó la sala para conversar con su colega:

"*Estoy fastidiada de tener que esperar tanto tiempo, pero simplemente no me atreví a preguntarle en ese momento porque temía que me echara la culpa por interrumpirla. Pensé que era mejor esperar hasta que volviera.*" (En profundidad 12)

Tabla 1. Características de las mujeres con acceso a servicios de aborto que fueron encuestadas (n=748)

	Número	%
Edad		
<24	225	31.1
25-29	200	26.7
30-34	140	18.7
35-39	104	13.9
40+	79	10.6
Promedio	29.3 (SD 7)	
Estado civil		
Soltera	213	28.5
Casada	535	71.5
Educación		
Primaria	21	2.8
Secundaria	172	23.0
Escuela superior	475	63.5
Universitaria/vocacional	80	10.7
Residencia		
Urbana	560	74.9
Rural	188	25.1
Uso anticonceptivo		
Usado antes	565	75.5
Nunca usado	183	24.5
Número promedio de embarazos	3.1 (SD 1.8)	
Número promedio de partos	1.1 (SD 0.89)	
Número promedio de abortos	1.9 (SD 1.17)	

La cultura de atención en salud en Vietnam ubica al paciente en una posición subordinada con respecto a los proveedores. Así, éstos permitían que se les interrumpiera por asuntos privados, que consideraban más importantes que las necesidades de las mujeres que estaban atendiendo, incluso cuando se preparaban para un examen pélvico o durante la consejería:

"*A veces desaparezco por un cuarto de hora o media hora. En realidad, no tengo nada que hacer, pero ésta es la forma como nosotros [el personal de salud] les hacemos saber quién es superior aquí. Más aún, nuestras amistades son más importantes que las pacientes*". (Doctor T., conversación informal)

Sin embargo, las mujeres tampoco esperaban algo mejor. Sus expresiones de respeto por el personal parecían reflejar fundamentalmente su satisfacción por las habilidades técnicas de los proveedores. Para ellas, estas habilidades y la ausencia de complicaciones eran más importantes. Tendían a ignorar lo que se ha denominado competencia cultural, es decir, la combinación de conocimientos, habilidades clínicas y comportamiento, que lleva a resultados positivos en la atención de los pacientes.[15] Su principal interés era acabar con el embarazo en forma segura y rápida, y prestaban menos atención a otros aspectos. De la misma manera, el personal de salud tendía a considerar la calidad de atención básicamente como una cuestión de competencia técnica. Incluso al ser inducidos, sólo un médico reconoció las relaciones interpersonales como un elemento de la calidad de atención.

Las observaciones de las participantes respaldan estos hallazgos. La mayoría de las mujeres eran recibidas

Tabla 2. Opinión de las mujeres encuestadas sobre la calidad de la atención del aborto

Indicadores de calidad de atención	Número	%
Trato del personal de salud (n=732)		
Respetuoso	676	92.3
Indiferente	1	0.1
Otro	55	7.5
Información dada durante la consejería (n=732)		
Posibles complicaciones post-aborto	610	83.3
Métodos anticonceptivos	605	82.6
Comprensión de las complicaciones post-aborto (n=610)		
Completa	366	60
Parcial	244	40
Comprensión de los métodos anticonceptivos (n=605)		
Completa	332	54.9
Parcial	273	45.1
Querían hacer más preguntas (n=732)		
Sí	226	30.9
No	506	69.1
Hicieron preguntas sobre (n=223)		
Condición de salud post-aborto	21	9.3
Reproducción post-aborto	81	35.8
Complicaciones del aborto	108	48.4
Planificación familiar post-aborto	160	70.8

Recuadro 1. Indicadores de calidad de atención medidos durante las observaciones participantes

Actividades	Puntaje
Guiadas hacia	
Muestra de orina para prueba de embarazo	Mayoría sí[a]
Ecografía	Mayoría sí
Examen ginecológico	Probablemente no[b]
Asistencia a sesión de consejería	Probablemente no
Descanso en la sala de recuperación	Probablemente no
Consejería post-aborto	Probablemente no
Evaluación de salud antes del alta	Probablemente no
Apoyo durante la consejería	
Se presentó ante la mujer	Rara vez[c]
Usó un lenguaje claro y simple	Rara vez
Discutió el riesgo de la mujer de quedar embarazada de no utilizar anticoncepción	Rara vez
Proporcionó información sobre el procedimiento de aborto	Rara vez
Discutió la disponibilidad, beneficios y riesgos de los métodos anticonceptivos	Rara vez
Ofreció a la mujer elegir entre diferentes métodos anticonceptivos	Mayoría sí
Explicó cómo usar el método	Mayoría sí
Explicó posibles efectos secundarios del método	Mayoría sí
Proporcionó información sobre infección post-aborto y prevención	Rara vez
Oportunidad de expresar inquietudes y hacer preguntas	
La consejería fue una conversación de doble vía	Rara vez
Mostró interés y preocupación por la mujer	Rara vez
Alentó a la mujer a hablar acerca de por qué estaba embarazada	Rara vez
Oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento del aborto	Rara vez
Oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos anticonceptivos	Mayoría sí
Preguntó a la mujer si tenía alguna preocupación o preguntas	Mayoría sí

a Mayoría sí indica 70% o más
b Probablemente no indica sólo 10-20% del tiempo
c Rara vez indica menos de 5% del tiempo

de manera indiferente. No había señales en las paredes que las orientaran adónde tenían que ir. A menudo, el personal de salud atropellaba y regañaba a las mujeres acusándolas de provocar el caos y desorden en el departamento.

El recuadro 1 muestra los indicadores de calidad de atención medidos y la frecuencia de las observaciones. Una tercera parte de las mujeres no recibió ninguna información o soporte durante el procedimiento del aborto, y el resto sólo recibió información parcial (no se muestra la data). Sólo el 5% de las mujeres recibió alguna asistencia del personal para llegar a la sala de recuperación; la mayoría tuvo que apoyarse en sus familiares. Con frecuencia, el personal tampoco expresó ninguna empatía hacia ellas. Más aún, el personal no estuvo presente en la sala de recuperación durante ninguna de las observaciones, y no se examinó la condición de ninguna de las mujeres antes de ser dadas de alta.

Privacidad y dignidad

La mala relación interpersonal puede explicarse parcialmente por la restricción de espacio en la clínica que incluso podía impedir la privacidad durante el examen pélvico o la consejería. Adicionalmente, las mujeres eran ambivalentes frente al hecho de tener que desnudarse delante de otros. Consideraban que esto era "normal" porque "ésta es una clínica de aborto, no una clínica de salud general, así que todas tienen que hacer lo mismo". Pero al mismo tiempo, muchas se sentían avergonzadas:

"*¿No es vergonzoso?... nosotras somos seres humanos y mujeres, no cosas que uno puede tirar al suelo como el arroz para que se seque al sol (pho'i lúa). Pero ¿qué puedo hacer? No puedes expresar públicamente tu vergüenza; el personal de salud y las otras mujeres se burlarían de ti por tratar de guardar las apariencias (giu sı dien). Después de todo, todas tienen que hacer lo mismo. Lo único que podía hacer era pretender que todo estaba bien.*" (En profundidad 5)

Información y consejería sobre anticoncepción post-aborto

La data cuantitativa muestra que la mayoría de las mujeres recibió información sobre complicaciones del aborto y métodos anticonceptivos como parte de la consejería previa al procedimiento del aborto. Sin embargo, sólo la mitad reportó haber entendido completamente la información, y la tercera parte expresó su deseo de conocer más sobre temas vinculados al aborto (Tabla 2).

Tabla 3. Método anticonceptivo: intención de uso, método preferido, uso real y método usado por las mujeres encuestadas

Intención de usar un método	Número (n=732)[a]	%	Usa un método	Número (n=701)	%
Sí	627	83.8	Sí	354	83.8
No	82	10.9	No	347	10.9
No decidida aún	23	3.1			3.1
Método preferido	**Número (n=627)[b]**	**%**	**Método utilizado**	**Número (n=354)**	**%**
DIU	133	21.2	DIU	7	21.2
Píldora oral	83	13.2	Píldora oral	32	13.2
Condones	373	59.5	Condones	279	59.5
Otros métodos modernos[c]	19	2.9	Otros métodos modernos	9	2.9
Métodos naturales[d]	19	3.1	Métodos naturales	26	3.1

a Total de respondientes en la segunda encuesta
b Total de respondientes en la tercera encuesta
c Píldoras de emergencia, espuma vaginal, DMPA y esterilización
d Retiro y ritmo

Después de la entrevista inicial, el 84% dijo que tenía la intención de usar anticonceptivos pero sólo la mitad estaba aplicando algún método en la visita de seguimiento. Más aún, había una diferencia entre el método por el que habían expresado una preferencia y el método que estaban usando (Tabla 3). Por ejemplo, muchas mujeres habían expresado su preferencia por el DIU, pero muy pocas en realidad lo estaban usando (2%). En el caso del condón, igualmente, más mujeres expresaban su preferencia por él, aunque lo usaban en un porcentaje menor (78%).

Si bien las mujeres pensaban que la información sobre anticoncepción post-aborto era importante, muchas mencionaron que no se les ofreció la oportunidad de hacer preguntas o expresar dudas para tomar una decisión informada. De ese modo, no importaba si recibían o no consejería, así que no prestaron mucha atención durante la sesión. Incluso, a pesar de su necesidad por obtener mayor información sobre problemas ginecológicos, se sintieron renuentes a hacer preguntas:

"*… Me hubiera gustado que el médico o en la consejería me hubieran dicho más acerca de 'mi enfermedad' pero no lo hicieron. Una vez hice una pregunta pero la forma como me respondieron me quitó el entusiasmo. Preferiría visitar a un médico privado, donde puedo preguntar*". (En profundidad 16).

La mayoría de las mujeres quería información sobre anticonceptivos que contemplara su situación específica y su experiencia anticonceptiva previa. En vez de ello, la información era idéntica para todas. Así, la consejería era percibida como tediosa:

"*No hay nada nuevo. Yo también puedo nombrar estos métodos de planificación familiar porque he escuchado al promotor de planificación familiar hablar de ellos en mi comuna. No sé cómo funcionan ni qué efectos secundarios tienen, y no me lo dijeron en la consejería*". (En profundidad 4).

"*Fue una presentación aburrida. ¿Sabes?, la enfermera sólo hacía su trabajo… habló de planificación familiar pero muy vagamente. No recuerdo lo que me dijeron*". (En profundidad 2).

El personal de salud también se quejó de las sesiones de consejería. Muchos de ellos sentían que tenían pocas habilidades para la consejería, materiales inadecuados, restricciones de tiempo y falta de apoyo de los supervisores. También sentían falta de interés de parte de las mujeres. Consideraban que la consejería no era parte de la atención del aborto, sino una actividad extra que no querían realizar, aunque reconocían la importancia del uso de anticonceptivos. Tampoco les gustaba que la

consejería fuese rotatoria y muchas enfermeras dijeron que preferirían no hacer la consejería anticonceptiva:

"*… la única información disponible sobre aborto y planificación familiar que puedo usar para la consejería son estos materiales de lectura de un curso de capacitación al que asistí hace algunos meses… No estoy segura de que podría responder a todas las preguntas de las mujeres… Y estoy harta de las que sólo se sientan a escucharme sin prestar ninguna atención, y son muchas… Yo sólo trato terminar lo más pronto posible*". (P., consejera)

Las observaciones arrojaron un cuadro similar. Aunque se ofrecía rutinariamente a las mujeres la oportunidad de expresar sus preocupaciones, muy pocas lo hicieron y muchas aceptaban rápidamente un método. Ello puede explicar la diferencia entre la intención manifiesta y el uso del método. Más aún, un gran número de mujeres que había solicitado un DIU dejó la clínica sin él, debido a que ni el consejero ni la mujer se lo mencionaron al médico que realizaba la inserción.

Tabla 4. Profilaxis antibiótica post-aborto, síntomas vaginales y tratamiento en mujeres encuestadas (n=732)

	Número	%
Prescripción de antibióticos post-aborto y cómo tomarlos	732	100
Experimentó síntomas vaginales post-aborto (n=701)		
Sí	214	30.7
No	487	69.3
Ocurrió un problema vaginal (n=214)		
Dentro de la primera semana	72	33.6
Después de dos semanas	142	66.4
Visitó una clínica para control ginecológico (n=214)		
Sí	24	11.2
No	190	88.8
Razones por las cuales no visitó una clínica (n=190)[a]		
Problema menor	47	30.7
No tuvo tiempo	68	35.8
Automedicación	20	10.5
Esperó al control de seguimiento	75	38.9

Prevención de infecciones post-aborto

El estudio cuantitativo reveló que a todas las encuestadas se les había prescrito antibióticos profilácticos y se les había indicado cómo tomar la medicina (Tabla 4). En la entrevista durante el seguimiento, un tercio dijo que había tenido síntomas post-aborto tales como irritación o flujo vaginal, pero sólo el 11% había buscado atención profesional. Entre las que tuvieron síntomas, cerca de un tercio consideró que éstos eran menores y que no requerían atención, mientras que el 10% se automedicó remedios que no precisaban receta médica. Algunas veces, los problemas para obtener el dinero que les permitiera comprar los antibióticos recetados hicieron que las mujeres desplegaran su creatividad:

"*Compré los antibióticos que me recetaron. El primer día tomé la medicina como me la indicaron y escuché (xem xét) la reacción de mi cuerpo. Si el flujo (vaginal) parecía normal, dejaba de tomarla y guardaba el resto por si mis hijos se enfermaban*". (En profundidad 16)

El personal de salud advertía que la falta de manejo de las infecciones al tracto reproductivo (ITR), muy comunes entre las mujeres vietnamitas, era una significativa debilidad en la clínica. Sin embargo, no utilizaban la sesión de consejería para informar a las mujeres acerca de las ITR o la infección post-aborto. Más aún, muchos de ellos pensaban que no era adecuado realizar exámenes de diagnóstico de ITR, porque casi todas las mujeres las tenían y que bastaba con recetarles antibióticos de amplio espectro para prevenir cualquier infección:

"*Es ridículo pedirles a estas mujeres que se hagan un diagnóstico de ITR porque casi 99%, si no el 100%, de las que buscan un aborto ya tienen una ITR*". (Médico, conversación informal)

"*… Se prescribe antibióticos para prevención de una infección secundaria a las pacientes que se someten a un aborto, que son antibacteriales y derivados de imidazol. Estos antibióticos curan adecuadamente las infecciones pre y post-aborto*". (Microbiólogo, conversación informal)

La observación de las participantes respaldó estos comentarios. La consejería sobre estos temas era mínima. La información sobre síntomas de ITR identificados durante el examen pélvico era registrada en la historia clínica pero raramente compartida o discutida con la mujer, ni se le daba información para la prevención. Aunque los afiches y folletos proporcionaban alguna información so-

MY HUONG NGUYEN

Family planning providers discussing pelvic exam results in front of other women, Phu-San Hospital

bre las ITR, no siempre estaban disponibles y en algunos casos estaban desactualizados, por ejemplo, un folleto describía la ducha vaginal como una estrategia preventiva aceptable. El formulario impreso de consentimiento informado que las mujeres debían leer y firmar mencionaba el riesgo de infección vinculada al aborto, pero estaba escrito en un lenguaje técnico, no adecuado para una fácil comprensión, y tampoco brindaba información acerca de qué hacer en caso de presentar síntomas.

Discusión

Seis meses después de que muchos aspectos de la atención del aborto en el hospital mejoraran gracias al proyecto de Atención Integral del Aborto, se encontró una deficiente calidad de atención en la relación proveedor-paciente, en la provisión de información y consejería anticonceptiva. Al parecer la raíz de estos problemas está fundamentalmente en la cultura médica pero también en las creencias, valores y hábitos sociales. La cultura de atención en salud coloca a las mujeres en una situación de resignación y sumisión, que se agrava por la falta de conciencia sobre sus derechos como pacientes, el más elemental de todos: el derecho a preguntar.

Las respuestas de las mujeres a temas sensibles en el cuestionario estructurado pueden haber sido afectadas por un "sesgo de cortesía"[16] es decir que hayan respondido según lo que consideraban socialmente aceptable. Tal vez, culturalmente, pueden haber tenido expectativas tan bajas que, sin importar el nivel de atención que recibieran, éste hubiera satisfecho o incluso excedido sus expectativas.[17–20] De esta manera, expresaron una satisfacción general con los servicios ofrecidos a pesar de la insatisfacción por la falta de privacidad, o por no poder hacer preguntas u obtener la información o método anticonceptivo que querían.

En muchos contextos de atención de salud reproductiva, se brinda a menudo menos atención a la atmósfera sociocultural que a las habilidades clínicas.[18] Más aún, la cultura vietnamita está aún influenciada por los principios del Confucianismo, según los cuales la armonía, el deber, el honor, el respeto, la educación y la lealtad a la familia y la sociedad se consideran valores centrales. La influencia del Confucianismo combinada con los valores del socialismo han dado como resultado una devaluación de la autonomía, que ha contribuido en parte a lo que se denomina "resignación cultural" (*cam chiu*) con relación a la vida cotidiana.[21] Esto, junto a la actual práctica centrada en el proveedor del sistema de salud pública en Vietnam,[22] afecta en gran medida las experiencias de las

mujeres en la atención de salud,[23] dado que son tratadas como subordinadas que no pueden cuestionar nada. Así, su silencio es percibido como un signo de comportamiento virtuoso y de cumplimiento de su deber social.

