

1. Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG). Ex Presidente SPOG. Editor Científico, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Miembro Honorario, 6 Sociedades de Obstetricia y Ginecología de América Latina. Maestro Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Ex Director Ejecutivo de FLASOG. Fellow American College of Obstetricians and Gynecologists. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2603-3607>

Financiación. Autofinanciado

Declaración de conflicto de interés. El autor no tiene conflicto de intereses

Recibido: 22 junio 2021

Aceptado: 23 junio 2021

Publicación en línea:

Autor corresponsal:

Luis Távara Orozco

✉ [luis.tavara@gmail.com](mailto:luis.tavara@gmail.com)

Citar como: Távara Orozco L. Derechos sexuales y reproductivos en Perú, más allá del Bicentenario. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(3). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov67i2335>

## Derechos sexuales y reproductivos en Perú, más allá del Bicentenario Sexual and reproductive rights in Peru, beyond the Bicentenary

Luis Távara Orozco<sup>1</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov67i2335>

### RESUMEN

**Objetivo.** Precisar el concepto de salud sexual y reproductiva, situarla dentro de los Derechos Humanos y, como consecuencia, dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos; discutir algunas cuestiones de género; examinar la situación de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país y lo que esperamos para los años venideros. **Metodología.** Revisión de la literatura médica nacional en relación a los derechos sexuales y reproductivos y sistematizar la información. **Resultados.** En los diversos componentes de la salud sexual y reproductiva se encuentran deficiencias importantes que es necesario superar para alcanzar el bienestar que señalan los Objetivos de Desarrollo Sostenible. **Conclusión.** Hay todavía mucho que desarrollar en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, apelando al mejor desempeño y compromiso de los profesionales de la salud.

**Palabras clave.** Derechos humanos, Derechos sexuales y reproductivos, Salud sexual y reproductiva.

### ABSTRACT

**Objective:** To clarify the concept of sexual and reproductive health, to situate it within Human Rights and, as a consequence, within Sexual and Reproductive Rights; to discuss some gender issues; to examine the situation of sexual and reproductive rights in our country and what we expect for the years to come. **Methodology:** Review of the national medical literature in relation to sexual and reproductive rights and systematize the information. **Results:** In the various components of sexual and reproductive health there are important deficiencies that need to be overcome in order to achieve the well-being indicated by the Sustainable Development Goals. **Conclusion:** There is still much to be developed in the recognition of sexual and reproductive rights, appealing to the best performance and commitment of health professionals.

**Key words:** Human rights, Reproductive rights, Sexual and reproductive Health.

### INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el cuidado de la salud se debe hacer con un enfoque de derechos humanos (DH) que se fundamenta en el respeto hacia la dignidad de las personas, dado que el ser humano es el centro de acción del Estado. Esto implica igualdad de trato y no discriminación en la atención de la salud<sup>(1,2)</sup>. Los DH son una facultad o prerrogativa de exigir de un tercero una determinada conducta. Son la expresión de ciertos valores: dignidad, libertad, igualdad. Se refiere a los derechos de los ciudadanos frente al Estado y frente a la comunidad internacional. El Estado tiene la obligación de: garantizar el goce y el acceso a los derechos, no obstaculizar que las personas disfruten de un derecho, eliminar las barreras que impiden el goce y el acceso a los derechos. Ello implica adecuar las leyes y/o su interpretación. Los DH son interdependientes, tienen progresividad y deben ser interpretados lo más favorable a las personas<sup>(3)</sup>.

En el marco normativo internacional se reconoce los derechos sexuales y reproductivos (DSyR) como derechos humanos, es decir como parte indivisible, integral e inalienable de los DH universales. Sin embargo, la realidad muestra que, en el desarrollo de estos derechos, aún persisten los bajos niveles de reconocimiento, profundización y ejercicio, especialmente entre los sectores más vulnerables de la población. En prácticamente todos y cada uno de los derechos existen deficiencias y obstáculos muy difíciles de superar, incluso en los aspectos más elementales<sup>(4)</sup>.



Los DSyR son DH universales, basados en la libertad, dignidad e igualdad, inherentes a todos los seres humanos<sup>(4-8)</sup>. Se reconocen como Derechos Sexuales (DS):

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

Se reconoce como Derechos Reproductivos (DR):

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

Entonces, los DSyR son elementos integrales de los derechos de todas las personas a disfrutar del más alto estándar alcanzable de salud física, mental y social<sup>(9)</sup>.

## LA SALUD SEXUAL (SS) Y SALUD REPRODUCTIVA (SR)

La SS es la posibilidad de disfrutar la sexualidad mutuamente satisfactoria, libre de abuso, acoso o coerción sexual, de tener condiciones de seguridad frente a las enfermedades de transmisión sexual y la posibilidad de lograr o prevenir un embarazo que no se desea o no se planea<sup>(10)</sup>.

El concepto de salud reproductiva es uno de los hitos de la historia social del siglo XX. Se desarrolló como resultado de la experiencia durante las décadas de 1970 y 1980 y adquirió validez universal con el consenso de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 en El Cairo. La diferencia entre las mujeres de los países ricos y pobres radica en el nivel de SR<sup>(7,8)</sup>.