Durante los años 1954–1986, antes de las reformas económicas (*Doi moi*), los proveedores de salud del sistema de salud pública eran representantes del gobierno que tenían la responsabilidad de cuidar bien al pueblo. Como resultado, el sistema de salud pública en Vietnam mejoró notablemente, en especial en las últimas décadas.[24] Sin embargo, la salud pública subsidiada y la restricción de los servicios privados por más de 30 años, dieron al personal de salud una gran autoridad y privilegios, que han tendido a mantenerse. Dice un proverbio vietnamita que "para cruzar el río dependes del barquero" (*qua song thı phai luy˙ do*). Aplicado a este tema, podría decirse que quienes buscan atención en los servicios de salud pública deben ganar el favor del personal de salud y depender de su buena voluntad. Esta situación no promueve una cultura de derechos del paciente sino una de "pedir y dar permiso" (*co che xin–cho*) que se ha vuelto gradualmente parte de la cultura vietnamita cotidiana, y funciona ampliamente en cada uno de los sectores de servicios del gobierno, educación, cultura, economía y salud. ¿Cómo lograr, entonces, que el "barquero" se vuelva cariñoso y comprensivo para mejorar aún más la atención de las mujeres en casos de aborto?

En otros contextos, se ha demostrado que las mejoras en la calidad de los servicios de anticoncepción de las clínicas de aborto incrementan notablemente el uso de anticoncepción post-aborto.[25–27] A pesar del bajo nivel del uso de métodos anticonceptivos y de la falta de información sobre anticoncepción, ITR e infección post-aborto, la información y consejería no eran consideradas prioritarias por las mujeres ni por los proveedores de este hospital. La falta de capacitación y recursos para proporcionar una consejería de calidad contrastaba con las habilidades técnicas de los proveedores, área en la que se encontró un alto nivel de competencia.[11] Sin embargo, sin considerar si las mujeres tenían síntomas de ITR o infección post parto, el personal de salud recetaba antibióticos profilácticos a todas las que se habían sometido a un aborto, y no subrayaba la importancia de tomar la dosis completa, tampoco lo verificaba a pesar de que en la práctica las mujeres no siempre lo hacían

Para mejorar la atención del aborto en establecimientos de salud pública como el Hospital Phu-San en Hai Phong, la provisión de información sobre salud reproductiva y derechos a nivel de la comunidad ayudaría a empoderar a las mujeres para que puedan hacer preguntas y vencer la "resignación cultural". Se requiere programas de capacitación para proveedores de servicios de aborto y estudiantes de medicina, que integren a las habilidades clínicas, habilidades de comunicación y consejería, y aborden los factores culturales que dificultan que el personal de salud y las mujeres interactúen en forma equitativa. Adicionalmente, se requiere información, recursos, y disponibilidad de toda la gama de métodos anticonceptivos de manera que los proveedores puedan ofrecer anticoncepción post-aborto acorde a las necesidades de las mujeres. Finalmente, pero no menos importante, debería establecerse un sistema de supervisión que ofrezca soporte con el fin de asegurar que el personal de salud capacitado realice sesiones de información y consejería de alta calidad.

Situation Analysis of Quality of Abortion Care in the Main Maternity Hospital in Hai Phong, Viet Nam
Reproductive Health Matters 2007;15(29):172–182

Referencias

1. Huntington D. Meeting women's health care needs after abortion. Program Briefs 1. Washington DC7 Population Council/Frontiers, 2000.
2. Benson J, Gringle R, Winkler J. Preventing unwanted pregnancy: management strategies to improve post-abortion care. Advances in Abortion Care 1996; 5(1):1–8.
3. Mclnerney T, Baird TL, Hyman AG, et al. A guide to providing abortion care. Technical Resources for Abortion Care. Chapel Hill NC7 Ipas, 2001.
4. World Health Organization. Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues. Expanding options in reproductive health. WHO/RHR/HRP/ITT/99.2. Geneva7 WHO, 1999.
5. Johansson A. Dreams and dilemmas: women and family planning in rural Viet Nam. PhD thesis, Karolinska Institutet. Stockholm, Sweden, 1998.
6. Viet Nam National Committee for Population Family and Children. Viet Nam Demographic and Health Survey 2002. Hanoi7 VCPFC, 2003.
7. Henshaw SK, Singh S, Haas T. Recent trends in abortion rates worldwide. International Family Planning Perspectives 1999; 25(1):44–48.
8. Nghı˜a DT, Khe^´ ND. Viet Nam abortion situation. Country report. International conference on Expanding Access: Mid-level Providers in Menstrual Regulation and Elective Abortion Care. Kwa Maritane Lodge, 3–6 December 2001.
9. Viet Nam Ministry of Health. National Strategy on Reproductive Health Care for the Period 2001–2010.

Hanoi7 VMOH, 2003.
10. Viet Nam Ministry of Health. National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services. Hanoi7 VMOH, 2003.
11. Ipas. Ipas in Viet Nam: a country report. 2005. At: <www.ipas.org/english/research/current_research.asp#Asia>. Accessed 9 September 2006.
12. Ipas. Needs assessment of abortion care. Hanoi7 Ipas Viet Nam, 2003.
13. Donabedian A. Selecting Approaches to Assessing Performance. Oxford7 Oxford University Press, 2003.
14. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Studies in Family Planning 1990;21(2):61–91.
15. Hall GG. Culturally competent patient care.Aguide for providers and their staff. 2001. At: < www.myapipa.com/provcc.htm>. Accessed 9 September 2006.
16. Ruth RE, Bertrand JT. Monitoring quality of care in family planning programs: a comparison of observations and client exit interviews. International Family Planning Perspectives 2001;27 (2):63–70 At: <www.guttmacher.org/pubs/journals/2706301.html>. Accessed 1 August 2006.
17. Williams T, Schutt-Aine´ J, Cucca Y. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. International Family Planning Perspectives 2000;26(2):63–71.
18. Wilde B, Larsson M, Larsson G, et al. Patients' views on quality of care: a comparison of men and women. Journal of Nursing Management 1999;7(3):133–39.
19. Thaˇ´ng NM, Johnson R, Landry E, et al. Quality of contraceptive and abortion services at three sites in Viet Nam. Hanoi7 Statistical Publishing House, 1998.
20. Nhaˆn VQ, Mai LTP, Haˆ`u NT, et al. A situation analysis of public sector reproductive health services in seven provinces of Viet Nam. Hanoi7 Population Council Viet Nam, 2000. p.90.
21. Schafer JC. Cultural background: religion, language, myths, legends. In: Schafer JC, editor. Vietnamese Perspectives on the War in Viet Nam. New Haven7 Yale University Council on Southeast Asia Studies, 1997. At: <www.yale.edu/seas/bibliography/chapters/chap6.html>. Accessed 26 August 2006.
22. Đa˙t DV, Binns CW, Lee AH, et al. Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Viet Nam. International Journal for Quality in Health Care 2004;16(6):447–52.
23. Whittaker M. Rights and realities: Vietnamese women speak. Sydney7 Medical Women's International Association, 1997.
24. Segall M, Tipping G, Lucas H, et al. Economic transition should come with a health warning: the case of Viet Nam. Journal of Epidemiology and Community Health 2002; 56(7):497–505.
25. Tabbutt-Henry J, Graff K. Client provider communication in post-abortion care. International Family Planning Perspectives 2003;29(3):126–29.
26. Solo J, Billings DL, Aloo-Obunga C, et al. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. Studies in Family Planning 1999;30(1):17–27.
27. Rasch V, Massawe S, McHomvu Y, et al. A longitudinal study on different models of postabortion care in Tanzania. Acta Obstetetricia et Gynecologica Scandinavica 2004;83(6): 570–75.

MY HUONG NGUYEN

The post-abortion recovery room, Phu-San Ho

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(29 Supplement):27–45
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 29032-9

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Los derechos a la salud sexual y reproductiva de las personas VIH positivas: paternidad y maternidad

Aluisio Cotrim Segurado,[a] Vera Paiva[b]

a Departamento de Enfermedades Infecciosas, Escuela de Medicina, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil. E-mail: segurado@usp.br
b Instituto de Psicología. Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.

Resumen: *En muchas regiones del mundo, la mayoría de las infecciones por VIH son transmitidas sexualmente o en asociación con el embarazo, el parto o la lactancia, por lo cual es esencial que las iniciativas de salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA se refuercen mutuamente. Muchas personas que viven con VIH y que gozan de buena salud van a querer hijos. Una terapia antirretroviral muy activa les brinda a las personas que viven con SIDA la posibilidad de concebir nuevos proyectos de vida, como la paternidad, una vez recobran su salud. Sin embargo, aún deben tomar decisiones difíciles respecto a la sexualidad, los deseos de paternidad y la vida en familia. Los aspectos estructurales, sociales y culturales, así como la falta de apoyo programático, obstruyen el goce del derecho a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y el apoyo para tener una familia. Este artículo trata sobre el continuo de atención implicada en la paternidad de las personas seropositivas, desde el embarazo hasta los cuidados de bebés y niños, y expone ejemplos basados en evidencia de políticas y programas que integran las intervenciones de salud sexual y reproductiva a la atención del VIH/SIDA a fin de apoyar la paternidad. El centrarse en la paternidad de las personas que viven con VIH y son afectadas por éste, es decir, centrarse en la pareja y no en la mujer como la unidad de cuidados, la persona o la pareja de adultos responsables de criar a los hijos, sería un avance programático innovador. El trascender la atención a la salud materno-infantil para proporcionar cuidados y apoyo a los padres y otros responsables de criar a los niños es especialmente pertinente para las personas que viven con infección por VIH.*

Palabras Clave: *VIH/SIDA, paternidad y maternidad, cuidado pre natal, cuidados durante el parto, cuidados después del parto, cuidado infantil, alimentación.*

En muchas regiones del mundo, la mayoría de las infecciones por VIH se transmiten por vía sexual o en asociación con el embarazo, el parto y la lactancia, razón por la cual es esencial que las iniciativas de salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA se refuercen mutuamente. La mayoría de las mujeres y hombres que viven con VIH están en edad reproductiva y enfrentan difíciles decisiones respecto a su sexualidad, deseos de paternidad y vida en familia.

La infección del VIH afecta la manera en la que hombres y mujeres experimentan la paternidad. Tiene un impacto negativo sobre su capacidad para tener hijos, relacionado no sólo con aspectos psicosociales como el estigma, la discriminación y la disminución de la actividad sexual, sino también con el impacto clínico de la infección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en la fertilidad.[1,2] Recientemente, la disponibilidad de la terapia antirretroviral altamente activa (TARGA) y de intervenciones para prevenir la transmisión madre-hijo (PTMH), en un mayor número de países ha cambiado considerablemente la perspectiva de vida de las personas con VIH, creando la posibilidad de nuevos proyectos de vida, incluyendo la paternidad.[3–6]

Las condiciones estructurales, sociales y culturales, así como la existencia o ausencia de políticas y soporte programático, pueden afectar el acceso a la atención de salud y la formación de la familia. Estas barreras no se restringen a contextos de recursos limitados. Mujeres y hombres experimentan desafíos similares en los países

donde existe disponibilidad de antirretrovirales, que incluyen la falta de información para una gestación segura y la PTMH, actitudes negativas hacia la posibilidad de que las personas seropositivas tengan hijos, y problemas para acceder a abortos seguros y legales.[7,8] A nivel mundial, los principales elementos que afectan las elecciones reproductivas de las mujeres y hombres que viven con VIH son las diferencias en la provisión de atención calificada, la infraestructura de servicios y recursos humanos, la disponibilidad de consejería y despistaje voluntario (CDV), el acceso a condones, anticonceptivos, medicación y TARGA.

La infección de VIH ha sido asociada con promiscuidad sexual, desorganización familiar y uso de drogas, dimensiones de la vida que son consideradas "desviaciones incurables".[7] Más aún, las definiciones históricas y culturales de la paternidad y reproducción como asuntos de mujeres pueden también influir en la organización de los servicios de prevención y atención. En muchas partes del mundo en desarrollo, con frecuencia los hombres prefieren familias más numerosas que las mujeres.[9] De manera consistente con los estudios demográficos, en Brasil, el deseo de tener hijos entre personas viviendo con VIH es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y ha sido también prevalente en los países desarrollados, tanto en hombres bisexuales como heterosexuales.[3,5,7] Adicionalmente, los hombres tienen sus propias necesidades no satisfechas en salud sexual y reproductiva;[10,11] así, es necesario abordar el tema del acceso e involucramiento de los hombres en la provisión de estos servicios, lo que puede ayudar a disminuir la desigualdad de género y facilitar la prevención del VIH.[12,13] En India se ha documentado un mejor entendimiento de la gestación y una menor mortalidad perinatal en mujeres cuyos esposos recibieron educación prenatal,[14,15] mientras que en Jamaica, Zimbawe y Vietnam se encontraron efectos de largo plazo en los padres que se involucraron en la vida de sus hijos, incluyendo mayor autoestima y mayor logro educativo.[16]

Por lo tanto, es importante analizar en qué medida los servicios de salud responden actualmente a las necesidades reproductivas de mujeres y hombres que viven con VIH, y cuáles son los desafíos y obstáculos a nivel programático y de provisión de servicios que podrían afectar la realización de sus derechos reproductivos. Este artículo aborda el continuum de atención que necesitan las personas que quieren ser padres, desde el inicio de la gestación, pasando por el parto y la atención del recién nacido y el niño. Ofrece ejemplos basados en evidencia acerca de políticas y programas que integran las intervenciones de salud sexual y reproductiva con la atención al VIH/SIDA. Los temas de estigma y discriminación, participación masculina y atención por parte de trabajadores de salud calificados son ejes transversales a lo largo de todo el trabajo.

Atención en la gestación

Los vínculos entre el cuidado prenatal y la prevención y atención del VIH deberían partir de la propia perspectiva de las mujeres y el contexto local. La mayoría de las mujeres que buscan atención prenatal a nivel mundial no son conscientes de su condición de seropositivas. Adicionalmente, las mujeres gestantes en diferentes contextos socioculturales experimentan intensas inequidades en el acceso a los servicios de atención de salud y a la información respecto a los beneficios del cuidado prenatal para ellas y sus bebés. El analfabetismo o la escasa instrucción, la juventud, la posición en la familia y la dependencia económica, la limitada movilidad debido a la pobreza, las restricciones religiosas o culturales o el pertenecer a un grupo poblacional marginado, representan importantes barreras para el acceso a la atención prenatal.[17,18]

Dicha atención es la puerta de entrada al sistema de salud para la mayoría de las mujeres en edad reproductiva. Este tipo de atención prenatal puede estar disponible de diversas maneras: atención comunitaria y domiciliaria, unidades de atención primaria de salud, servicios de ONG, centros religiosos, clínicas privadas, clínicas u hospitales públicos de maternidad. Dependiendo de las características particulares de cada servicio, así como de las actitudes de los profesionales de salud hacia el VIH y SIDA, es posible que no se brinden servicios de prevención, tratamiento y atención a mujeres seropositivas, y se pierdan oportunidades de consejería y manejo, incluyendo la ventana de oportunidad que supone involucrar a la pareja masculina durante la gestación.

Los proveedores de atención prenatal deberían alentar y apoyar a las mujeres embarazadas en el acceso a la prueba de VIH y a la consejería en una atmósfera de empatía*. Las mujeres embarazadas deben ser consideradas mujeres por derecho propio, no sólo futuras madres, y la prueba de VIH no debe ser considerada únicamente para prevenir la transmisión madre-hijo. El despistaje es una oportunidad para realizar un diagnóstico temprano de la infección del VIH y acceder a su manejo, que incluya el tratamiento antirretroviral y la prevención de infec-

* En algunas partes de Europa, Latinoamérica y África no existe acceso a la prueba de VIH. En algunos países, los centros de despistaje voluntario y consejería están disponibles en la mayoría de áreas urbanas más grandes, pero no en las zonas rurales.

ciones oportunistas, para asegurar un mejor pronóstico a largo plazo y una calidad de vida para las mujeres, sus hijos y familias. Los proveedores de atención prenatal deberían informar a las mujeres sobre los beneficios del despistaje de VIH y alentarlas a realizarlo, asegurando el soporte contra el estigma y la discriminación a lo largo de todo el proceso diagnóstico.

Muy probablemente las mujeres aceptarán el despistaje si éste se ofrece,[19] especialmente si el tratamiento está disponible. Por ejemplo, se ha demostrado que la aceptación del despistaje de VIH en la atención prenatal está asociada al conocimiento sobre los medicamentos antirretrovirales para la PTMH en los Estados Unidos.[20] La expansión del tratamiento antirretroviral para mujeres gestantes a nivel mundial podría así contribuir a una mayor aceptación de la prueba. Muchas mujeres piensan que la prueba de VIH es innecesaria en su caso debido a que asumen que sus esposos son fieles o que no pertenecen a "grupos de riesgo".[21] Ofrecer el despistaje de manera universal aumenta la probabilidad de que una mujer gestante sea analizada. Se ha utilizado diferentes estrategias para ampliar la oferta de despistaje del VIH durante la gestación. En el enfoque "opcional" (opt-in), se utiliza estrategias tradicionales de consejería y despistaje voluntarios, las mujeres reciben consejería pre-test y se obtiene el consentimiento informado antes de obtener la muestra de sangre.[22] Este enfoque asume que el despistaje es una parte intrínseca del cuidado prenatal, y se da a las mujeres la oportunidad de negarse. Sin embargo, es importante señalar que con el enfoque "opcional" muchas mujeres no conocerán su estatus seropositivo antes del parto, perdiendo la oportunidad de que toda la familia acceda a la atención. Alternativamente, en el enfoque "no opcional" (opt-out), se realiza el despistaje del VIH rutinariamente, junto con el despistaje para sífilis y hepatitis B. Se informa a la mujer que se realizará la prueba, pero el consentimiento resulta implícito a menos que ésta se niegue explícitamente. Aunque este enfoque se asocia generalmente con mayor cobertura,[23] existe aún preocupación de que se convierta en una imposición del despistaje de VIH, en la medida en que muchos pacientes son renuentes a cuestionar los procedimientos de atención en salud.[21]

Es también crucial considerar las implicancias psicosociales del despistaje durante la gestación. El conocimiento del diagnóstico de VIH en este periodo, en ausencia de tratamiento y soporte, puede acarrear consecuencias psicosociales devastadoras de estigma y discriminación, comunes incluso dentro del sector de salud en algunos países. Sorprendentemente, en todas las regiones se pueden encontrar actitudes humillantes y de estigmatización, negativas a brindar tratamiento, rupturas de la confidencialidad, especialmente en la atención no especializada y en clínicas de ginecología y obstetricia. El personal se niega a traer comida a las mujeres, a limpiar su cuarto, y hasta les impiden dar a luz en el hospital porque éste "no estaba listo para atender casos tan complicados".[21]

Los proveedores de atención prenatal deberían ser capacitados para ofrecer consejería sobre VIH y otras ITS. Aunque la forma de presentación y la respuesta al tratamiento de algunas ITS puede alterarse en mujeres con VIH, los protocolos de tratamiento estandarizado son generalmente efectivos a menos que haya una severa inmunosupresión.[24,25] La capacitación de proveedores debería también abordar las múltiples privaciones y vulnerabilidades. Una organización de enfermería con base comunitaria en Detroit, EE.UU., por ejemplo, inició un modelo exitoso de prestación de servicios orientado a lograr que mujeres VIH positivas altamente vulnerables, con historia de abuso de sustancias y enfermedad mental, y poco o ningún acceso a la atención de salud, ingresaran a clínicas especializadas.[26]

Adicionalmente, el promover la participación masculina y centrar los enfoques de atención en la pareja y no exclusivamente en la mujer puede mejorar la experiencia de gestación. En KwaZulu–Natal se demostró que el involucramiento de los hombres en la atención de salud reproductiva de sus parejas era aceptable y viable. Las mujeres reportaron que sus parejas eran más colaboradoras, estaban más interesadas, y aprendieron qué hacer y qué no; los hombres reportaron más confianza, destacaron el hecho de haber estado juntos y aprendido cosas útiles; los proveedores de salud pensaban que el involucrar a los hombres podía lograr que las familias se acercaran más, contribuir a que los padres se acercaran a sus hijos y reducir la violencia basada en género. Sin embargo, se reconoció que existían varios desafíos a nivel de la prestación de servicios, los mismos que debían ser abordados para lograr que los servicios de maternidad fueran más amigables para los varones. Estos incluían las creencias tradicionales, obstáculos para la asistencia de los padres que trabajan, un número significativo de parejas que no vivían juntas y hombres con muchas parejas que no querían ser vistos.[27]

Tampoco las parejas ofrecen siempre su apoyo. Algunas mujeres temen que sus parejas descubran que son VIH positivas y las abandonen o traten con violencia.[19,28] Un enfoque alternativo es brindar consejería a la pareja cuando las mujeres desean incluirla, y en algunos contextos se ha incorporado el despistaje luego de obtener el consentimiento conjunto, en un intento por reducir la vulnerabilidad de las mujeres. Este enfoque puede también mejorar la participación masculina.[29]

Sin embargo, la consejería a la pareja puede no ser suficiente para lograr erradicar la violencia en estos casos. Un estudio reciente en Zambia mostró que si bien las mujeres que recibieron consejería con sus parejas en los servicios prenatales tenían mayor probabilidad de aceptar el despistaje de VIH, comparadas con las mujeres que recibieron consejería solas, no se constató ninguna diferencia significativa entre ambos grupos con respecto a eventos sociales adversos reportados, incluyendo la violencia física, el abuso verbal, el divorcio o la separación después de revelar el estatus de seropositividad.[30]

Muchas mujeres experimentan violencia durante el embarazo, con consecuencias perjudiciales tanto para ellas como para sus bebés, tales como aborto espontáneo, parto antes de término y bajo peso al nacer. Los trabajadores de salud deben ser conscientes de este hecho y buscar asegurar que las mujeres reciban la consejería, atención y referencia que requieran para mitigar el riesgo de violencia por parte de su pareja íntima.[31,32] Entre las mujeres seropositivas en los EE.UU., la prevalencia general de violencia doméstica o sexual puede llegar a niveles tan altos como el 68%, con un incremento del riesgo luego de revelar el estatus de seropositividad.[33–35]

Integrar las perspectivas de las mujeres sobre cuándo y cómo conocer su estatus VIH positivo es, por tanto, crucial para el despistaje prenatal del VIH. El Recuadro 1 presenta un esquema de aproximación integral a la consejería para mujeres gestantes y sus parejas. La evidencia recogida por estudios cualitativos resalta la importancia de que la mujer esté consciente de su estatus de VIH, así como la necesidad de mantener la naturaleza voluntaria del despistaje.[36] El estatus de seropositividad de las mujeres debe mantenerse confidencial y sus historias médicas estar disponibles sólo para los trabajadores de salud con un rol directo en su cuidado o en el de sus hijos.

El impacto de la gestación sobre el VIH

Aunque se considera que la gestación constituye un estado fisiológico e inmunológico inmensamente complejo, no parece acelerar la progresión de la enfermedad del VIH. Existe evidencia de que la gestación está asociada con una disminución en el promedio de recuento celular de CD4+ y una alteración en el recuento celular de CD8+ en mujeres seropositivas, pero las implicancias clínicas de estos cambios no resultan claras. Tampoco parece haber una asociación entre la gestación y la carga viral plasmática de VIH.[22]

Recuadro 1. Temas a incluir en la consejería a mujeres embarazadas VIH positivas y sus parejas

- Efectos del avance de la enfermedad del VIH en la salud de las mujeres y la efectividad, disponibilidad y efectos adversos del tratamiento antirretroviral.
- Cuestiones vinculadas a la revelación del estatus de VIH a parejas sexuales y su acceso a la prueba del VIH.
- Información sobre protocolos de prevención y su importancia para reducir significativamente el riesgo de transmisión de VIH madre-hijo.
- Potencial de transmisión del VIH a la pareja sexual incluso durante el tratamiento antirretroviral, a pesar de la marcada disminución de la carga de VIH en las secreciones vaginales.
- Promoción del uso del condón durante la gestación para evitar la adquisición de una ITS y la transmisión del VIH/ITS a parejas sexuales no infectadas.
- Información sobre la interacción entre el VIH y la gestación, incluyendo un posible aumento de ciertos resultados adversos en la gestación, particularmente en los países en desarrollo, o entre mujeres usuarias de drogas, o aquellas con severa inmunosupresión.
- Protección dual como estrategia postparto para evitar simultáneamente una gestación no deseada y la exposición a ITS, con el uso de métodos disponibles, incluyendo el condón masculino y femenino.
- Información acerca de la lactancia versus alimentación infantil alternativa y soporte para asumir otras opciones alternativas a la lactancia, incluyendo los casos de estigma y discriminación de las parejas, familia y miembros de la comunidad.
- Para las mujeres seronegativas cuyas parejas son seropositivas, consejería sobre prevención de VIH/ITS, incluyendo el uso correcto y consistente del condón y soporte para identificar y superar impedimentos para el sexo seguro. Debe garantizarse el acceso regular a los condones (femenino y masculino) como parte de la atención a la salud sexual.

Impacto de la infección materna por VIH sobre la gestación y el resultado perinatal

Incluso si la mayoría de los embarazos en mujeres VIH positivas, especialmente si son asintomáticas, no presentan complicaciones, un meta-análisis de estudios de cohorte que comparan a mujeres gestantes seropositivas con sus contrapartes seronegativas mostró que la infección materna se asociaba a diversos resultados perinatales adversos, que incluía pérdidas, nacidos muertos, mortalidad perinatal, mortalidad infantil, retardo en el crecimiento intrauterino y partos prematuros con bajo

peso. La asociación entre infección materna por VIH y mortalidad era mayor en países en desarrollo y en estudios de mayor calidad metodológica.[37] Más aún, la inmunosupresión severa se asociaba con neonatos de bajo peso, así como con una tendencia hacia un mayor riesgo de partos prematuros.[38]

Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo

Se considera que la mayor transmisión vertical de VIH ocurre durante las semanas previas al parto (un tercio de los casos) o en el día del parto (dos tercios de los casos), sin contar la transmisión vía lactancia materna.[39] Se cree que la transmisión en etapas más tempranas de la gestación ocurre sólo raras veces. La transmisión de VIH mediante la leche materna puede ocurrir en cualquier momento del periodo de lactancia, con un aumento en la probabilidad acumulada mientras mayor sea su duración.[40]

En ausencia de una intervención profiláctica, las tasas de transmisión vertical oscilan alrededor de 20% para el VIH-1 y 4% para el VIH-2. Se han identificado diversos factores, tanto maternos como fetales, así como condiciones obstétricas que incrementan el riesgo. De manera más significativa, los factores maternos incluyen un bajo recuento de células CD4+ en sangre periférica y una alta carga viral plasmática (aunque no se ha asociado umbrales más bajos con la ausencia de riesgo). Adicionalmente, las condiciones obstétricas, tales como infecciones genitales concurrentes, parto prematuro y ruptura prematura de membranas;[22] así como el sexo sin protección y una historia de inyecciones combinadas de cocaína y heroína durante la gestación, han sido también asociadas con un incremento en el riesgo de transmisión.[41,42] Un peso al nacer menor de 2,500g y la concordancia materno neonatal HLA clase I fueron reportados como factores predictores de la transmisión perinatal de VIH.[22] Sin ninguna intervención, la tasa de transmisión de VIH de una madre infectada a su hijo en África es muy alta. Las tasas de transmisión intrauterina se estiman en 5-10%, las tasas de transmisión intraparto en 10-20% y a través de la lactancia en un 10-20% adicional. Éstas pueden variar según la carga viral materna.

En países industrializados (donde el TARGA, la operación cesárea electiva y la sustitución alimentaria son recomendadas y están ampliamente disponibles) son comunes las tasas de transmisión vertical menores al 3%. En muchos países de bajos ingresos, el TARGA es raramente usado debido a su alto costo; asimismo,

ANNIE BUNGEROTH / PANOS PICTURES

HIV positive mother on hearing of her daughter's HIV negative diagnosis, Peru

actualmente la transmisión de madre a hijo del VIH se produce de manera casi exclusiva en estos países debido a la falta de disponibilidad de tratamiento y a la pérdida de oportunidades para el despistaje de VIH.[28]

Un programa exitoso de prevención de la transmisión madre-hijo involucra la asistencia a una clínica prenatal, el despistaje y consejería de VIH, la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, una visita de retorno para conocer los resultados del despistaje, la aceptación del tratamiento antirretroviral además de su correcta administración a la mujer y su niño, y la aceptación y soporte para alimentar al bebé con fórmula si ésta es segura y está disponible.[22] Las mujeres pueden abandonar el programa en cualquiera de estas etapas, obstaculizando su efectividad general. Un análisis de estudios en Tailandia y África, por ejemplo, mostró que la tasa promedio de retorno para conocer los resultados del despistaje, sin importar el estatus de VIH, presentaba un amplio rango, de 33-100% , con una mediana de 83%.[19]

Las medidas recomendadas para prevenir la transmisión madre-hijo incluyen la supresión de la capacidad de replicación del VIH y la consecuente carga viral plasmática indetectable durante la gestación, así como la supresión de la secreción genital de VIH durante la misma.[39] Estos dos objetivos son abordados con la terapia antirretroviral materna e intraparto. Más aún, las medidas de PTMH incluyen la operación cesárea electiva antes que empiece el parto y el reemplazo de la lactancia materna por estrategias de alimentación alternativas cuando sea seguro.[43,44] La evidencia del ensayo clínico ACTG 076 revolucionó el manejo de mujeres VIH positivas demostrando una disminución en la transmisión vertical entre mujeres que no daban de lactar, de 25.5% (grupo placebo) a 8.3% (grupo tratado con zidovudina prenatal/neonatal). Después de este famoso estudio, otros ensayos mostraron la efectividad de los regímenes abreviados de diversas combinaciones de zidovudina, lamivudina y nevirapina en las semanas previas al parto y/o el parto y el puerperio. Adicionalmente, una revisión sistemática mostró que la monoterapia materna con zidovudina reduce no sólo el riesgo de la transmisión del VIH al niño, sino también reduce significativamente las tasas de mortalidad infantil y materna.[45]

Recientes directrices de la OMS para el uso de antirretrovirales durante la gestación toman en cuenta la existencia de indicaciones para la terapia antirretroviral en el caso de la madre, o si la PTMH es la única razón para considerar la terapia.[46] En el primer caso, se recomienda agregar una sola dosis de nevirapina (NVP-Sd) al inicio del parto, a la zidovudina (AZT) intraparto y postparto, más una combinación de lamividina, así como dar a los bebés NVP-Sd dentro de las 72 horas después del parto. Aunque se ha expresado preocupación respecto al uso de NVP-Sd en el niño debido a un incremento en el riesgo de resistencia viral, este efecto adverso puede ser evitado combinando inhibidores reversos de transcriptase del nucleoside al régimen antirretroviral prescrito,[47] o retrasando la introducción de la terapia antirretroviral materna basada en nevirapina hasta seis meses después del parto.[48] Es importante señalar, sin embargo, que la monoterapia de nevirapina para la PTMH es la opción más asequible o única disponible en contextos de bajos recursos. En estas circunstancias, puede usarse este enfoque profiláctico en ausencia de una adecuada infraestructura que permita ofrecer antirretrovirales combinados.[49]

Aunque ningún ensayo clínico ha comparado las tasas de TMH si la mujer está bajo tratamiento antirretroviral durante la gestación, exclusivamente con zidovudina o con otros dos medicamentos antirretrovirales, existe evidencia de transmisión sorprendentemente baja en las mujeres en TARGA.[22] Esto sugiere que ampliar el acceso de mujeres y hombres viviendo con VIH al tratamiento antirretroviral a nivel mundial, en los casos en que su condición lo permite, puede ser por sí mismo efectivo para reducir la transmisión perinatal, y proporcionar un enfoque terapéutico para la madre misma y, en efecto, se recomienda enérgicamente a pesar de los muchos desafíos que presenta su implementación.[50]

Un importante retroceso respecto a la efectividad de la PTMH se relaciona con la falta de adherencia de las pacientes a las intervenciones en general, y a la prescripción de la terapia antirretroviral en particular, aunque se ha demostrado que la adherencia a la terapia entre mujeres gestantes es mayor que entre mujeres no gestantes.[51] La investigación cualitativa ha señalado diversas barreras para el uso o intención de uso de los antirretrovirales por parte de las mujeres VIH positivas durante la gestación, tales como el temor a los efectos tóxicos sobre el bebé o sobre sí mismas, el temor a desarrollar resistencia a las drogas, la creencia de que el tratamiento profiláctico es innecesario entre "mujeres sanas" y el nacimiento previo de un niño sano sin tratamiento. En contraste, se identificó como factores que facilitan la adherencia, la creencia de las mujeres de que tienen esa responsabilidad hacia el bebé, una relación positiva con el médico, el conocer a otras mujeres que han usado exitosamente la terapia antirretroviral durante la gestación, y haberla usado previamente durante este periodo.[52]

Otras limitaciones para la ampliación del uso de terapia antirretroviral con fines de PTMH pueden incluir la falta de disponibilidad de medicamentos dentro del

sistema de salud e, independientemente de ello, insuficiente cobertura debido a que muchas mujeres tienen partos domiciliarios o no se les ofrece un despistaje del VIH o tratamiento intraparto.[53]

Otro aspecto que debe ser abordado es el establecimiento de prioridades de atención de salud en un contexto de pobreza, como son los casos de bajo nivel de educación, violencia, carencia general de recursos, infraestructura inadecuada y alta prevalencia de enfermedades endémicas que ponen en riesgo la vida. En un estudio realizado en Uganda con personas viviendo con VIH, población general, planificadores de salud, trabajadores de salud y personas con hipertensión, el uso de nevirapina para la PTMH se ubicó como prioridad de atención de salud número cinco, comparada con el tratamiento para otras ocho condiciones, incluyendo el tratamiento para enfermedades infantiles (diarrea, neumonía y malaria) y el TARGA para personas viviendo con VIH. Entre éstas últimas, el TARGA se ubicó en el número uno.[54]

Atención del parto

Las mujeres con VIH no deberían ser separadas de otras mujeres que dan a luz. Un objetivo central de las recomendaciones de salud pública para países en desarrollo es aliviar la morbilidad y mortalidad materno perinatal global, incluyendo el despistaje de VIH, la PTMH y alternativas a la lactancia materna cuando estén disponibles.[55] Sin embargo, para que estas intervenciones sean efectivas, es urgente realizar mejoras en la atención primaria de salud, los servicios de atención de salud materno infantil y la atención calificada del parto, que incluyan cuidados obstétricos de emergencia, con un involucramiento activo de los gobiernos y agencias de cooperación.[56]

La falta de atención prenatal, la no disponibilidad o cobertura insuficiente del despistaje del VIH durante la gestación, o el rechazo de las mujeres a someterse a la prueba, dan como resultado un número significativo de mujeres gestantes que llegan al parto sin conocer su estatus de VIH. El parto mismo ofrece otra oportunidad de diagnosticar la infección por VIH, especialmente con el advenimiento de pruebas rápidas de VIH, y puede por tanto proporcionar el necesario acceso al tratamiento de PTMH, incluso si se trata del momento menos oportuno para la mujer por obvias razones psicológicas.