La comprensión de la SR ha avanzado significativamente en las últimas décadas. El campo de la SR es diferente de otros campos de la salud. La participación de la sociedad en general y las consecuencias para dicha sociedad son diferentes en otras áreas de la medicina y la salud y no es una razón menor que la reproducción humana; es el medio por el cual cada sociedad se perpetúa a sí misma y a sus tradiciones. Ninguna sociedad, religión, cultura, ni sistema nacional de derecho ha sido neutral frente al tema de la reproducción humana. El progreso de la SR, mucho más que cualquier otro campo de la salud, requiere aportes y un buen desempeño de los proveedores de servicios de salud, de los encargados de definir políticas de salud, de los legisladores, abogados, activistas de derechos humanos, grupos de mujeres y de la sociedad en general<sup>(10)</sup>.

## ASPECTOS ÉTICOS

La atención de la SSyR con frecuencia plantea problemas médicos, éticos y bioéticos de manera particularmente compleja. Pueden surgir dilemas entre los principios éticos de la relación entre un proveedor de servicios de salud y una paciente y los principios éticos que se aplican a los proveedores de servicios de salud como miembros de una comunidad. Cuando un profesional decide si presta los servicios solicitados o



no, puede verse obligado a confrontar y definir su ética personal y su contribución personal y profesional tanto a la salud de la paciente, como al carácter y conciencia de su comunidad. Los profesionales se ven enfrentados a problemas tan antiguos como la atención del aborto o los más modernos, como el empleo apropiado de tecnologías reproductivas avanzadas, incluyendo la creación de embriones humanos por fuera del cuerpo de la mujer para superar los efectos de la infertilidad. La bioética estudia los temas básicos del manejo humano, institucional y social del nacimiento, la enfermedad y la muerte de los seres humanos, pero ha atraído la atención pública a través de los desarrollos tecnológicos<sup>(10)</sup>. El proveedor también puede invocar su derecho a la objeción de conciencia frente a la realización de determinados procedimientos, pero en este caso estaría obligado a remitir la paciente a un colega, de quien se sepa, pueda solucionar el problema<sup>(11)</sup>.

### CONSIDERACIONES DE GÉNERO

No obstante los avances en SSyR y las reformas del sector salud, aún no se ha tomado debida cuenta que hombres y mujeres presentan diferencias en su salud, puesto que las mujeres tienen más necesidades de servicios, debido a su biología y su función reproductiva. Por otro lado, se mantiene la discriminación, inequidad y exclusión de un número importante de mujeres, especialmente de las más pobres; lo que pone en grave riesgo su salud<sup>(2)</sup>. Si se quiere lograr la SSyR, hay que darles información a las personas para que ejerzan el control de su vida y garantizarles el acceso a los servicios de salud afines. Si bien estos derechos y la capacidad de ejercerlos constituyen un valor importante por sí mismos, son también una condición para el bienestar y el desarrollo. El descuido y la desorganización de los servicios de SSyR y de los derechos asociados, son la causa de muchos problemas relacionados con la salud en todo el mundo. De paso se debe decir que la carga de enfermedad en la SR es de 20% en las mujeres y 14% en los hombres<sup>(10,12)</sup>.

Muchos de los problemas de salud relacionados al sexo o a la sexualidad dependen de la naturaleza de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Un indicador clave de las diferencias entre hombres y mujeres es la muerte materna

(MM). Como sabemos, no existe “muerte paterna” relacionada al embarazo o al parto, porque esta solo ocurre en las mujeres. Una de las principales causas de MM es el aborto, que los hombres tampoco lo padecen<sup>(2)</sup>. A lo anterior debemos además sumar que las mujeres padecen más violencia basada en género<sup>(13)</sup>, mayor carga de ITS, que cada vez es más frecuente la infección por VIH a punto de partida de relaciones heterosexuales; y como si eso fuera poco, las mujeres padecen más inequidades sociales y económicas, al disponer de menor educación, menor capacidad económica y menor capacidad de decisión.

### COMPROMISO DE LAS SOCIEDADES MÉDICO CIENTÍFICAS

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

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

A estos derechos, como parte de este trabajo debemos añadir la salud de las adolescentes.



Tomando como marco la relación de derechos cuya defensa ha sido asumida por FLASOG y, por tanto, por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, este artículo tiene como objetivo precisar el concepto de salud sexual y reproductiva, situar la SSyR dentro de los Derechos Humanos y como consecuencia dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos, discutir algunas cuestiones de género, examinar la situación de los DSyR en nuestro país<sup>(14)</sup>, lo que esperamos para los años venideros luego de realizar algunos planteamientos para su mejoría y cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible<sup>(15)</sup>.

## METODOLOGÍA

De acuerdo a lo expresado por el editor de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (RPGO), las investigaciones han aportado a nuestra realidad en medicina reproductiva, diagnóstico temprano del cáncer ginecológico, atención adecuada del parto, disminución de la mortalidad materna y perinatal, hemorragia obstétrica, preeclampsia, gestación y recién nacido en la altura, anticoncepción, menopausia, prolapso genital e incontinencia urinaria, patología de la mama, genética, ecografía, cirugía endoscópica, y muchos otros temas relacionados<sup>(16)</sup>, pero nosotros agregamos que falta mucho más que eso.

El autor ha realizado una sistematización de la literatura médica peruana tomando como fuente las publicaciones aparecidas en la RPGO desde el año 2000 hasta mayo del 2021, en donde se reporta temas de derechos y de salud sexual y reproductiva que han podido ser dados a conocer como parte del conocimiento o intervenciones en los diferentes ambientes de trabajo. Así mismo, durante este período se ha revisado publicaciones de libros nacionales u otros tipos de publicaciones, como los reportes del Ministerio de Salud (MINSA) y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020, en donde se consiguen estos temas.

Luego se ha procedido a agruparlos según temática en forma de tablas para poder presentarlos en resultados y discutir los mismos en la sección respectiva.

No se ha dado la necesidad de someter a análisis estadísticos los resultados ni a solicitar consentimiento informado a personas, puesto que

solo se ha tratado la revisión de la información existente.

## RESULTADOS

Sobre derechos sexuales y reproductivos y SSyR en general, se han producido las siguientes publicaciones:

• En la RPGO se han producido	3 publicaciones
• En libros de Congreso SPOG	2 publicaciones
• Otras publicaciones SPOG	2 publicaciones
• Publicaciones FLASOG en Lima	4 publicaciones
• Colegio Médico del Perú	3 publicaciones
• Libro de texto	1 publicación
• MINSA (Guías Nacionales de SS y R)	1 publicación
<b>Total de publicaciones</b>	<b>16</b>

Destaca dentro de estas 16 publicaciones, las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva que el MINSA publicó en el año 2004 con el propósito de unificar criterios de atención de la salud de las mujeres sobre la base del respeto a sus derechos<sup>(17)</sup>.

Sobre el Derecho a una maternidad saludable y segura, sin riesgo de morir se han producido las siguientes publicaciones:

• En la RPGO	20 publicaciones (3 en relación al Covid-19)
• MINSA	2 publicaciones
• FLASOG (en Lima)	1 publicación
• Libro de texto	1 publicación
<b>Total de publicaciones</b>	<b>24</b>

Destaca en estas 24 publicaciones un reporte del MINSA y 3 trabajos en la RPGO que abordan el tema de la MM producida por el Covid-19.

Sobre el derecho a la Planificación Familiar (anticoncepción) se han producido las siguientes publicaciones:

• En la RPGO	12 publicaciones
• Colegio Médico del Perú	1 publicación
• Libro de texto	1 publicación
• Libro de la Academia Peruana de Salud	1 publicación
• Otras publicaciones SPOG	1 publicación
• ENDES 2020	1 publicación
<b>Total de publicaciones</b>	<b>17</b>

Dentro de estas 17 publicaciones destaca ENDES 2020, que nos da cuenta del estado actual de la planificación familiar, de la salud materno-infan-



til, de la salud reproductiva de adolescentes y de la situación de la violencia doméstica<sup>(18)</sup>.

Sobre el derecho a disfrutar una vida sexual sin violencia se han producido las siguientes publicaciones:

• En la RPGO	7 publicaciones
• FLASOG (1 con SPOG)	3 publicaciones
• Libro de texto	1 publicación
Total de publicaciones	11

Dentro de estas 11 publicaciones destaca una de FLASOG, que intenta desarrollar la atención de la violencia sexual centrada en una institución de salud y la coordinación estrecha con los aspectos de orden jurídico, con el propósito de asegurar la prestación de salud sin someter a las víctimas a una revictimización<sup>(19)</sup>.

Sobre el derecho a la interrupción del embarazo según la legislación del país se han producido las siguientes publicaciones:

• En la RPGO	14 publicaciones
• Libro Congreso SPOG	1 publicación
• Otros SPOG	2 publicaciones
• MINSA	1 publicación
• Federación Internacional de GO (FIGO)	3 publicaciones
• Promsex	2 publicaciones
• Colegio Médico del Perú	1 publicación
Total de publicaciones	24

Dentro de estas 24 publicaciones destacan aquellas promovidas por FIGO dentro de una intervención a nivel mundial, "Iniciativa FIGO para la prevención del aborto inseguro" y que tuvo a Perú como un importante actor. Igualmente destaca la publicación del MINSA de la Guía Nacional para la Atención Integral de la interrupción del embarazo hasta las 22 semanas porque regula técnicamente la atención del aborto terapéutico<sup>(20)</sup>.

En relación al derecho a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes se han producido las siguientes publicaciones:

• En la RPGO	10 publicaciones
• MINSA	1 publicación
• Promsex	1 publicación
Total de publicaciones	12 publicaciones

Del total de las 12 publicaciones, destaca el documento del MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del embarazo en adolescentes<sup>(21)</sup>.

## DISCUSIÓN

De los resultados de esta búsqueda se puede apreciar que hay muy poco interés de publicar trabajos o intervenciones en relación a los derechos y la salud sexual y reproductiva, lo que representa una deuda con las mujeres del Perú.

Conforme expresa el actual Presidente de SPOG, se considera que la pandemia COVID-19 ha puesto en evidencia un sistema de salud del país desactualizado dada la poca importancia que le han prestado los gobernantes peruanos. Falta implementación adecuada de las instituciones de salud, escasa preparación para catástrofes sanitarias, fracaso en la atención primaria en salud, cierre del primer nivel de atención durante la pandemia, escasez de recursos humanos preparados para atender las urgencias, unidades de cuidados intensivos. El no considerar a la gestación como factor de riesgo para la infección por COVID-19, entre otros, ha hecho que la pandemia tenga un impacto profundo en la salud de la población en general y en la mujer en particular. Así mismo, es clara la falta de investigación en salud y la limitación de estudios en el campo de la salud de la mujer peruana en sus diferentes edades de la vida<sup>(22)</sup>. Esto implica además la necesidad de formación de los recursos humanos en salud sexual y reproductiva desde las aulas universitarias<sup>(23)</sup>. Veamos ahora cada uno de los derechos que FLASOG se ha comprometido en defender.