Sin embargo, negar la prueba rápida y el acceso al tratamiento a una mujer puede ser peor que el hecho de saber que es VIH positiva justo antes del parto. Recientemente, se ha prestado atención a la prueba rápida de VIH debido a que es más fácil de realizar y puede entrenarse al personal de salud que no trabaja en el laboratorio para llevarla a cabo, haciendo más factible la realización de la prueba de VIH a mayor escala en contextos de limitados recursos.[22,57] Los resultados de las pruebas rápidas pueden estar listos en menos de 30 minutos, lo que permite una intervención profiláctica en mujeres gestantes que dan positivo durante la atención del parto. La sensibilidad y especificidad de la prueba son muy altas.[58] Sin embargo, estos resultados pueden arrojar falso positivo, particularmente en áreas donde la seroprevalencia total de VIH en mujeres es muy baja. Por tanto, es necesario brindar atención especial a la provisión de una adecuada consejería pre-test, obteniendo el consentimiento informado y asegurando la confiabilidad de los resultados. Debe informarse a las mujeres que se requiere una evidencia serológica confirmatoria de la infección de VIH y que debe ser realizada como parte de la atención postparto.[59]

Se ha reportado una aceptación relativamente buena de la prueba rápida de VIH durante la gestación o el parto. En Nairobi, se ofreció a las mujeres que asistían a establecimientos de salud públicos tanto una prueba rápida como una prueba convencional de VIH. El uso de la prueba no presentó diferencias entre los dos grupos, pero una mayor proporción de mujeres que eligieron la prueba rápida recibió sus resultados. De manera similar, en Tailandia, el 79% de las mujeres prefirió el método de prueba rápida. Un desafío adicional para los proveedores de salud es traducir el uso de la prueba rápida en un mayor uso de tratamiento.[60,61]

La anestesia epidural no está contraindicada en la atención del parto de mujeres viviendo con VIH. En contraste, debe evitarse la ruptura innecesaria de membranas y el uso de electrodos en el cuero cabelludo del feto.[62]

La operación cesárea es un procedimiento obstétrico seguro y una opción viable en muchas regiones del mundo. Tendría que ser electiva en mujeres seropositivas que presentan carga viral plasmática desconocida o cargas virales $\geq$ 1,000 copias/mL, preferiblemente durante la semana 38 o 39 de la gestación, antes del inicio del trabajo de parto y la ruptura de membranas, en condiciones hospitalarias apropiadas, para minimizar los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.[59]

Un meta-análisis del rol del parto por cesárea electiva para las mujeres que viven con VIH demostró que este procedimiento reduce significativamente el riesgo de la transmisión madre-hijo. La asociación fue particularmente fuerte en los casos de mujeres que no recibían terapia antirretroviral o para aquellas que sólo recibieron zidovudina durante la gestación.[63] Sin embargo, la morbilidad postparto, incluidas la morbilidad menor (morbilidad febril, infección del tracto urinario) y may-

or (endometritis, tromboembolia) fue más significativa luego de una cesárea electiva que en el caso de parto vaginal. Los factores de riesgo para la morbilidad postparto después de una cesárea entre mujeres seropositivas incluyen una enfermedad de VIH más avanzada y condiciones tales como la diabetes.

Existe una preocupación justificada respecto a la recomendación de un parto por cesárea en mujeres seropositivas a nivel mundial, debido a la morbilidad asociada, que incluye los partos subsiguientes, al margen del tipo de parto.[22,62] Más aún, en términos de PTMH el parto por cesárea puede ser innecesario para las mujeres en TARGA que experimentan una supresión de replicación viral (<1,000 copias de VIH-RNA/mL) o, en algunos casos, cargas virales indetectables.[59] Recientes evidencias muestran que en esta población el parto por cesárea puede estar asociado a un incremento en la morbilidad materna.[22]

En mujeres que tienen un parto vaginal, incluso si no son frecuentes mayores complicaciones, la infección del VIH ha sido asociada con un incremento en el riesgo de fiebre puerperal, particularmente cuando se realiza una episiotomía medio-lateral.[64] El beneficio de la episiotomía de rutina para las mujeres en general es altamente controversial. La evidencia proporcionada por una reciente revisión sistemática no encontró los beneficios para la madre que tradicionalmente se atribuyen a la episiotomía de rutina, tales como la prevención de incontinencia fecal o urinaria, o relajamiento del suelo pélvico. De hecho, los resultados con la episiotomía podrían ser peores, debido a que una proporción de mujeres podría sufrir menor daño sin una incisión quirúrgica.[65] Entre mujeres kenianas que viven con VIH, se encontró que el desgarro perineal o por episiotomía y la carga viral de VIH estaban asociados de manera independiente con un incremento en la trasmisión perinatal de VIH.[66]

Hasta el momento, no existe evidencia conclusiva sobre si las mujeres viviendo con VIH están en mayor riesgo de complicaciones obstétricas, comparadas con sus contrapartes seronegativas. Aunque en el mundo desarrollado se reportó inicialmente que la infección por VIH no constituía un factor de riesgo para las complicaciones en el parto o el postparto, incluidos la sepsis puerperal, los desórdenes hemorrágicos o efectos secundarios de la anestesia,[67] en un estudio más amplio realizado en Europa se encontró un riesgo de complicaciones cinco veces mayor.[64] En contextos de limitados recursos, existe evidencia de que las muertes maternas relacionadas con el VIH-SIDA están aumentando considerablemente y que el SIDA se ha convertido en la principal causa obstétrica directa de mortalidad materna en algunas áreas de alta prevalencia de VIH.[68]

Es importante considerar en qué medida las mujeres VIH positivas están participando activamente en las decisiones vinculadas al parto. Un estudio brasileño encontró que así se tratara de un parto vaginal o por cesárea, la preferencia de las mujeres era puesta en un segundo lugar respecto a la política del hospital. Las mujeres reportaron haber sido informadas de que el parto por cesárea era la única opción en caso de VIH; muchas describieron su experiencia de parto y el periodo postparto como más difícil que en partos previos y peor de lo que esperaban.[69]

Para las mujeres que viven con VIH, el soporte emocional durante la gestación es sin duda importante. De ser posible, debería permitirse a las mujeres estar acompañadas por alguien de su elección durante la atención del parto. La participación de la pareja puede proporcionar soporte psicosocial a la gestante durante el trabajo de parto y el parto mismo, y contribuir al establecimiento de un vínculo temprano entre padre e hijo, promoviendo su participación en la crianza del niño.[70,71] Sin embargo, la participación se ve obstaculizada por barreras estructurales y culturales que incluyen la manera como se percibe el parto y la paternidad, y si los proveedores de salud valoran el involucramiento masculino en el parto y el cuidado infantil.[71]

La incorporación rutinaria de previsiones universales en la prestación de servicios es crucial para mitigar el riesgo ocupacional y reducir el temor a la infección de parte de los trabajadores de salud. En un reciente estudio de Nigeria con cirujanos, obstetras y ginecólogos, 40% reportó daños por pinchazos y 26% por salpicaduras de sangre durante la cirugía. Todos los respondientes usaron un mandil de protección, pero sólo el 65% y 30%, respectivamente, reportó el uso de guantes dobles y anteojos protectores. Es preocupante que el 83% de los cirujanos mostrara reservas respecto a la atención de pacientes infectados por el VIH, mientras que 13% los veía con temor, aunque el 80% consideraba que no debía discriminarse a los pacientes VIH positivos, siempre que los materiales de protección necesarios estuvieran disponibles.[72]

Atención postparto

Más de la mitad de todas las muertes maternas ocurre dentro de las primeras 24 horas después del parto, y un adicional 15% durante la primera semana postparto. Todas las mujeres, incluyendo las que dan a luz fuera de los establecimientos de salud, requieren atención durante el periodo postparto. Sin embargo, los proveedores de salud suelen recomendar una primera visita de control seis semanas después del parto, particularmente

Recuadro 2. Recomendaciones para la atención postparto de las mujeres viviendo con VIH

Tres consultas: una dentro de las primeras 48 horas, la segunda dentro de las dos primeras semanas y la tercera seis semanas después del parto. Dos de estas consultas deben estar vinculadas a las fechas de inmunización del recién nacido.

• Primera consulta
Monitorear los signos vitales y cualquier sangrado anormal, palidez, examen físico, consejería sobre alimentación del bebé, cuidado del niño, auto cuidado y planificación familiar postparto. Proporcionar atención continua y soporte a la madre y al recién nacido, proporcionando antirretrovirales y fórmula en caso de estar indicado.

• Segunda consulta
Registrar signos vitales, examen físico y proporcionar consejería y soporte para la alimentación del bebé. Debería elegirse y prescribirse un método de planificación familiar. Debería proporcionarse consejería sobre la adherencia a la medicación si las mujeres están bajo tratamiento antirretroviral, profilaxis o tratamiento para infecciones oportunistas.

• Tercera consulta
Repetir las intervenciones de la primera y segunda visitas con énfasis en la evaluación del tamaño uterino y tratamiento de las condiciones existentes. Realizar un examen cervical, y consejería y soporte para la alimentación del bebé. Verificar la adherencia a la medicación y a métodos de planificación familiar.

en contextos de limitados recursos. En Kenia, donde la mayoría de las mujeres dan a luz fuera de los establecimientos, el 81% no recibió atención postparto.[73] La falta de conocimiento, la pobreza, y las creencias y prácticas culturales que no toman en cuenta la necesidad de atención postparto parecen perpetuar el problema. En contraste, es más probable que una mujer de la misma región que es atendida por una partera calificada en el parto, busque atención postparto temprana.[74] La inmunosupresión relacionada con el VIH puede exacerbar estos riesgos.

Este periodo temprano es también crítico para mejorar la sobrevivencia infantil, dado que la mayoría de las enfermedades que ponen en riesgo la vida del recién nacido ocurren en la primera semana de vida. El Recuadro 2 resume las recomendaciones acerca de los servicios básicos que la madre y su bebé deben recibir de un proveedor calificado después del parto.[73]

Las mujeres que viven con VIH requieren atención especial para reducir la obstrucción mamaria, mitigar el dolor y evitar la mastitis. Si la madre elige la alimentación de reemplazo, se recomienda la compresión mecánica de los pechos con una venda inmediatamente después del parto, manteniéndola por diez días. Será suficiente para la supresión de la lactancia evitar la manipulación y estimulación de los pechos.[75] De estar disponible, la intervención farmacológica suplementaria está indicada en caso de que la compresión no pueda mantenerse por periodos más largos. Las mujeres que eligen dar de lactar deben recibir consejería para evitar la lactancia en caso de mastitis, debido a que la inflamación se asocia con un aumento en el riesgo de transmisión de VIH. La atención postparto para mujeres que viven con VIH debería incluir la prevención de la mastitis y el tratamiento rápido de las infecciones mamarias en este periodo.

La madre requiere un seguimiento clínico y ginecológico. Debe proveerse consejería sobre planificación familiar y enfatizar la importancia de la protección dual, involucrando a la pareja cuando sea pertinente. Las parejas pueden crear barreras significativas para la adopción de la protección dual. Puede también requerirse soporte para la utilización de alimentación alternativa con el fin de lograr su aceptación por parte de los miembros de la familia y la comunidad.

Dado que la esterilización es un método definitivo, se debe tener especial cuidado para asegurar que cada mujer (y hombre) tome una decisión voluntaria informada y que no se decida en un momento de crisis y depresión. Se ha reportado que las mujeres que viven con VIH son forzadas o presionadas para aceptar la esterilización, particularmente cuando esta última está difundida.[76] Cualquier persona que considere la esterilización, al margen de su estatus de VIH, debe entender que es permanente y que por tanto debe ser informada de métodos anticonceptivos alternativos. Es también importante señalar que la esterilización no ofrece protección frente a la adquisición y transmisión de una ITS o el VIH. De esta manera, se sigue recomendando el uso del condón incluso si la necesidad de anticoncepción ha sido atendida.[77–79] En la decisión es necesario considerar las leyes y normas nacionales sobre la esterilización. El procedimiento puede retrasarse por una enfermedad vinculada al SIDA.

La atención postparto debe integrar el cuidado obstétrico con los especialistas en VIH para asegurar la con-

tinuidad del tratamiento antirretroviral para la mujer en caso indicado. Es fundamental prestar especial atención a la consejería sobre estrés y las demandas derivadas del cuidado de un nuevo bebé, controlar los signos de depresión y promover la adherencia a la terapia.[80]

La alimentación del bebé

A pesar de los recientes avances en la reducción de la transmisión del VIH al bebé durante la gestación gracias al uso de antirretrovirales, existe aún una necesidad crítica de lograr una alimentación más segura para el bebé. El apropiado soporte social para la alimentación con taza, y otras opciones alimenticias que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH a tiempo y aseguren una adecuada nutrición debe ser considerado una prioridad por los proveedores de salud infantil a nivel comunitario. Las recomendaciones actuales ponen énfasis en la necesidad de evitar la lactancia sólo si la alimentación de reemplazo cumple con las siguientes condiciones: ser asequible, viable, aceptable, sostenible y segura. De lo contrario, se recomienda la lactancia exclusiva seguida de un destete temprano.[81]

En contextos de escasos recursos donde estas condiciones pueden estar ausentes, particularmente en África, muchas mujeres VIH positivas eligen dar de lactar,[82,83] sienten que en realidad tienen pocas opciones debido a la falta de agua limpia, leche en polvo asequible o ambas. En estas regiones, la falta de acceso a atención primaria de calidad es también un problema que dificulta el manejo adecuado de la frecuente, y a menudo grave, morbilidad relacionada con la alimentación de reemplazo. Por esta razón, es importante tomar en cuenta los datos epidemiológicos locales sobre riesgos en la salud de la madre y el bebé para la toma de decisiones.[84] Resulta apropiado como enfoque adaptar las recomendaciones de política a partir de algoritmos que identifiquen las opciones de alimentación más saludables para el entorno local. Se han utilizado modelos matemáticos que incluyen las tasas de mortalidad infantil, para estimar el impacto de las diferentes opciones de alimentación sobre la supervivencia libre del VIH. Los resultados sugieren que en lugares con una mortalidad infantil menor a 25 por 1,000 nacidos vivos, se debe de utilizar una alimentación de reemplazo desde el nacimiento que dé como resultado una mayor supervivencia libre del VIH a los 24 meses, dependiendo del soporte recibido; en contraste, la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad seguida de un destete temprano produce el mejor resultado, allí donde la mortalidad infantil excede a 25 por 1 000 nacidos vivos. La alimentación de reemplazo da como resultado menor supervivencia libre del VIH, en comparación con la lactancia no exclusiva en áreas con la mayor muerte infantil (101 por 1 000 nacidos vivos).[85]