### **SOBRE EL DERECHO A UNA MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA, SIN RIESGO DE MORIR (MORTALIDAD MATERNA)**

La mortalidad materna es definida como la muerte de mujeres durante el embarazo o dentro de los 42 días de terminado el embarazo, a despecho de la duración y lugar del mismo, por causas relacionadas o agravadas por la gestación o su manejo; pero, no incluye las causas incidentales o accidentales<sup>(24)</sup>. Es el indicador más sensible del nivel de atención de la salud reproductiva, porque usualmente expresa las grandes brechas existentes dentro de las poblaciones, en



donde son las mujeres más desprotegidas, excluidas y discriminadas las que terminan su embarazo con una trágica muerte<sup>(25)</sup>.

A nivel internacional existe una gran preocupación por las altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas evitables, lo que no es ajeno a Latino América y El Caribe (LAC). La MM continúa siendo un problema grave de DH que afecta dramáticamente a las mujeres y repercute en sus familias y comunidades. Por ello es que se han hecho esfuerzos por valorar el peso que tienen las diferentes tecnologías en la reducción de la mortalidad materna y ha quedado clara la seguridad que ofrece la prestación de servicios por personal calificado al momento del parto<sup>(26)</sup>.

El Perú viene desarrollando muchas actividades e intervenciones para disminuir las cifras de MM, después del compromiso de la OMS en Nairobi el año 1987. En el año 2000 se enunciaron los Objetivos del Milenio de la ONU, uno de los cuales estableció la meta de reducir en 75% la razón de MM al año 2015<sup>(27)</sup>, la cual el Perú estuvo muy cerca de alcanzarla, habiéndose quedado un poco por encima del 66% fijado para entonces.

La maternidad segura es lograr una salud óptima para la madre y el recién nacido. Supone reducir la mortalidad y morbilidad maternas y mejorar la salud del recién nacido, gracias a un acceso equitativo a la atención primaria de la salud, incluida la planificación familiar, atención durante el embarazo, el parto y después del nacimiento, tanto para la madre como para el niño, y acceso a servicios básicos de obstetricia y neonatología<sup>(28)</sup>. Es por ello que en lo que va de este siglo se han producido intervenciones gravitantes desde el MINSa, instituciones de cooperación y sociedad civil. Por ejemplo, se terminó de implementar la estrategia de los Diez Pasos para un Parto Seguro, que produjo el descenso ostensible de la MM en 4 regiones del país<sup>(29)</sup>. El MINSa finalizó su Proyecto 2000 con la cooperación de Agencia para el Desarrollo Institucional (AID, por sus siglas en inglés) de los EE UU, que le permitió obtener también reducción de la razón de MM (RMM) en las regiones intervenidas. La SPOG en asociación con FIGO implementó el Programa de reducción de la MM en la subregión de Morropón-Chulucanas en la región de Piura, con alentadores resultados.

El Ministerio de Salud fortaleció su Programa de reducción de MM con la clara intención de cumplir con las metas del milenio y lo ha continuado aplicando, de tal forma que las cifras han venido en descenso hasta alcanzar en el año 2019 una RMM de 55,1 por 100 000 NV. Sin embargo, durante el año 2020, como consecuencia de la pandemia Covid-19 la RMM se ha elevado a 81,6 por 100 000 NV<sup>(30)</sup>.

A través de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del MINSa se conoce que, en el 2020 la MM se ha elevado en un 42%; sus causas: hipertensión inducida por el embarazo (HIE) 20,5%, hemorragia 17,2%, Covid-19 14,7%. Hay un aumento marcado de la violencia contra la mujer. La muerte materna ha aumentado en el inicio de 2021 -de manera correspondiente con lo que está ocurriendo con las muertes en la población peruana y en el mundo-, especialmente la muerte materna indirecta causada por la infección Covid-19, que se elevó de 16,6% en 2020 a 36% hasta la semana 13ª de 2021. Es importante conocer que, de las causas directas de la MM, los trastornos hipertensivos incrementaron ligeramente entre 2019 y 2020 (de 19,5% a 21,4%, y fueron la primera causa de MM directa), y en el primer trimestre de 2021 su incidencia bajó a 15,8%, siendo superada por la hemorragia obstétrica (19,3%) que, sin embargo, parece estar descendiendo desde 2019 (25,9%). No podemos dejar de mencionar la asociación encontrada en diversas publicaciones sobre una posible asociación entre la infección por el virus SARS-CoV-2 y la preeclampsia<sup>(31,32)</sup>.

- Para alcanzar el numeral 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible será necesario después del bicentenario diversas intervenciones:
- Poner énfasis en los determinantes sociales y económicos de la MM.
- Considerar en las políticas públicas una mayor cobertura de salud, acceso universal a los servicios, asignación de recursos, utilizar intervenciones basadas en evidencias y utilizar la cooperación sur-sur.
- Fortalecer la estrategia de la atención primaria.
- Considerar en los sistemas de salud respeto por los DSyR, equidad, calidad de atención,



capacidad resolutive, detección y manejo oportuna de las emergencias: hipertensión, hemorragias, abortos complicados, capacitar al personal y clarificar y fortalecer el rol de las parteras profesionales.

- Disponer de información y vigilancia: actualizar datos, usar la información sobre morbilidad materna extrema.
- Usar la anticoncepción, mejorar la consejería, utilizar métodos anticonceptivos (MAC) eficaces promoviendo el uso de anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), respetar el derecho a decidir, disponer de los insumos de SSyR.
- Dar respuesta adecuada a los casos de aborto inseguro de acuerdo a la ley y las normas del país.
- Movilizar los comités de muerte materna.
- Mejorar los registros.
- Utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE11 a partir del año 2022.
- Empoderar a las mujeres, mediante la mejor información, acceso a la educación, igualdad de oportunidades y reconocer su derecho a tomar sus propias decisiones.
- Mejorar el desempeño y el compromiso de los profesionales de la salud.
- En cuanto a la MM y la COVID-19: reducir el impacto, mantener continuidad de los servicios, priorizar la vacunación, considerar esenciales los servicios de SSyR con una mejor asignación del personal.

## DERECHO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF)

Sigmund Freud, desde antes que se definiera la SSyR y los DSyR, expresaba "Uno de los mayores triunfos de la humanidad sería elevar la responsabilidad del acto de la reproducción a un nivel de acción voluntaria e intencional", como queriéndonos decir que la función reproductiva debe estar supeditada a la decisión y a la voluntad de las personas y no a un hecho fortuito, impuesto por terceras perso-

nas, o por la sociedad. Justamente la planificación familiar -y la anticoncepción- en este tema juega un rol importante. El *Population Reference Bureau* sostiene que todo embarazo debe ser deseado y que, gracias a la revolución de la tecnología, hoy en día la fecundidad debe ser lograda por elección, lo que ha conducido a una disminución significativa de la tasa de fecundidad y por tanto a la disminución del riesgo que representan el embarazo y del parto<sup>(33)</sup>.

La PF es una medida de prevención primaria eficaz para reducir el embarazo no deseado. De los datos disponibles se puede afirmar que ¼ a 2/5 de las MM pueden ser eliminadas si se evitan estos embarazos a través de la anticoncepción<sup>(18)</sup>.

En el Perú ha habido también progresos en PF hasta el inicio de la primera década del presente siglo, en que el programa correspondiente no solo se debilitó, sino que desapareció como tal y las actividades de PF sufrieron algunos tropiezos, como las dificultades logísticas, el desabastecimiento de insumos, la extrema reducción de la oferta de anticoncepción quirúrgica, la reducción de las actividades de capacitación y supervisión<sup>(34)</sup>.

De acuerdo con ENDES 2000, la tasa global de fecundidad ha venido descendiendo progresivamente y hoy la encontramos en 1,9 hijos por mujer al término de su edad reproductiva, y el intervalo entre los nacimientos es en promedio 62,2 meses. La prevalencia de uso de anticonceptivos aparentemente es alta (77,4%), el 55% corresponde a los métodos modernos, entre los que destaca el inyectable como el más usado (17,1%). Los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) casi no aparecen en el sector público, aunque es mayor su frecuencia de uso en el sector privado, muy semejante a lo que se da con la anticoncepción de emergencia. Los métodos tradicionales se usan con una frecuencia de 22,3%, siendo el método de abstinencia periódica el mayormente utilizado, con la salvedad que solo el 50% de las mujeres que lo usan conocen sus días ovulatorios. Del total de mujeres en edad fértil (MEF), 52% ya no desean tener hijos, el 6,1% tiene demanda insatisfecha de anticonceptivos, 52,1% han tenido embarazos no deseados y la demanda total de anticonceptivos es del orden de 87,1%<sup>(18)</sup>.



Para cumplir con este derecho, después del bicentenario quedan en el Perú como asuntos pendientes en PF<sup>(34)</sup>:

- Ampliar los servicios de PF, desde el primer nivel de atención.
- Asegurar una buena logística que diversifique los métodos anticonceptivos (MAC).
- Mejorar la información en SSyR a las mujeres.
- Mejorar la calidad de atención y la elección de las personas usuarias.
- Reducir las necesidades insatisfechas en anticoncepción.
- Facilitar la anticoncepción quirúrgica voluntaria en los servicios públicos.
- Disponer de una gama mayor de MAC incluyendo la anticoncepción de emergencia y los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración<sup>(35)</sup>.

## DERECHO A DISFRUTAR DE UNA VIDA SEXUAL SIN VIOLENCIA

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

Según la ENDES 2020, el 54,8% de mujeres fueron víctimas de violencia ejercida alguna vez por el esposo o compañero, con tendencia a ser mayor en las residentes del área urbana (55,3%) en comparación con las residentes del área rural (52,3%). Entre las formas de violencia, destaca la violencia psicológica y/o verbal (50,1%), que es la agresión a través de palabras, injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas

y otras acciones para minar su autoestima, Le sigue la violencia física (27,1%), que es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, patadas, bofetadas, entre otras. Y, finalmente, la violencia sexual (6,0%), que es el acto de coacción hacia la mujer a fin de que realice actos sexuales que ella no aprueba, o la obliga a tener relaciones sexuales<sup>(18)</sup>. Sin embargo, estas cifras corresponden a las mujeres en edad fértil unidas y deja de lado a las menores de 15 años y a las mayores de 49.

La edad no es una barrera que evita la violencia, puesto que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas pueden sufrir lesiones físicas y psicológicas y, en casos extremos, la muerte. Sin embargo, son las mujeres en edad reproductiva las que quizás afrontan las mayores consecuencias. Si la mujer es víctima de violencia puede sufrir repercusiones que duran toda la vida, y las que padecen abuso durante la niñez corren aún mayores riesgos de convertirse en víctimas durante su edad adulta<sup>(19)</sup>.