El tipo de lactancia juega probablemente un rol importante en la transmisión postnatal del VIH. Algunos estudios en el pasado han sugerido que la lactancia exclusiva, esto es, la leche materna sin ningún otro alimento o fluido, pudo estar asociada a menores tasas de transmisión de VIH que las encontradas en niños con alimentación mixta (aquellos que recibieron leche materna y otros fluidos).[86,87] Se cree que la alimentación mixta incrementa la permeabilidad y provoca la inflamación de la mucosa, facilitando la adquisición del VIH. Más recientemente, sin embargo, resultados contradictorios han puesto en cuestión incluso la relativa seguridad de la lactancia exclusiva. En Zimbawe, la alimentación mixta temprana se asoció a un riesgo de VIH cuatro veces mayor al ser comparada con la lactancia exclusiva.[88] En contraste, en Uganda la lactancia exclusiva y la lactancia mixta dieron como resultado riesgos similares de transmisión de VIH, y ambas arrojaron tasas de transmisión más altas comparadas con la alimentación con fórmula.[89]

Las decisiones vinculadas a la alimentación infantil no sólo son difíciles de tomar, sino también de mantener a nivel comunitario.[90] 25% de las mujeres ugandesas que habían elegido la lactancia exclusiva en realidad daban otros alimentos a sus hijos, y 11% de quienes habían elegido alimentación de reemplazo reportaron haber dado de lactar a sus hijos al menos una vez, probablemente debido a la presión social.[89]

Adicionalmente, la investigación cualitativa en Malawi mostró que la percepción de las madres VIH positivas acerca de su propio cuerpo y salud influía en sus prácticas de alimentación infantil. Las mujeres percibían que una mayor masa corporal significaba mayor salud; estaban preocupadas de que su situación nutricional (masa corporal) estuviera deteriorándose debido a su enfermedad y temían que la lactancia pudiera incrementar la progresión de la enfermedad del VIH. Estos resultados indican la necesidad de brindar información más completa a las mujeres, centrada tanto en su salud y bienestar como en la del niño.[91]

Las creencias y actitudes de mujeres y hombres hacia las opciones de alimentación infantil pueden influir fuertemente en su elección en el contexto de la PTMH. En Costa de Marfil, la gran mayoría de las madres y futuras madres consideraban la lactancia como el método apropiado, pero la lactancia exclusiva no era bien aceptada. Se consideraba que el agua, especialmente, era un suplemento necesario para los niños, y sólo algunas madres aceptaban a las nodrizas.[92]

La capacitación insuficiente de consejeros puede también poner en peligro la decisión informada de las mujeres VIH positivas sobre el método de alimentación infantil, tal como lo recomiendan las pautas de ONUSIDA/OMS/UNICEF. Las entrevistas en profundidad con consejeros en VIH/SIDA en Tanzania indican que la falta de conocimiento o confusión acerca de los riesgos y beneficios reales de las diferentes opciones de alimentación infantil, el recurrir a la consejería directiva y la falta de soporte de seguimiento a las madres, son importantes barreras para una asesoría de calidad.[93]

Respecto a la alimentación con fórmula en ausencia de tratamiento antirretroviral perinatal, la evidencia de un ensayo aleatorio en Kenia mostró un 20.5% de infección de VIH en el grupo de niños alimentados con fórmula, comparado con 36.7% en el grupo de niños alimentados con leche materna.[94] Aunque las mujeres tenían acceso a agua limpia y podían preparar la fórmula de manera segura, la mortalidad a los 24 meses fue muy alta y no difería entre niños que recibieron lactancia materna y niños que no la recibieron. Se evidenció que la alimentación con fórmula en esta población evitaba que los niños adquirieran el VIH pero no que murieran por otras causas.[95]

A los defensores de la lactancia materna les preocupa que en comunidades de bajos recursos el incremento de la alimentación con fórmula entre mujeres VIH positivas se extienda a mujeres no infectadas, socavando de este modo años de mensajes de salud pública acerca de los beneficios de la lactancia como una fuente completa de nutrientes para el bebé, el establecimiento de lazos afectivos, la estimulación del desarrollo cognitivo del niño y la prolongación de la amenorrea postparto como soporte entre los nacimientos. Sin embargo, la complejidad de la elección sobre si dar o no de lactar para las mujeres VIH positivas sigue teniendo beneficios y riesgos de peso en ambos lados.

Se ha propuesto una lactancia más segura para las mujeres VIH positivas que eligen dar de lactar,[95] lo que implica extraer y pasteurizar la leche materna. Sin embargo, no se puede garantizar esta práctica en la medida en que no es sólo menos conveniente, demanda más tiempo y es más cara en términos de combustible, sino que puede estar tan fuertemente asociada con el estigma y discriminación como el hecho de evitar la lactancia en sí misma.

En el caso de mujeres en TARGA, el dar de lactar puede disminuir el estigma, mejorar la calidad de vida de los padres VIH positivos, contribuir a los esfuerzos de crianza de los hijos, disminuir la mortalidad infantil y tal vez ayudar a motivar a las personas en las comunidades a someterse a la prueba y consejería de VIH, creando una mayor conciencia acerca del VIH.[26] La meta es proporcionar el TARGA a las personas viviendo con VIH que lo necesitan, mientras que proporcionar antirretrovirales en el periodo periparto (pre y postparto) sólo para prevenir la TMH es una medida de corto plazo.

Cuidado del niño

El impacto de la epidemia de VIH sobre la salud infantil a nivel mundial es un importante problema emergente. Antes que empezaran a implementarse programas nacionales de PTMH a larga escala, se estimaba que 600 mil nuevas infecciones pediátricas ocurrían anualmente, particularmente en África.[96] Mientras que los niños representan sólo un 4% de personas viviendo con VIH, 20% de las muertes por SIDA han ocurrido en esta población.[97]

Se cree que la inmadurez del sistema inmunológico afecta la habilidad del niño para combatir la infección del VIH. Consecuentemente, los niños infectados durante el periodo perinatal generalmente desarrollan el SIDA más rápidamente que los adultos VIH positivos.[97] En la era pre-TARGA, aproximadamente 25% de estos niños desarrollaban el SIDA en el primer año de vida, y el tiempo promedio de desarrollo del SIDA para el restante 75% era de siete años. El pronóstico para niños de países pobres es aún más dramático; en África subsahariana, más del 50% muere en los primeros dos años y 89% en los primeros tres.[96,98]

Sin embargo, las iniciativas de atención de VIH perinatales y pediátricas coordinadas han probado ser efectivas. En un programa de colaboración exitoso, se entrenó a enfermeras y obstetrices jamaiquinas en PTMH, consejería, exámenes voluntarios, y reconocimiento y manejo de SIDA pediátrico, siguiendo directrices para la atención del VIH, logrando sensibilizar y alentar a otros trabajadores de salud a atender a personas viviendo con VIH/SIDA, potenciar la colaboración multidisciplinaria, sensibilizar a personas de la comunidad sobre la enfermedad y mejorar el nivel de comodidad de las mujeres y sus familias respecto al acceso a la atención de salud.[99]

El diagnóstico temprano de la infección por VIH es crucial para los niños VIH positivos. Sin embargo, todavía existen dificultades en muchas regiones del mundo, particularmente cuando el acceso a la atención prenatal y parto es deficiente, lo que posterga el reconocimiento de la infección por transmisión vertical. La sospecha de infección de VIH debería dirigirse no sólo a niños que nacen de madres VIH positivas, sino también a aquellos que muestran signos clínicos de inmunosupresión. El objetivo es reconocer la infección de VIH

lo más temprano posible para prevenir las infecciones oportunistas y el avance de la enfermedad del VIH, así como abordar aspectos psicosociales que pueden afectar el desarrollo del niño.[100] Esto incluye un monitoreo serológico de VIH hasta los 18 meses de edad para descartar la infección; esto puede lograrse también mediante dos exámenes virológicos de VIH negativos al mes y a los cuatro meses de edad.[22] Recientemente, se realizó en Sudáfrica una detección de VIH-RNA en manchas de sangre seca en papel filtro, arrojando una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica.[101] Este abordaje puede permitir un diagnóstico temprano de VIH en áreas donde los laboratorios de biología molecular no están difundidos. También se recomienda la profilaxis con cotrimoxazol (para neumonía por Pneumocystis pero también para otras enfermedades bacteriológicas) después de las seis semanas de vida durante un periodo de al menos cuatro meses, al margen de que los resultados virales sean negativos. El monitoreo clínico y de laboratorio del crecimiento y desarrollo infantil debería incluir la exploración de otras infecciones perinatales y la inmunización, verificando si existe alguna evidencia de anemia asociada a la zidovudina.

El desarrollo de estrategias efectivas de atención infantil continúa siendo un importante desafío. Hasta ahora, la mayoría de las iniciativas relacionadas con los niños se han orientado a reducir la transmisión perinatal, sin proporcionar ningún otro tipo de intervenciones a madres, sus parejas o niños.[28] Como consecuencia, los hijos de padres VIH positivos, tanto infectados como no infectados, se han enfrentado a menudo ante la posibilidad de ser colocados en un orfanato, solución difícilmente efectiva y de largo plazo. Se requiere urgentemente implementar un enfoque integral para la atención de las familias afectadas y mantener a los padres vivos y saludables si se quiere asegurar un futuro para estos niños.

Se ha reportado que la situación de la familia es una barrera importante para la adecuada atención de los niños que viven con VIH en Tailandia.[102] Dos años después del parto, se evidenció que un número tres veces mayor de mujeres vivía sola, comparado con su situación al momento del parto; el 30% de las familias había experimentado una reducción en sus ingresos y 10% de las parejas masculinas habían muerto. La mayoría de los niños (78%) vivían con sus madres, pero sólo 57% de las madres eran las principales cuidadoras de sus hijos. Más aún, se identificó altos niveles de depresión entre las mujeres que vivían con VIH, particularmente con relación a la salud de sus hijos y al futuro de su familia.

Niños y adolescentes que viven con VIH y adopción

Para proveedores y padres VIH positivos, el cuidado a largo plazo de sus hijos es importante, incluyendo aquellos que viven con VIH y están llegando a la adolescencia en TARGA. Las familias afectadas por el VIH requieren de soporte, el mismo que debe ser considerado con mayor profundidad en la atención integral dada a mujeres y hombres que viven con VIH.[21,72,103]

Recientes estudios desarrollados con adolescentes que nacieron con VIH o lo adquirieron después de una exposición sexual, han resaltado importantes desafíos al intentar vincular la atención del VIH/SIDA a la salud sexual y reproductiva.[103–105] Los niños que han sido infectados por sus madres tienden a crecer sobreprotegidos, a menudo sin saber que tienen VIH, y muchos carecen de información básica sobre la sexualidad y reproducción hasta la adolescencia tardía. En contraste, a la misma edad, los que fueron infectados por transmisión sexual sufren del estigma y discriminación en los centros de atención de salud. Con muchos de estos adolescentes, se ha descuidado las cuestiones vinculadas al desarrollo, y su estatus de VIH positivo ha sido revelado sin su consentimiento, incluso si no resultaba necesario para su atención. También se ha pasado por alto, en las visitas prenatales, el futuro rol de madres que asumirán las niñas embarazadas. Adicionalmente, los adolescentes viviendo con VIH se preocupan mucho por su cuerpo y su imagen corporal en la relación con su estado de salud; el sufrimiento emocional que implica mantener su estatus de VIH en secreto representa una terrible carga. Requieren soporte emocional para ser capaces de revelar su diagnóstico a sus amigos y seres queridos y para hacer planes para el futuro como tener una relación sexual, formar una familia y tener hijos.[105]

Algunos adolescentes VIH positivos consideran la adopción como una alternativa a tener sus propios hijos.[103] Muchos huérfanos que viven con VIH fueron ellos mismos adoptados legalmente o no oficialmente por familias en todo el mundo. No obstante, puede que no se les permita hacer lo mismo cuando lleguen a la adolescencia, en la medida en que las regulaciones gubernamentales en muchos países prohíben la adopción a personas viviendo con VIH.[106]

En África, particularmente, la orfandad es un tema descuidado. Generalmente se prefiere un enfoque basado en la comunidad para el cuidado de los huérfanos, dado que permite mantener al niño afectado dentro de un ambiente familiar en su propio pueblo o tribu.[107] La adopción de niños huérfanos por la familia extensa significa a menudo que éstos pasan al cuidado de parientes ancianos, quienes

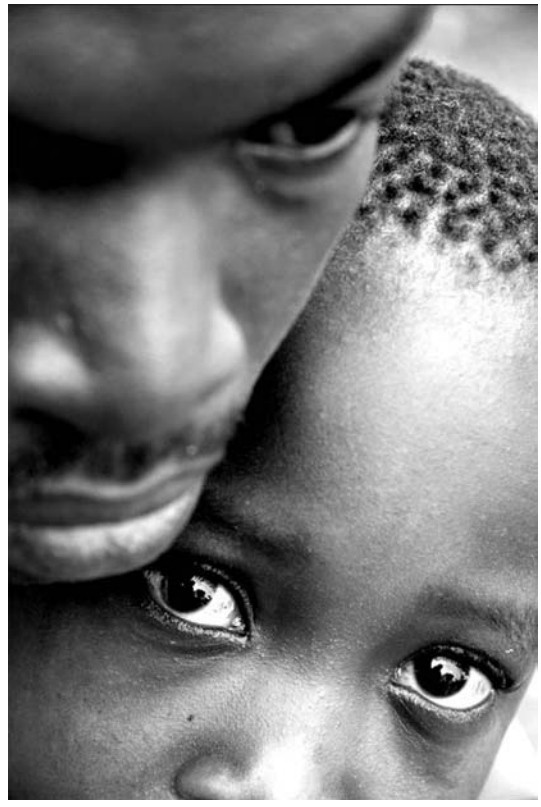
pueden tener dificultades para mantener a los niños o negarse a hacerlo debido al estigma y la discriminación.

En algunos países en desarrollo, cuando un padre o madre muere, es posible que los hijos mayores sean los únicos miembros de la familia sobrevivientes para cuidar de sus hermanos menores. El cuidado temporal de niños o el futuro de quienes han perdido a uno o a sus dos padres puede ser distinto en diferentes contextos culturales.[108] Ser VIH positivo y haber perdido a la madre o a ambos padres debido al SIDA incrementa la posibilidad de que un niño sea institucionalizado en Brasil.[109] Consiguientemente, se debe dar la más alta prioridad a los niños pequeños que han perdido a uno de sus padres.

En 2005, Human Rights Watch documentó la discriminación que sufren los niños en el acceso a la educación desde el momento en que el VIH aqueja a sus familias.[110] Los niños y niñas pueden verse obligados a dejar el colegio para realizar labores domésticas o guardar luto por la muerte de uno de sus padres. Muchos no pueden costear los pagos si los padres están demasiado enfermos para ganarse la vida, y las escuelas pueden incluso rechazar la admisión de niños afectados por el VIH. En muchos casos, sus madres quedaron sin recursos luego de la muerte del esposo por causa del SIDA. En otros, voluntarios de organizaciones de base comunitaria han recurrido a fondos comunes, muchas veces magros, que permiten cubrir sólo las necesidades básicas de los huérfanos. Un número significativo vive en las calles o en hogares encabezados por otros niños. La investigación cualitativa con nigerianos VIH positivos, líderes comunitarios y huérfanos por causa del SIDA, mostró que la carga del cuidado de los niños recaía a menudo sobre los miembros de la familia materna. Entre los principales problemas que estos niños debían enfrentar, se encontraba una pobre educación debido a la falta de recursos financieros. Se resaltó la necesidad de que el gobierno ofreciera soporte y estableciera vínculos con las ONG para proporcionar atención del VIH y apoyo familiar para los huérfanos.[111] Las agencias internacionales juegan también un rol importante en este tema, proporcionando asesoría técnica y financiamiento.[112]

Implicancias de política

Los hombres y mujeres que viven con VIH enfrentan decisiones difíciles relacionadas con la sexualidad, los deseos de paternidad y maternidad y vida familiar. La realización de sus derechos a una atención de salud sexual y reproductiva de calidad y a tener una familia se ve dificultada por cuestiones estructurales, sociales y culturales, así como por la ausencia de apoyo programático. En un estudio que investigó asuntos de sexualidad y reproducción, se preguntó a 250 hombres que vivían con VIH en Sao Paulo, Brasil, si deseaban tener hijos y si los profesionales de salud en las clínicas de atención de VIH/ SIDA a las que asistían apoyaban sus deseos. La mayoría de los participantes dijo que los profesionales no brindaban el apoyo necesario e incluso que no eran imparciales respecto a la posibilidad de que las personas viviendo con VIH tuvieran hijos, y prestaban escasa atención al rol de paternidad del hombre. 80% de los hombres tenían relaciones sexuales, y 43% de ellos querían hijos, especialmente los que no tenían ninguno, a pesar de las expectativas de desaprobación. Sin embargo, pocos hombres recibieron información sobre opciones de tratamiento que protegen a los niños. En comparación, en estudios previos con mujeres VIH positivas que asistían a las mismas clínicas, se reportó un mayor conocimiento sobre la prevención de la transmisión perinatal del VIH, pero las mujeres tenían menos relaciones sexuales, un menor número deseaba tener hijos, y su expectativa era incluso de mayor desaprobación por parte de los profesionales de salud frente a la posibilidad de que tuvieran hijos.[5] En padres heterosexuales que viven con VIH en Londres, se han reportado



GUEORGUI PINKHASSOV / MAGNUM PHOTOS

HIV positive father takes his son for antiretroval medication, Kenya, 2005

similares expectativas respecto al deseo de tener hijos y anticipan la desaprobación por parte de los proveedores de salud, así como la ausencia de información actualizada sobre la PTMH.[113] Estos estudios sugieren que el derecho de las personas con VIH a fundar una familia depende tanto de que se cure la enfermedad, de los prejuicios y la discriminación -que incluye a los profesionales de salud- como de las intervenciones médicas.