La tolerancia social de la violencia hace difícil que la mujer denuncie el abuso físico y sexual y por tanto la información estadística se hace cuestionable. Por otro lado, los profesionales de la salud, debido a su orientación eminentemente biomédica, no indagan en las mujeres que atienden, no le dan la debida importancia, porque consideran que es un asunto privado y las mujeres que han sido violentadas sexualmente evitan hacer una denuncia por cuanto no confían en los proveedores de salud ni en los que imparten justicia<sup>(19)</sup>.

Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el abuso por parte de sus maridos o parejas íntimas, quienes la ejercen como una forma de control sobre ellas y una expresión del desequilibrio de poder. La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. Para muchas mujeres, la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo<sup>(19)</sup>.

Estudios efectuados en comunidad y al interior de los servicios de salud reproductiva en el Perú revelan que las cifras de violencia sexual contra las mujeres son relativamente altas cuando se las compara con las existentes en otras regiones del mundo<sup>(37,38)</sup>. La violencia contra las mujeres



en cualquiera de sus formas ocurre en cualquier momento en la vida de ellas y el embarazo no se comporta como un factor protector. La violencia durante el embarazo es más frecuente que cualquiera de las patologías de la gestación. Lo que ocurre es que no se le detecta o, si se lo hace, no se le presta la debida importancia. En los servicios de salud reproductiva del Perú se encuentra que la violencia en cualquiera de sus formas ocurre en el 31,9% de las embarazadas; la violencia psicológica en 23,3%, la violencia física en 7,4% y la violencia sexual en 7,1%, aunque con alguna frecuencia pueden coexistir dos o tres tipos de violencia sobre la misma mujer<sup>(39)</sup>.

Las repercusiones que tiene la violencia sobre las mujeres están muy bien identificadas. Puede provocar consecuencias mortales, derivadas de homicidio, suicidio, muerte materna o muertes derivadas del VIH/sida. Igualmente puede provocar consecuencias no mortales sobre la salud física en general, sobre la salud mental, lesiones y discapacidades crónicas y problemas en la salud sexual y reproductiva. La violencia sexual puede resultar en consecuencias de corto y largo plazo en la salud de las mujeres, incluyendo el trauma físico, tal como la fístula vaginal, la infección por VIH, el embarazo no deseado y el aborto inseguro. La vulnerabilidad a las ITS, incluyendo el VIH puede ser más alta que en el sexo consensuado, debido al trauma genital y en el caso de perpetradores múltiples. El trauma psicológico resultante puede tener un efecto negativo sobre la conducta y relaciones sexuales, la capacidad para negociar el sexo seguro y un potencial aumento en el abuso de drogas<sup>(40-43)</sup>.

En relación a la violencia sexual es importante reconocer que la atención oportuna y de calidad, tiene un impacto positivo y significativo en la atención de las consecuencias y en la prevención de complicaciones de la violación, que afectan la calidad de vida al perpetuar los daños emocionales, biológicos y sociales, entre los que se encuentran: el embarazo forzado y las infecciones de transmisión sexual<sup>(43)</sup>. No obstante esta afirmación, en gran parte de Latinoamérica y concretamente en el Perú no existen aún servicios integrales de atención a las víctimas de violencia sexual que aseguren una atención temprana.

Además del abordaje temprano de estos casos, se debe esperar para después del bicentenario<sup>(14)</sup>:

- La legislación eficaz para manejar integralmente la violencia sexual (VS) requiere de enlaces médico-jurídicos que funcionen para permitir el cumplimiento de la justicia y la prestación de servicios de salud para las sobrevivientes.
- El sector salud debe proporcionar servicios de atención post-violación y recolectar y entregar evidencias al sistema judicial.
- Los servicios deben integrarse mediante referencias, usando directrices y vías de consulta, protocolos de tratamiento y procedimientos médico-jurídicos estandarizados.
- El sector salud es el nexo entre la prevención, tratamiento y rehabilitación que siguen a la VS. Este sector debe proporcionar tratamiento clínico, terapia preventiva, apoyo psicológico, información y asesoría y coordinar la referencia de las víctimas a servicios especializados.
- Empoderar a las mujeres.
- Ampliar y mejorar los servicios de SSyR.
- Detectar en la rutina de la atención diaria los casos de violencia contra las mujeres.
- Hacer una atención temprana e integral de la violencia sexual.
- Coordinar con otros servicios de salud y jurídico-legales para no revictimizar a las mujeres.

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

A pesar de la alta prevalencia de anticonceptivos y la existencia de métodos seguros y eficaces de aborto, millones de abortos inseguros continúan presentándose en el mundo cada año. Esto no solo ocurre porque ocasionalmente todos los MAC fallan y porque la gente tampoco los utiliza constantemente, dando lugar a embarazos no deseados, sino también porque millones de mujeres alrededor del mundo no tienen acceso a servicios de aborto seguro cuando ellas deciden terminar un embarazo dentro del marco que les permite la ley. En donde el aborto está legalmente restringido, algunas mujeres van a tener niños no deseados; sin embargo, la mayoría de las mu-



jes terminan teniendo abortos inseguros. Cualquiera sea el método de interrupción utilizado, el aborto puede ser incompleto o dar lugar a serias complicaciones; de allí la necesidad de un buen cuidado del postaborto en forma oportuna, porque su retraso amenaza la vida y la salud de las mujeres<sup>(14)</sup>. Según Lancet, entre el 2015–19 hubo en el mundo 121 millones de embarazos no deseados (END) anualmente, que corresponde a 64 END por 1 000 mujeres entre 15 y 49 años. El 61% de esos END terminaron en aborto (totalizando 73,3 millones de abortos anualmente y corresponde a una tasa global de abortos de 39 por 1 000 MEF. En los países en donde el aborto fue restringido fue mayor la proporción de los END que terminaron en abortos<sup>(44)</sup>.

En el Perú no conocemos exactamente las cifras de aborto, por cuanto es una práctica clandestina. Sin embargo, los estudios de Ferrando, utilizando metodología indirecta, probadamente eficaz, han podido determinar que en el país ocurren más de 370 000 abortos inducidos por año. Significa la ocurrencia de más de 1 000 abortos diarios, una tasa mayor de 50 por cada 1 000 MEF, superior a la media de América Latina. La gran mayoría de estos abortos son inseguros, causan complicaciones y eventualmente muertes maternas<sup>(45)</sup>. Precisamente para evitar muertes y severas complicaciones, es necesario hacer la atención temprana, eficiente y humanizada de las mujeres que concurren a un establecimiento de salud con complicaciones derivadas de un aborto y no someterlas a retrasos innecesarios, para su debida atención, puesto que ello se puede derivar en muertes, conforme ha sido demostrado<sup>(46)</sup>.

De otro lado, la mayor parte de complicaciones de aborto que concurren a los hospitales son sangrado leves o moderados y son manejados con legrado uterino o aspiración manual endouterina. Hoy en día se pueden tratar también exitosamente mediante la administración oral o sublingual de misoprostol, sin necesidad de manejo quirúrgico<sup>(47)</sup>.

En los últimos años han ocurrido intervenciones sumamente importantes en el Perú para la prevención y el manejo del aborto. Cronológicamente citaremos en principio a la Iniciativa FIGO para la prevención del aborto inseguro llevada a cabo en 43 países del mundo, uno de

los cuales fue el Perú, con la coparticipación de la SPOG y el MINSA, con resultados halagadores<sup>(48)</sup>. Luego citaremos la aprobación por parte del MINSA de la Guías nacionales para la Interrupción del embarazo hasta las 22 semanas<sup>(20)</sup> y, finalmente, el proyecto SPOG-FIGO que se está desarrollando en el Perú para El *advocacy* del aborto terapéutico.

Además de las intervenciones mencionadas, debemos esperar para después del bicentenario diversas actividades para prevenir la ocurrencia del aborto inseguro y de sus graves consecuencias:

- Hacer educación sexual desde temprano en la vida de las niñas.
- Mejorar la oferta y los servicios de PF.
- Dar cumplimiento a la Guía Nacional del aborto terapéutico con un fuerte compromiso de los profesionales de la salud.
- Reformular la legislación en torno al aborto terapéutico e incluir como causal las graves malformaciones congénitas y los embarazos resultados de violación sexual.
- Promover la clarificación de valores entre los profesionales de la salud.
- Atención humanizada del aborto incompleto respetando la intimidad de la usuaria.
- Desarrollar la anticoncepción postaborto, promoviendo los LARC.

#### DERECHO DE LAS ADOLESCENTES A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Asimismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la violencia basada en género (VBG) y especialmente a la violencia sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas



y sus parejas inician su actividad sexual, sin tener en cuenta la necesidad del empleo de la anticoncepción o sin haber tenido acceso a servicios apropiados<sup>(49)</sup>.

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales. Por lo general se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que trae consecuencias físicas, emocionales y sociales, entre los que destaca la pérdida en la continuidad de sus estudios y dificultades laborales. Usualmente obliga a las parejas a refugiarse en el hogar de la familia y desafortunadamente termina con el abandono de la mujer y del niño, configurando así el problema social de la madre soltera. Por otro lado, muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos. Además, el aborto es ilegal en el Perú<sup>(50)</sup>. Del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 8,2% estuvieron alguna vez embarazadas; de estas, el 6,5% ya eran madres y 1,7% estaba gestando por primera vez. Del total de adolescentes de 12 a 17 años de edad, 2,3% estuvieron alguna vez embarazadas; de estas, 1,7% ya eran madres y 0,6% estaba gestando por primera vez. El uso de anticonceptivos tiene aún baja proporción desde el inicio de su vida sexual<sup>(18)</sup>.

Dadas las repercusiones adversas del embarazo en las adolescentes es que el MINSA aprobó en el 2013 el Plan Multisectorial para su reducción<sup>(21)</sup>, amén de otras intervenciones desde el MINSA, los organismos internacionales y las instituciones de la sociedad civil. Sin embargo, quedan aún actividades por realizar luego del bicentenario:

- Entregar información y educación tempranamente a las adolescentes desde la escuela.
- Fomentar la equidad de género.
- Fomentar la autoestima de las adolescentes.

- Entregar servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes.
- Realizar consejería sobre maternidad sin riesgos, enfermedades de transmisión sexual y violencia.
- Respetar la privacidad y confidencialidad.
- Proteger a las adolescentes de potenciales agresiones sexuales.
- Facilitar la entrega de anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Realizar manejo humanizado del aborto.
- Ofrecer servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos establecidos por la ley.

#### COMENTARIO FINAL

Los DSyR de las mujeres son parte integral de la práctica diaria del obstetra-ginecólogo y son clave para la sobrevivencia y la salud de las mujeres alrededor del mundo. El médico OG es un defensor natural de la salud de las mujeres, pero puede aún estar faltando un mayor compromiso y la necesidad de hacer una práctica de la medicina centrada en la persona, así como cumplir con los objetivos 3 y 5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible<sup>(15,51,52)</sup>.