Las políticas orientadas a la protección y realización de los derechos a la paternidad y maternidad de hombres y mujeres que viven con VIH deben ser lo suficientemente integrales para abordar el continuum de atención desde la gestación hasta el cuidado del bebé y el niño, proporcionar medios para la integración de las intervenciones de salud sexual y reproductiva con la atención del VIH/SIDA y mitigar el estigma y discriminación vinculados al SIDA.

La atención calificada, definida como el continuum de atención desde el nivel comunitario y primario hasta el nivel terciario[114] para las mujeres y hombres que viven con VIH, con relación a la paternidad y maternidad, debe ir más allá de ofrecer el mejor tratamiento disponible, para promover los vínculos multisectoriales con el sistema educativo, las organizaciones de base comunitaria y los movimientos sociales que enfrentan un amplio espectro de cargas relacionadas con el SIDA, especialmente en áreas de alta prevalencia. El centrarse en la pareja, el individuo o el conjunto de adultos responsables de la crianza de los niños, más que considerar sólo a la mujer o al niño como la unidad de cuidado, sería ciertamente un avance programático innovador hacia la realización de los derechos y necesidades de paternidad de las personas que viven con o son afectadas por el VIH.

Rights of HIV Positive People to Sexual and Reproductive Health: Parenthood
Reproductive Health Matters 2007;15(29 Supplement):27–45

Referencias

1. Zaba B, Gregson S. Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. AIDS 1998;12(Suppl.1): 341–50.
2. Glynn JR, Buve A, Carael M, et al. Decreased fertility among HIV-1 infected women attending antenatal clinics in three African cities. Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome 2000;25(4):345–52.
3. Chen JL, Philips KA, Kanouse DE, et al. Fertility desires and intentions of HIV positive men and women. Family Planning Perspectives 2001;33(4):144–52.
4. Castro A, Farmer P. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. American Journal of Public Health 2005;95(1):53–59.
5. Paiva V, Santos N, Franc¸a Jr I, et al. Desire to have children, gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. AIDS Patient Care and STDs 2007;21(4):268–77.
6. Kopelman LM, van Niekerk AA. AIDS and Africa - Introduction. Journal of Medical Philosophy 2002;27(2):139–42.
7. Paiva V, Ventura-Felipe E, Santos N, et al. The right to love: the desire for parenthood among men living with HIV. Reproductive Health Matters 2003;11(22):91–100.
8. de Bruyn M. Living with HIV: challenges in reproductive health care in South Africa. African Journal of Reproductive Health 2004; 8(1):92–98.
9. INFO Project. Pesquisas com Homens: Novos Resultados. Population Reports 2004;32(2). Se´rie M, No.18. At: <www.bibliomed.com.br>.
10. Clift E. Redefining macho: men as partners in reproductive health. Perspectives in Health 1997;2(2):20–25.
11. Sternberg P, Hubley J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. Health Promotion International 2004;19(3):389–96.
12. UNAIDS/ 01.64E. Working with men for HIV prevention and care. Geneva7 UNAIDS, October 2001.
13. UNAIDS/ 02.31E. Keeping the promise. Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS), 25–27 June 2001. Geneva7 UNAIDS, June 2002.
14. Bhalerao VR, Galwankar M, Kowli SS, et al. Contribution of the education of the prospective fathers to the success of maternal health care programme. Journal of Postgraduate Medicine 1984;30(1):10–12.
15. Varkey CL, Mishra A, Das A, et al. Involving Men in Maternity Care in India. FRONTIERS Final Report. Washington, DC7 Population Council, 2004. At: <www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR FinalReports/Indi MIM.pdf>.
16. Brase M, Dinglasan R, Ho M, et al. UNICEF/Yale School of Public Health Research Project: The Role of Men in Families. New Haven7 Yale University School of Medicine, International Health Department, 1997.

17. Goldani MZ, Giugliani ERJ, Scanlon T, et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. Revista de Saúde Pública 2003;37(5): 552–58.
18. Almeida SD, Barros MB. Equity and access to health care for pregnant women in Campinas (SP), Brazil. Revista Panamericana de Salud Pública 2005;17(1):15–25.
19. Cartoux M, Meda N, Van de Perre P, et al. Acceptability of voluntary HIV testing by pregnant women in developing countries: na international survey. Ghent International Working Group on Motherto-Child transmission of HIV. AIDS 1998;12(18): 2489–93.
20. Ruiz JD, Molitor F. Knowledge of treatment to reduce perinatal human immunodeficiency virus (HIV) transmission and likelihood of testing for HIV: results from 2 surveys of women of childbearing age. Maternal and Child Health Journal 1998;2(2):1117–22.
21. IPAS. Reproductive rights for women affected by HIV/AIDS. 2005. At: <www.ipas.org/english/publication/international_health_policies.asp>.
22. Cohan D. Perinatal HIV: special considerations. Topics in HIV Medicine 2003;11(6):200–13.
23. O'Connor KE, MacDonald SE. Aiming for zero: preventing mother-to-child transmission of HIV. Canadian Medical Association Journal 2002; 166(7):909–10.
24. Workowski KA, Berman SM. Sexually-transmitted diseases treatment guidelines: 2006. Recommendation Report. Morbidity and Mortality Weekly Report 2006;55(RR11):1–94.
25. Kiddugavu MG, Kiwanuka N, Wawer MJ, et al. Effectiveness of syphilis treatment using azythromycin and/or benzathine penicillin in Rukai, Uganda. Sexually Transmitted Diseases 2005;32(1):1–6.
26. Andersen MD, Smereck GA, Hockman EM, et al. Nurses decrease barriers to health care by "hyperlinking" multiple-diagnosed women living with HIV/AIDS into care. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 1999; 10(2):55–65.
27. Mullick S, Kunene B, Wanjiru M. Involving men in maternity care: health service delivery issues. Agenda: Special Focus on Gender, Culture and Rights (Special issue):124–35. At: <www.popcouncil.org/frontiers>.
28. Colebunders R, Kolsteren P, Ryder R. Giving anitiretrovirals in the peripartum period to prevent mother-to-child HIV transmission in low-income countries: only a short-term stopgap measure. Tropical Medicine and International Health 2003;8(5):375–77.
29. Manchester J. Perinatal HIV transmission and children affected by HIV/AIDS: concepts and issues. AIDS/STD Health Promotion Exchange 1997; (4):1–4.
30. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, et al. Women in couple antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. AIDS 2005;19(6):603–09.
31. Maman S, Campebell J, Sweat MD, et al. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. Social Science and Medicine 2000;50(4): 459–78.
32. WHO. Violence against women and HIV. 2004. At: <www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>.
33. Zierler S, Witbeck B, Mayer K. Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection. American Journal of Preventive Medicine 1996; 12(5):304–10.
34. Retzlaff C. Women, violence and health care. AIDS Care 1999; 5(3):40–45.
35. Sowell RL, Phillips KD, Seals B, et al. Incidence and correlates of physical violence among HIV-positive women at risk for pregnancy in southeastern United States. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2002;13(2):46–58.
36. Mawn B. Integrating women's perspectives on prenatal human immunodeficiency virus screening: towards a socially just policy. Research in Nursing & Health 1998;21(6):499–509.
37. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1998;105(8): 836–48.
38. Abrams ET, Milner DA Jr, Kwiek J, et al. Risk factors and mechanisms of preterm delivery in Malawi. American Journal of Reproductive Immunology 2004;52(2):174–83.
39. Rouzioux C, Chaix M-L, Burgard M, et al. HIV and pregnancy. Pathologie biologie 2002;50:576–79.
40. John-Stewart G, Mbori-Ngacha D, Ekpini R, et al. Breast-feeding and transmission of HIV-1. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2004; 35(2):196–202.
41. Matheson PB, Thomas PA, Abrams EJ, et al. Heterosexual behavior during pregnancy and perinatal transmission of HIV-1. New York City Perinatal HIV Transmission Collaborative Study Group. AIDS 1996; 10(11):1249–56.
42. Bulterys M, Landesman S, Burns DN, et al. Sexual behavior and injection drug use during pregnancy and vertical transmission of HIV-1. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology 1997;15(1): 76–82.

43. European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial. Lancet 1999;353(9158): 1035–39.
44. Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, et al. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. Journal of American Medical Association 1998;280(1):55–60.
45. Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002;(2):CD003510.
46. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach–2006 version. At: <www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtct/en/index.html>.
47. McIntyre J. Controversies in the use of nevirapine for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2006;7(6):677–85.
48. Lockman S, Shapiro RL, Smeaton LM. Response to antiretroviral therapy after a single peripartum dose of nevirapine. New England Journal of Medicine 2007;356(2):135–47.
49. Taha TE, Kumwenda NI, Hoover DR, et al. Nevirapine and zidovudine at birth to reduce perinatal transmission of HIV in an African setting: a randomized controlled trial. JAMA 2004;292(2):202–09.
50. Dabis F, Bequet L, Ekouevi DK, et al. Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission. AIDS 2005; 19(3):309–18.
51. Zorrilla CD, Santiago LE, Knubson D, et al. Greater adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) between pregnant versus non-pregnant women living with HIV. Cellular and Molecular Biology (Noisy-le-grand) 2003;49(8):1187–92.
52. Siegel K, Lekas HM, Scrimshaw EW, et al. Factors associated with HIV-infected women's use or intention to use AZT during pregnancy. AIDS Education and Prevention 2001;13(3):189–206.
53. Temmerman M, Quaghebeur A, Mwanyumba F, et al. Mother-to-child HIV transmission in resource poor settings: how to improve coverage? AIDS 2003;17(8): 1239–42.
54. Kapiriri L, Robbestad B, Norheim OF. The relationship between prevention of mother to child transmission of HIV and stakeholder decision making in Uganda: implications for health policy. Health Policy 2003; 66(2):199–211.
55. Dabis F, Newell ML, Fransen L, et al. Prevention of motherto-child transmission of HIV in developing countries: recommendations for practice. The Ghent International Working Group on Motherto-Child Transmission of HIV. Health Policy and Planning 2000;15(1):34–42.
56. Liljestrand J. Strategies to reduce maternal mortality worldwide. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2000;12(6):513–17.
57. Kanal K, Chou TL, Sovann L, et al. Evaluation of the proficiency of trained non-laboratory health staff and laboratory technicians using a rapid and simple HIV antibody test. AIDS Research and Therapy 2005;2(1):5.
58. Bhore AV, Sastry J, Patke D, et al. Sensitivity and specificity of rapid HIV testing of pregnant women in India. International Journal of STD and AIDS 2003;14(1):37–41.
59. Ministry of Health, Brazil. Programa Brasileiro de DST/AIDS. [Brazilian Guidelines for delivery care] Brasília: 2004. At: <www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante_2004/ConsensoGestante2004.doc>.
60. Liu A, Kilmarx PH, Supawitkul S, et al. Rapid whole-blood finger-stick test for HIV antibody: performance and acceptability among women in northern Thailand. Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome 2003;33(2):194–98.
61. Malonza IM, Richardson BA, Kreiss JK, et al. The effect of rapid HIV-1 testing on uptake of perinatal HIV-1 interventions: a randomized clinical trial. AIDS 2003;17(1):113–18.
62. Burdge DR, Money DM, Forbes JC, et al. Canadian consensus guidelines for the management of pregnancy, labour and delivery and for postpartum care in HIV-positive pregnant women and their offspring. Canadian Medical Association Journal 2003;168(13):1671–74.
63. Read JS, Newell ML. Efficacy and safety of caesarean delivery for prevention of motherto-child transmission of HIV-1. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; (4):CD005479.
64. Fiore S, Newell ML, Thorne C, et al. Higher rates of post-partum complications in HIV-positive than in uninfected women irrespective of mode of delivery: European HIV in Obstetrics Group. AIDS 2004; 18(6):933–38.
65. Hartmann K, Viswanathan M, Palieri R, et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA 2005;293(17): 2141–48.
66. Ayisi JG, van Eijk AM, Newman RD, et al. Maternal

malaria and perinatal HIV transmission, Western Kenya. Emerging Infectious Diseases [serial online] April 2004. At: <www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no4/03-0303.htm>.
67. Minkoff H. HIV and pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1995;173: 585–89.
68. McIntyre J. Maternal health and HIV. Reproductive Health Matters 2005;13(25):129–35.
69. Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K. Between personal wishes and medical prescription: mode of delivery and post-partum sterilisation among women with HIV in Brazil. Reproductive Health Matters 2003;11(22):113–21.
70. Bien AM, Iwanowicz-Palus GJ, Stadnicka G. Involvement of men in parenthood. Wiadomosci Lekarskie (Warsow, Poland: 1960). 2002;55(Suppl.1):26–33.
71. De Carvalho ML. Fathers' participation in childbirth at a public hospital: institutional difficulties and motivations of couples. Cadernos de Sau´de Pu´ blica 2003;19(Suppl.2): S389–98.
72. Obi SN, Waboso P, Ozumba BC. HIV/AIDS: occupational risk, attitude and behaviour of surgeons in southeast Nigeria. International Journal of STD and AIDS 2005;16(5):370–73.
73. Population Council. Repositioning Post Partum Care in Kenya. 2005. At: <www.popcouncil.org/pdfs/Safe_Mom_Postpatum_Care.pdf >.
74. Population Council. SMDP Western Province. Approaches to providing quality maternity care in Kenya. University of Nairobi, 2004.
75. Kochenour NK. Lactation suppression. Clinics in Obstetrics and Gynaecology 1980;23(4):1045–59.
76. Santos N, Ventura-Felipe E, Paiva V. HIV positive women, reproduction and sexuality in Sa˜o Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters 1998;6(12):31–40.
77. Centers for Disease Control. Surgical sterilization among women and use of condoms: Baltimore, 1989–1990. Morbidity and Mortality Weekly Report 1992;41(31):568–69;575.
78. Barbosa RM, do Lago T, Kalckman S, et al. Sexuality and reproductive health care in São Paulo, Brazil. Health Care for Women International 1996; 17(5):413–21.
79. Barbosa RM, Villela WV. Sterilisation and sexual behaviour among women in São Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters 1995;3(5):37–46.
80. CDC. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT) Series. At: <www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat>.
81. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. HIV and infant feeding. Guidelines for decision-makers. Geneva: 2003. At: <www.who.int/child-adolescent-health/new-publication/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf >.
82. Omari AA, Luo C, Kankasa C, et al. Infant-feeding practices of mothers of known HIV status in Lusaka, Zambia. Health Policy and Planning 2003;18(2): 156–62.
83. Kiarie JN, Richardson BA, Mbori-Ngacha D. Infant-feeding practices of women in a perinatal HIV-1 prevention study in Nairobi, Kenya. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2004;35(1):75–81.
84. Shankar AV, Sastry J, Erande A, et al. Making the choice: the translation of global HIV and infant feeding policy to local practice among mothers in Pune, India. Journal of Nutrition 2005;135(4):960–65.
85. Piwoz EG, Ross JS. Use of population-specific mortality rates to inform policy decisions regarding HIV and infant feeding. Journal of Nutrition 2005;135(5):1113–19.
86. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. Lancet 1999;354(9177): 471–76.
87. Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L, et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. AIDS 2001; 15(3):379–87.
88. Iliff PJ, Piwoz EG, Tavengwa NV, et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-1 free survival. AIDS 2005;19(7): 699–708.
89. MagoniM, Bassani L, Okong P, et al. Mode of infant feeding and HIV infection in children in a program for prevention of mother-to-child transmission in Uganda. AIDS 2005;19(4):433–37.
90. Shapiro RL, Lockman S, Thior I, et al. Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-positive women: results from a pilot phase of a randomized trial to prevent mother-to-child transmission in Botswana. AIDS Education and Prevention 2003;15(3):221–30.
91. Bentley ME, Corneli AL, Piwoz E, et al. Perceptions of the role of maternal nutrition in HIV-positive breast-feeding women in Malawi. Journal of Nutrition 2005;135(4):945–49.
92. Yeo EA, Béquet L, Ekouévi DK, et al. Attitudes towards exclusive breastfeeding and other infant feeding options – a study from Abidjan, Côte d'Ivoire. Journal of Tropical Pediatrics 2005;51(4): 223–26.

93. de Paoli MM, Manongi R, Klepp KI. Counsellors' perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. Reproductive Health Matters 2002;10(20):144–56.
94. Nduati R. Breastfeeding and HIV-1 infection. A review of current literature. Advances in Experimental Medicine and Biology 2000;478:201–10.
95. Filteau S. Infant-feeding strategies to prevent post-natal HIV transmission. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2003; 97(1):25–29.
96. Vaz P, Elenga N, Fassinou P, et al. HIV infection in children in African countries. Medicine Tropicale 2003;63(4–5):465–72.
97. Goulder PJR, Jeena P, Tudor-Williams G, et al. Paediatric HIV infection: correlates of protective immunity and global perspectives in prevention and management. British Medical Bulletin 2001;58:89–108.
98. Taha TE, Graham SM, Kumwenda NI, et al. Morbidity among human immunodeficiency virus-1-infected and uninfected African children. Pediatrics 2000;106(6):1–8.
99. Palmer PM, Anderson-Allen MM, Billings CC, et al. Nursing interventions in the Kingston Paediatric and Perinatal HIV/ AIDS Programme in Jamaica. West Indian Medical Journal 2004;53(5):327–31.
100. Krist AH, Crawford-Faucher A. Management of newborns exposed to maternal HIV infection. American Family Physician 2002;65(10):2061–62.
101. Sherman GG, Stevens G, Jones SA, et al. Dried blood spots improve access to HIV diagnosis and care for infants in low-resource settings. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2005; 38(5):615–17.
102. Manopaiboon C, Shaffer N, Clark L, et al. Impact of HIV on families of HIV-positive women who have recently given birth, Bangkok, Thailand. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology 1998;18(1):54–63.
103. Ayres JR, Paiva V, Franc¸a Jr I, et al. Vulnerability, human rights and comprehensive care of young people living with HIV/AIDS. American Journal of Public Health 2006;96(6): 1001–06.
104. Ayres JR, Segurado A, Galano E, et al. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS: cuidado e promoção da sau´de no cotidiano da equipe multi- profissional. Aids Novos Horizontes. São Paulo7 Office Editora e Publicidade. Maio 2004. p.35.
105. Aka Dago-Akribi H, Cacou Adjoua M-C. Psychosocial development among HIV-positive adolescents in Abidjan, Côte d'Ivoire. Reproductive Health Matters 2004;12(23):19–28.
106. de Bruyn M. Women, reproductive rights and HIV/ AIDS: Issues on which research and intervention are still needed. Journal of Health, Population and Nutrition 2006;24(4): At: <www.icddrb.org/ images/Forthcoming_ Women-reproductive.pdf>.
107. Beard BJ. Orphan care in Malawi: current practices. Journal of Community Health Nursing 2005;22(2):105–15.
108. Taylor L. Patterns of child fosterage in rural northern Thailand. Journal of Biosocial Science 2005;37(3):333–50.
109. Doring M, Franc¸a-Junior I, Stella I. Factors associated with institutionalization of children orphaned by AIDS in a population-based survey in Porto Alegre, Brazil. AIDS 2005;19(Suppl.4):S59–S63.
110. Human Rights Watch. Letting Them Fail. Government Neglect and the Right to Education for Children Affected by AIDS. 2005. At: <hrw.org/reports/ 2005/africa1005>.
111. Folayan MO, Fakande I, Ogunbodede EO. Caring for the people with HIV/AIDS and AIDS orphans in Osun State: a rapid survey report. Nigerian Journal of Medicine 2001;10(4): 177–81.
112. Bhargava A, Bigombe B. Public policies and the orphans of AIDS in Africa. BMJ 2003; 326(7403):1387–89.
113. Sherr L, Barry N. Fatherhood and HIV-positive heterosexual men. HIV Medicine 2004; 5(4):258–63.
114. WHO/ICM/FIGO. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO; 2004.

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

© 2007 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2007;15(29):15–21
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968-8080 (07) 29303-6

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

¿"Sólo un pedacito"? : la historia social de la circuncisión masculina

Peter Aggleton

Profesor, Thomas Coram, Unidad de Investigación, Instituto de Educación, Universidad de Londres, Londres UK. E.mail: p.aggleton@iol.ac.uk

EN los últimos siete años ha aumentado la promoción de la circuncisión masculina como una forma de prevención del VIH, primero entre los especialistas en salud pública que trabajan principalmente en los Estados Unidos, luego entre quienes colaboran en organizaciones internacionales y de modo más reciente como parte de un extenso paquete de medidas que apoyan la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA.[1]

Persiste una fuerte diferencia de opiniones respecto a la conveniencia de implementar esta forma de prevención —o de cuán rápido deba hacerse—, aun cuando cada vez parece haber un mayor acuerdo en que la circuncisión masculina, al igual que todas las intervenciones de salud pública relacionadas con el VIH, deben promoverse de un modo culturalmente apropiado, y desde una perspectiva de respeto a los derechos y sensible al género.[3]

Documentos y discusiones por igual se han ocupado de temas de sensibilidad de género y derechos. En estas líneas propongo examinar los temas culturales y políticos involucrados. La circuncisión masculina tiene en todo el mundo raíces profundas en la estructura social. Lejos de ser una acción meramente técnica, incluso cuando se realiza en ámbitos médicos, se trata de una práctica cargada de un cúmulo de significados sociales. Algunos de estos significados tienen que ver con lo que es ser un hombre, y en algunas sociedades de África y Oceanía equivale a un rito de tránsito a la edad adulta.

En otros lugares, la circuncisión masculina tiene connotaciones religiosas, se practica ampliamente entre judíos y musulmanes, aunque menos entre cristianos y raramente en otras religiones. Sin embargo, a partir de finales del siglo XIX tuvo también su ingreso en el campo de la salud pública. Particularmente en Estados Unidos, a lo largo de la historia, se le ha visto como una panacea para una gama extensa de problemas médicos y sociales, desde la parálisis y la inflamación feromotibial, hasta el nerviosismo, la conducta antisocial y la imbecilidad.[4]

Tomando esto en cuenta, la circuncisión masculina sigue siendo, de manera crucial, un fuerte indicador de la jerarquía y la diferencia social. Durante los imperios árabes y otomanos, en la Alemania nazi y en la India dividida, y en los recientes genocidios de Bosnia y Timor Oriental, la condición de circuncidado tuvo serias consecuencias sobre la manera en que un hombre era tratado. Violencia, tortura y muerte fueron los costos que tuvieron que pagar quienes no se ajustaron a la norma.

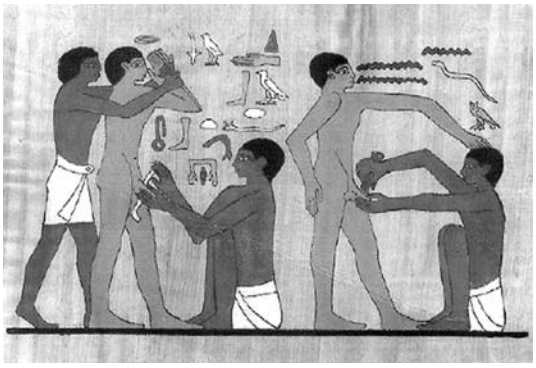
Con estos antecedentes, este artículo pretende añadir algo de equilibrio y contexto a los actuales debates en torno de la circuncisión masculina. Cuestiona la supuesta neutralidad de un acto tan profundo en su significación social como rico en su significado. Hace hincapié en cómo la circuncisión masculina –como su contrapartida, la mutilación genital femenina— es casi siempre un acto fuertemente político con profundas consecuencias individuales y sociales, impuesto sobre los demás por quienes tienen el poder y apelan a los intereses más amplios del bienestar público.

Mucho han escrito sobre este tema sociólogos, antropólogos, historiadores y psicoanalistas, entre otros[5], a los que apenas me referiré aquí. Sin embargo, en su actual encarnación global de la prevención del VIH se habla de la circuncisión masculina como si fuera uno de los asuntos más banales y sin consecuencias. "Sólo es un pedacito", así fue como la describió uno de los participantes en uno de los recientes encuentros de consulta sobre la circuncisión masculina organizado por la OMS y ONUSIDA.

La historia más violenta

Resulta apócrifo afirmar que los registros más antiguos de la circuncisión masculina provienen de la sexta dinastía egipcia[6]. Un bajorrelieve sobre el sarcófago de

Figure 1. Ancient Egyptian relief, Ankhmahor, Saqqara, Egypt (2345–2182 BCE)*



Ankh-ma-Hor en Saqqara muestra esta práctica supuestamente como un ritual previo al ingreso al sacerdocio[7]. Lo que se comenta con menos frecuencia es el hecho de que en esta misma ilustración, lejos de participar voluntariamente en la práctica de la circuncisión, al menos a uno de los hombres se le obliga por la fuerza.

Sin duda la práctica de la circuncisión masculina tiene orígenes antiguos. Herodoto, el historiador griego, la registra ya en Egipto en el siglo quinto antes de Cristo, y en la tradición semítica se le vincula con un pacto con Dios que data de tiempos de Abraham.

La controversia gálata, como en ocasiones se le nombra, señala ya una oposición a esta práctica en un momento en que se le consideraba un obstáculo para la conversión masiva a la cristiandad. Gálatas 5:6 intenta esclarecer el asunto cuando dice que "la circuncisión o la no circuncisión no importaban para Jesucristo". Corintios 7:18-20 va todavía más lejos cuando asevera que "la circuncisión no significa nada, la no circuncisión tampoco significa nada; lo que importa es observar los mandamientos de Dios".

¿Pero acaso la circuncisión masculina era o es un procedimiento relativamente menor? De modo crucial, la circuncisión judía difiere hoy con mucho del pacto originalmente instituido. Hasta el año 300 antes de Cristo se registra el ritual como algo que exige solamente el desprendimiento de la punta del prepucio. Sin embargo, cuando los atletas judíos viajaron a Grecia para competir en los juegos olímpicos, imitaron a sus anfitriones helénicos cubriéndose el glande con el resto de sus prepucios, los mismos que sujetaban en la punta con una liga. Con el tiempo se señaló que este tipo de estiramiento daba como resultado un prepucio con funcionamiento perfecto.

"*Cuando los atletas regresaron a casa, los judíos ancianos montaron en cólera al ver los prepucios helenizados. Y para poner fin a esta práctica instituyeron el periah, que incluía no sólo el desprendimiento completo del prepucio, sino cortar con una uña afilada el frenillo (la membrana sensible y delicada en la parte inferior del pene)*".[8]

Otras formas de circuncisión masculina religiosa no eran menos dañinas. Como lo anota Sir Richard Burton en una nota al pie de página de Las mil y una noches:

"*Las variedades de la circuncisión son inmensas... pero posiblemente ninguna más terrible que la que se practica en la provincia de Al Asir... donde se le llama salkh (escarificación). Al paciente, por lo general de diez a doce años de edad, se le coloca sobre un montículo de tierra sosteniendo en su mano derecha una lanza... la tribu lo rodea para juzgar su fortaleza, mientras un barbero realiza la operación con una daga jumbiyak, filosa como una navaja. Primero hace una incisión superficial, cortando sólo la piel del abdomen inmediatamente abajo del ombligo, luego practica incisiones parecidas en cada ingle, pelando la epidermis de estas cortadas y desollando también los testículos y el pene, hasta terminar con la amputación del prepucio. Durante todo este procedimiento, no debe temblar la lanza...*".[9]

¿Qué justificación podría darse para una práctica tan violenta? Las opiniones difieren, aunque el rabino Moisés Maimónides, del siglo XIII, opinaba:

"*En lo que concierne a la circuncisión, uno de sus objetivos es limitar la relación sexual y debilitar tanto como sea posible al órgano de la procreación... La circuncisión simplemente contrarresta la lujuria excesiva, ya que no cabe duda de que sí debilita la excitación sexual. Nuestros sabios lo dicen muy claramente: 'Es difícil para una mujer que tiene sexo con un hombre no circuncidado, separarse de él'. Esta es, en mi opinión, el mejor argumento para el mandamiento (de la circuncisión)*".[10]

La circuncisión masculina ha sido también un castigo infligido a quienes no estaban circuncisos. Como lo informa Berkeley:

"*Hace más de dos siglos, al joven Warren Hastings se le circuncidó por la fuerza. Junto con trescientos de sus*

* At: bhttp://en.wikipedia.org/wiki/Image:Egypt_circ.jpg#filehistoryN.

colegas trabajadores británicos en Cozzimbazar, en la India, el joven Warren de 24 años fue desnudado, sodomizado, masturbado y públicamente circuncidado por las tropas mongoles que devastaron el puesto de avanzada británico. Warren observó horrorizado como su prepucio era llevado en una bolsa que contenía trescientos otros prepucios recién cortados, trofeos todos ellos para los mongoles musulmanes. El largirucho Hastings, quien más tarde sería uno de los estadistas coloniales británicos más prominentes, refirió así su propio suplicio: "A mí, personalmente, me tallaron".[11]

Al explorador colonial John Hanning Speke lo circuncidaron en el campo de batalla durante la búsqueda de la fuente del Nilo, en tanto los somalíes asolaban el campamento británico. Una crónica muy emotiva refiere:

"*Uno de ellos aulló al tiempo que se lanzaba contra Speke –Speke paró un golpe seco que le levantó la hoja de la espada. Speke quedó aturdido cuando un hombre le presionó la garganta con un gran cuchillo mientras gritaba "Circuncisión o muerte, perro cristiano". Le jaló luego el prepucio a Speke y estirándolo fuerte lo cortó con el filo acerado de su espada*".[12]

Estas prácticas tenían orígenes antiguos, y ya se señalaba que en los tiempos coránicos a los prepucios arrancados de los "infieles", recogidos después de la batalla, se les consideraba como trofeos de la victoria. De acuerdo con el código marcial del Imperio Mongol, un guerrero subía al parecer de rango según el número de prepucios que traía consigo del campo de batalla.[13]

Los contratos comerciales en la corte mongol de la India del siglo diecisiete exigían que los hombres estuvieran circuncidados. Elihu Yale, rector de la Universidad de Yale y antiguo comerciante británico, supuestamente dio autorización para que los grandes mongoles lo circuncidaran. De igual modo fueron circuncidados sus enviados especiales a la corte. En 1686, Sir Josiah Child, entonces Gobernador de la compañía de la India Oriental, envió a la corte mongol a dos negociadores:

"*Nos recibieron con nuestras manos atadas con un cordel, y el Gran Mongol nos escoltó hasta una habitación privada donde dio la orden a un eunuco de que nos desnudara. Quedó satisfecho al ver que los dos estábamos circuncidados y éramos por lo tanto voceros autorizados de una raza circuncidada. Ordenó entonces que se nos desataran las manos y (a partir de entonces) se nos tratara como hombres de honor*". (Citado por Berkeley).[11]

Asunto polémico

La circuncisión masculina ha sido siempre un tema polémico, y las opiniones al respecto difieren fuertemente en cuanto a sus beneficios estéticos, sociales u otros. Para los griegos antiguos, por ejemplo, no había nada malo en la desnudez masculina durante los juegos, excepto que el prepucio debía sostenerse firmemente mediante un pequeño gancho o broche –como puede apreciarse en numerosos vasos y frisos. En el año 168 antes de Cristo, el emperador seléucida Antioquio IV prohibió la circuncisión. Las madres que circuncidaban ritualmente a sus niños eran flageladas, crucificadas o apedreadas. En el año 70 después de Cristo, el emperador romano Vesperiano instituyó un impuesto de la circuncisión conocido como el Fiscus Judaicus y supuestamente exigió que se revisara a cada hombre.

Años después, sin embargo, a la circuncisión masculina se le promovería por su valor de "incrementadora de la salud" y por su capacidad de reducir males morales. El explorador Sir Richard Burton escribió que el "beneficioso ritual de la circuncisión" es una de las "mil funciones externas que compensan por las delincuencias morales".[14] Berkeley cita a un tal Dr. Rae, quien escribe en la India un siglo antes y dice: "Mi ayudante musulmán me cuenta que los chicos moros se vuelven adictos a masturbarse con demasiada violencia hasta el día en que son circuncidados, y a partir de ese momento se les modera hasta que lleguen al acto sexual natural.[13]

Inspirándose en estas dos ideas y en el temor muy real de que a los hombres no circuncidados se les pudiera circuncidar durante la batalla, en 1661 el gobernador británico de la India y el Consejo de Madras ordenaron que todos "los cadetes fueran examinados corporalmente... Y si un cadete no podía jalarse bien el rabo, (el doctor de la compañía) habría de cortarle la piel por completo". Se dice que la Compañía Viejo Londres guardó reportes del estatus de circuncisión de todos sus empleados. Y en el siglo XIX la realeza británica comenzó a circuncidar a sus herederos creando en este terreno una moda y una diferencia de condición social. Al inicio de la segunda Guerra mundial, aproximadamente el 80 por ciento de los hombres de clases elevadas en la Gran Bretaña estaban circuncidados, en comparación con el 50 por ciento entre hombres de la clase obrera. (Citado por Berkeley)

Un acto profundamente político

La circuncisión masculina ha sido siempre un acto profundamente político –ya sea en una gran escala (¿y qué revela esto sobre la defensa que hacen hoy los países

del Norte de su "auge" en tantos países africanos?), o en un nivel más local. Durante la ocupación turca y el subsiguiente genocidio en Armenia, en 1915, en el que murieron 1.5 millones de personas, los hombres y niños armenios fueron circuncidados a la fuerza. En la Alemania nazi la circuncisión determinaba a menudo si un hombre sería o no deportado a un campo de concentración. En los años treinta, y después en los ochenta, como parte de una oleada de nacionalismo, en Bulgaria se prohibió la circuncisión por sus connotaciones con la previa ocupación turca del territorio.

Algo más. Incluso en Estados Unidos existe hoy una gran controversia en torno a esta práctica. El 8 de enero de 2007 una coalición de grupos interesados sometió al Congreso y a las legislaturas de 16 estados un proyecto de ley titulado Acta del 2007 de Prohibición Federal de la Mutilación Genital. Este proyecto de ley pretende enmendar el Acta de Mutilación Genital Femenina promulgada en 1996, de tal forma que los niños varones, los individuos intersexuales, y los adultos sin consentimiento puedan quedar protegidos de la mutilación genital.

La propuesta de ley establece incrementar el castigo máximo del delito hasta con 14 años de cárcel, para incluir como delito el facilitar asistencia para la mutilación genital de niños sin consentimiento y para prohibir a las personas en Estados Unidos el facilitar la mutilación genital de niños y de adultos no consintientes en países extranjeros. Aun cuando tomara tiempo para que la propuesta fuera considerada en los niveles más altos del gobierno federal, sí alcanzó un nivel de discusión en Comité en el estado de Massachussets el 4 de abril de 2007.

En el apoyo al proyecto de ley figura la evidencia del daño físico y psicológico. Las complicaciones físicas inmediatas causadas por la circuncisión masculina incluyen dolor, shock, hemorragia, infección, pérdida excesiva de piel y daño al tejido adyacente. La hemorragia y la infección pueden ocasionalmente provocar la muerte, aun cuando el procedimiento se lleve a cabo bajo vigilancia médica. Las consecuencias negativas a largo plazo presentan pérdida de sensibilidad e incremento de la fricción y el dolor durante la relación sexual. El daño psicológico incluye sensaciones de enojo, insuficiencia, ansiedad, depresión y trauma psicológico.

Se han señalado complicaciones similares en ámbitos de países en desarrollo. Bonner cita un estudio prospectivo que registra un índice de complicación del 11.2 por ciento en las circuncisiones que se practican en hospitales de Kenia y Uganda. Casi tres por ciento de los pacientes tuvieron infección en las heridas, las siguientes complicaciones más comunes fueron hemorragia severa (1.2%), retención de la orina (1.2%), y edema en el pene (1.2%). Los índices de complicaciones por circuncisiones practicadas sin vigilancia médica son típicamente más elevados e incluyen mutilación, pérdida del pene e incluso la muerte.

¿Un remedio para todos los males?

¿Qué revela hasta el momento esta breve reseña? Primero, y sobre todo, que la circuncisión masculina es un acto ligado a creencias e ideologías muy arraigadas sobre el orden social. No es, de modo alguno, una mera tecnología de prevención. Está ligada de modo casi inevitable a la expresión de poder —ya sea entre grupos, entre viejos y jóvenes por ejemplo, o en interacciones en la naturaleza. Se vincula con el colonialismo y con la resistencia al colonialismo; la invasión y la conquista son profundas, como lo son también sus conexiones con códigos y convenciones abiertamente morales. Finalmente, lejos de ser una operación banal o de rutina, la circuncisión masculina es un acto con profundas connotaciones sociales y consecuencias físicas y psicológicas muy duraderas. Un informe reciente en un diario por internet, *Africa Update*, asevera lo anterior cuando dice:

"*A menudo se piensa en la circuncisión masculina como algo que purifica y protege a la generación siguiente de influencias exteriores negativas, y vincula a todos los jóvenes con sus pares o con su grupo etario. Como parte de una intensa socialización de grupo, también establece firmemente las relaciones en el ámbito de una edad, el respeto generacional y los modelos de autoridad*" (énfasis agregado por el autor).

Esta es una de las razones por las cuales es importante la circuncisión masculina, y por lo que son tan candentes las opiniones al respecto.

En la década de 1870, Lewis Sayre, un prominente cirujano ortopédico estadounidense, alegó lo exitosa que era la circuncisión masculina para curar la parálisis y la inflamación femorotibial, y para "calmar la irritabilidad nerviosa". Más tarde amplió su tratamiento para incluir las hernias y la contracción de la vejiga. En el año 1875 escribió que la "irritación periférica" del prepucio provocaba en ocasiones una "demencia de los músculos", en la que los músculos de la víctima actuaban "por cuenta propia, involuntariamente, sin el poder de control del cerebro de la persona".

Pocos años después, en 1882, George Beard alegó que:

"*Las personas que son nerviosamente muy sensibles, y especialmente los estadounidenses que viven bajo un clima estadounidense, están propensos a desarrollar todos o muchos de los síntomas de la neurastenia sexual... un temperamento previamente asertivo afectado por el clima extenuante, el trabajo, la preocupación, el tabaco y el alcohol*". (Beard GM. Nervous Diseases Connected with the Male Genital Function. Medical Record (New York) 1882, 22:617-21.)

La circuncisión era la solución. En 1891, Peter Remondino escribió:

"*El prepucio parece ejercer una influencia maligna en la forma más lejana y en apariencia disconexa; como los genios malignos o los espíritus en los cuentos árabes, puede alcanzar desde lejos el objeto de su malignidad, abatirlo sin que se dé cuenta de la manera más inenarrable; volviéndolo la víctima de todo tipo de males, sufrimientos y tribulaciones, volviéndolo incapacitado para el matrimonio o para los asuntos comerciales; haciéndolo miserable y también objeto de regaños en su niñez... afectándolo con todo tipo de distorsiones físicas y penurias, con poluciones nocturnas y otros trastornos... todo ello calculado para debilitarlo física, mental y moralmente; haciéndolo aterrizar, si acaso, en la cárcel o incluso en un asilo de locos*." (Remondino, PC. History of Circumcision from the Earliest Times to the Present: Moral and PhysivcalRreasons for its Performance. Philadelphia: FA Davis, 1891. p. 254-55.)

En 1894, Merrill Ricketts identificó un asombroso conjunto de enfermedades que podían ser curadas a través de la circuncisión masculina. Éstas incluían el eczema, los edemas, la elefantiasis, la gangrena, la tuberculosis, la inflamación femorotibial, la enuresis, el nerviosismo general, las convulsiones y la histerio-epilepsia.

La circuncisión masculina con propósitos curativos tiene muchos defensores y partidarios. John Kellogg, el fundador del imperio de cereales Kellog's en Estados Unidos, la contempló como un remedio efectivo contra la masturbación y los males sociales que se decía la acompañaban. Abogó por un enfoque desvergonzadamente punitivo:

"*Un remedio casi siempre exitoso en los niños pequeños es la circuncisión. La operación debe hacerla un cirujano sin administrar un anestésico, dado que el breve dolor de la intervención tendrá un efecto benéfico sobre la mente, particularmente si se le vincula con la idea del castigo*".

El carácter social del argumento de salud pública

Con frecuencia se ha alegado que la circuncisión brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual en los hombres, de modo especial en los países en desarrollo. Sin embargo, es precisamente en estos lugares donde pocas investigaciones, si algunas, contienen controles vigorosos para elementos tan complejos como el medio social, la conducta sexual o la higiene del pene. Con frecuencia los estudios citados informan sobre muestreos pequeños y azarosos de hombres que asisten a las clínicas de EST o VIH.

En ámbitos mundiales más ricos, donde se han realizado estudios poblacionales, la evidencia es débil, por decir lo menos. La Encuesta Nacional sobre Salud y Estilo de Vida realizada en 1992 en Estados Unidos, reportó por ejemplo que "con respecto a las ETS no se había encontrado evidencia alguna del papel profiláctico de la circuncisión, sino más bien una leve tendencia en la dirección contraria". Un reciente estudio británico señaló:

"*No encontramos diferencias significativas en la proporción de los varones británicos circuncidados y no circuncidados que reportaron no haber sido jamás diagnosticados con una ITS (11.1% comparado con 10.8%, p =0.815), ITS bacteriana (6.4% cf 5.9%, p =0.628), o IST (4.7% cf 4.5%, p =0.786). Tampoco encontramos asociaciones significativas entre la circuncisión y el haber sido diagnosticados con cualquiera de las siete ITS específicas*".

Además, y al tiempo en que existen llamados para incrementar la circuncisión masculina en toda África, el:

"*...experimento de la circuncisión se ha realizado ya en Estados Unidos. ¿Y qué éxito ha tenido? Con el nivel más alto de circuncisión (en el mundo industrializado), Estados Unidos tiene también los niveles más elevados de mortandad infantil y una esperanza de vida masculina más corta que otros países igualmente desarrollados, índices más altos de enfermedades sexualmente transmisibles de cualquier nación desarrollada, e índices de cáncer cervical y de pene similares a los de otros países industrializados. Sin embargo estas son exactamente las enfermedades que se supone deben prevenir la circuncisión. Cualquier observador imparcial deberá concluir que el experimento de todo un siglo ha fallado*".

Conclusiones

¿Cómo podemos entender mejor la defensa actual de la circuncisión como intervención profiláctica? Algunos de los

factores que pudieran sin duda estar presentes tienen que ver con las complejas aristas entre intervención individual e higiene social, y entre salud pública y control social.

En los últimos años hemos asistido por parte de los programas nacionales, las agencias internacionales y los expertos de salud pública, a una creciente impaciencia por avanzar en la lucha contra la epidemia global del VIH. En algunas circunstancias se alega que ha fallado la prevención elemental basada en una respuesta educativa, social y de derechos, y que lo que se requiere es un compromiso más cabal con los principios de la medicina "tradicional" en salud pública. Tanto en las publicaciones académicas como en los corredores de las conferencias internacionales del VIH, los colegas murmuran que ha llegado el momento de la "prevención biomédica", y la extensión de los medicamentos antirretrovirales a poblaciones de otro modo saludables de trabajadoras sexuales y otros grupos vulnerables es sólo un ejemplo de un enfoque semejante. La Conferencia Internacional de la Sociedad de Sida, llevada a cabo en Sidney 2007, sobre Patogénesis del VIH, Tratamiento y Prevención, tiene una parte dedicada al tema de la Prevención Biomédica. Es en este contexto que debe entenderse la defensa actual de la circuncisión masculina.

Pero existen otras fuerzas en juego. Algunas tienen su origen en la necesidad de las autoridades nacionales y grupos comunitarios por encontrar respuestas al crecimiento aparentemente incontenible del VIH. Otras proceden de la voluntad de estos mismos grupos por adoptar soluciones que atraigan fondos –en este caso de parte de USAID y de la Fundación Bill y Melinda Gates— financiadores importantes de la prevención de la epidemia, que públicamente han apoyado la circuncisión masculina como una estrategia en la prevención del VIH. Otros donantes han sido más cautelosos. De modo tal vez más profundo, las fuentes del entusiasmo tienen sus orígenes en el enfoque "conjunto" de la prevención del virus que parece ofrecer la circuncisión masculina. Esta práctica no sólo ofrece una moderna solución de salud pública, sino también conlleva una autoridad moral difícil de negar.

En las dos relaciones históricas que analiza este trabajo y en sus contrapartidas modernas, hay una insistencia estridente en la virtud del acto y en su potencial para producir un cambio. Algunos han llegado hasta alegar que en el contexto actual sería moralmente poco ético no ofrecer la circuncisión masculina. Pero tanto en el pasado como en el presente queda aún por probar a gran escala la evidencia científica para la aceptabilidad y eficacia profiláctica de la misma. La evidencia de ensayos recientes, que requieren por lo menos de un continuo escrutinio científico, se proclama ahora como una "verdad". Quienes se oponen y quienes dudan de su eficacia a un nivel poblacional, a falta de modificaciones mayores en la práctica sexual, han sido silenciados o marginados en medio de ataques furiosos. Han surgido también curiosas alianzas entre médicos, abogados, líderes religiosos y contratistas morales.

Algo tal vez más serio es la capacidad que tiene la defensa de la circuncisión masculina de abrir divisiones nuevas en un nivel nacional e internacional. Cuando recientemente estuve en Kenia, escuché que era impensable para esa nación tener un "Presidente no circuncidado". En ese mismo país se ha señalado el caso de niños a los que se regresa a casa de la escuela hasta que no se les realice la operación. Entre las habladurías que circularon en las recientes consultas de la OMS/ONUSIDA sobre este tema, ambas partes se tacharon mutuamente de "irracionales", "ideologizadas" y "no científicas".

En el mismo momento en que dos décadas de programación y defensa avanzan en contra de la discriminación y el estigma por el VIH, corremos el riesgo de crear nuevas diferencias en torno de las cuales pueda afianzarse la división entre los circuncidados y quienes no lo están, entre quienes defienden la circuncisión y quienes no lo hacen, y entre quienes están a favor de una respuesta amplia y completa y aquellos que buscan soluciones supuestamente más simples.

''Just a Snip''?: A Social History of Male Circumcision
Reproductive Health Matters 2007;15(29):15–21

Referencias

1. See <http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2007/20070328_pr_mc_recommendations_en.pdf >. Accessed 1 April 2007.
2. See <http://vivirlatino.com/2007/04/03/brazil-says-no-tocircumcision.phpN and <www.circumcisionandhiv.com/2007/03/ugandan_preside.html>. Accessed 1 April 2007.
3. See, for example, Sawires S, Dworkin S, Coates T. Male Circumcision and HIV AIDS: Opportunities and Challenges. 2006. At: <www.aidsvaccineclearinghouse.org/MC/circumcision_paper_sawires_dworkin_coates.pdf >. Accessed 1 April 2007.
4. For recent reviews, see Gollaher D. Circumcision. New York: Basic Books, 2000.
5. See also Darby R. A Surgical Temptation. Chicago: University of Chicago Press, 2005.
6. See, for example, the recent

UNAIDS feature story on male circumcision at <www.unaids.org/en/MediaCentre/PressMaterials/FeatureStory/20070226_MC_pt1.asp>. Accessed 1 April 2007.
7. At: <www.philae.nu/akhet/Saqqara11.html>. Accessed 1 April 2007.
8. Cited in Griffin G. Decircumcision. San Francisco: Added Dimensions Publishers, 1992. p.17.
9. Footnote 180. At: <www.wollamshram.ca/1001/Sn_2/v12notes.htm>.
10. Rabbi Maimonides. A Guide for the Perplexed (trans. M. Friedlander). Dover7 New York, 1956.
11. Berkeley B. Foreskin – A Closer Look. Boston7 Alyson Publications, 1993. p.51.
12. Allen Edwardes. Death Rides a Camel. A Biography of Sir Richard Burton. London7 Julian Press, 1983. Cited at: <www.circlist.com/rites/british.html>.
13. Allen Edwardes. The Jewel in the Lotus: A historical survey of the sexual culture of the east. New York7 Julian Press, 1959.
14. Burton R. The Jew, The Gypsy, and El Islam. London7 Hutchinson and Co, 1874. p.67–71.
15. Berkeley B. Circumcision: the ultimate anti-masturbation strategy. 1993. At: <www.solotouch.com/res.php?t=a&num=33>.
16. See <www.circlist.com/rites/british.html>. Accessed 1 April 2007.
17. See <www.mgmbill.org/index.htm>. Accessed 5 April 2007.
18. See <www.mgmbill.org/mamgmbillstatus.htm#current>.
19. Magoha GAO. Circumcision in various Nigerian and Kenyan hospitals. East African Medical Journal 1999;76(10):583–86. Cited in: Bonner K. Male circumcision as an HIV control strategy: not a ''natural condom''. Reproductive Health Matters 2001;9(18):143–55.
20. Sidley P. Botched circumcisions kill 14 boys in a month [News roundup]. BMJ 2006;333 (8 July):62.
21. Africa Update. At: <www.ccsu.edu/Afstudy/upd3-2.html>.
22. Sayre LA. Circumcision versus epilepsy, etc. Medical Record (New York) 1870–71;5:233–34.
23. Beard GM. Nervous Diseases Connected with the Male Genital Function. Medical Record (New York) 1882;22:617–21.
24. Remondino PC. History of Circumcision from the Earliest Times to the Present: Moral and physical reasons for its performance. Philadelphia7 FA Davis, 1891. p.254–55.
25. Merrill Ricketts B. The last fifty of a series of two hundred circumcisions. New York Medical Journal 1894;59: 431–32.
26. Kellogg J. Treatment for Self-Abuse and its Effects. Plain Facts for Young and Old. Burlington, Iowa7 F Segner & Co, 1888. p.295.
27. Laumann E, Masi C, Zuckerman E. Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. Journal of the American Medical Association 1997;277 (13):1052–57.
28. Dave SS, Johnson AM, Fenton KA, et al. Male circumcision in Britain: findings from a national probability sample survey. Sexually Transmitted Infections 2003;79:499–500.
29. Darby R. The sorcerer's apprentice: why can't the United States stop circumcising boys? 2005. At: <www.historyofcircumcision.net/index.php?option=content&task=view&id=61>. Accessed 1 April 2007.