Cada vez es mayor la toma de conciencia sobre la relación recíproca entre los problemas de SSyR y los indicadores específicos del bienestar general, como la pobreza. Los problemas de SSyR son a la vez una causa y una consecuencia de la pobreza. La deficiente SSyR repercute en el bienestar económico de las personas, las familias y las comunidades, ya que se reduce la productividad y la participación de las personas en la fuerza laboral. Por ejemplo, la maternidad temprana aumenta la pobreza de las niñas al frustrar sus proyectos de vida y limitarles sus oportunidades laborales, con lo que se mantiene el circuito de pobreza; al mismo tiempo los costos de los tratamientos de los daños a la SSyR pueden agotar los exiguos ingresos, exacerbando la pobreza individual y doméstica<sup>(53)</sup>. La utilización del abordaje de la SSyR basada en derechos ofrece un poderoso lente para examinar aquellos regíme-



nes normativos y la forma en que ellos estorban a las mujeres para alcanzar sus derechos a una buena salud en relación a la reproducción<sup>(54)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución Política de la República del Perú, 1993.
2. Fathalla MF. From Obstetrics and Gynecology to women's health: the road ahead. New York and London: Parthenon, 1997.
3. Siverino P. Apuntes sobre derechos sexuales y reproductivos en el ordenamiento jurídico argentino. En: Arribere R. Bioética y Derecho: Dilemas y Paradigmas en el siglo XXI. Buenos Aires, Argentina: Cátedra Jurídica 2008: 87-207.
4. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos. San José, Costa Rica: IIDH 2008; 86 pp.
5. Quiroga CA, Ochoa JA, Andrade XV. El derecho al aborto y la objeción de conciencia. En: IPAS, Reproducción. La Paz: Ipas 2009: 77 pp.
6. V Congreso Latinoamericano y I Congreso Centroamericano de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Conclusiones. Ciudad de Guatemala 5-7 Mayo 2010.
7. UNFPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994.
8. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU, 1995.
9. World Association for Sexual Health. Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico. Washington DC: OPS/OMS 2009; 180 pp.
10. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Salud Reproductiva y Derechos Humanos, 2a Ed, traducida al español. Bogotá-Colombia: Profamilia 2005; 605 pp.
11. FLASOG. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Taller sobre objeción de conciencia, Relato Final. II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos, San José, Costa Rica 28-30 Noviembre 2011: 26 pp.
12. WHO. What constitutes sexual health? Progress in Reproductive Health Research N° 67, 2004.
13. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M. et al. WHO multi country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO 2005.
14. Távora L. Derechos Sexuales y Reproductivos. En: Noriega L, Llerena C, Prazack L. Tratado de Reproducción Humana Asistida. Lima, Perú: REP SAC. 2013: 14-27.
15. ONU. Objetivos de desarrollo sostenible. New York: ONU, 2015.
16. Pacheco-Romero J. Contribución de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología a la especialidad del país a sus 70 años de creación, valuada a través de las páginas de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(3):333-45.
17. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: Dirección General de Atención de la Salud de las Personas, Junio 2004.
18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2020. Lima-Perú: INEI 2021.
19. Ortiz JD, Rosas C, Távora L. Propuestas de estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual. Lima-Perú: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG 2011; 88 pp.
20. Ministerio de Salud. Guía Nacional para la Atención Integral de la Interrupción del embarazo hasta las 22 semanas. Lima-Perú: Minsa 2014.
21. Ministerio de Salud. Plan Multisectorial para la Prevención del embarazo en adolescentes. Lima, Perú: Minsa 2013.
22. Ciudad Reynaud A, Pacheco-Romero J. Situación de la mujer y la gestante en el Perú. Perspectivas desde la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2298>.
23. Távora L (editor). III Taller Latinoamericano de FLASOG sobre mortalidad materna y de derechos sexuales y reproductivos. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):159-62.
24. UNICEF. Maternal mortality. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>. Consulted June 2021.
25. WHO. Reproductive health indicators for global monitoring. Geneva: WHO 2001.
26. Organización de los Estados Americanos. CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos. Washington DC: Secretaría General de la OEA, 2010; 36 pp.
27. UNFPA. The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security. Annual Report. New York: UNFPA 2010: 104 pp.
28. Távora L. Cómo lograr una maternidad segura en el Perú. Ginecol Obstet Peru. 2001;47(1):12-5.
29. Távora L, Sacsa D, Frisancho O, Urquiza R, Carrasco N, Tavera M. Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios como estrategia para reducir la mortalidad materna y perinatal. Ginecol Obstet Peru. 2000;46(2):124-34.
30. Ministerio de Salud, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. 2021.
31. Vigil-De Gracia P, Carlos Caballero L, Ng Chinkee J, Luo C, Sánchez J, Quintero A, Espinosa J, Campana Soto SE. COVID-19 y embarazo. Revisión y actualización. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2248>
32. Collantes Cubas JA, Pérez Ventura SA, Vigil - De Gracia P, Castañeda Bazán KE, Tapia Saldaña JM, Leyva FJ. Maternal mortality in pregnant women with positive SARS-CoV-2 antibodies and severe preeclampsia. Report of 3 cases. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2279>
33. Population Reference Bureau. World population data sheet: Demographic data and estimates for the countries and regions of the world. Washington DC: PRB 2000.
34. Távora L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. 2010;56(2):87-103.



35. Gutiérrez Ramos M. Controversias sobre anticoncepción. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2017;63(1):83-8.
36. WHO. Violence against women. Geneva: WHO, June 2000.
37. Guezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú. Lima-Perú: CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia 2002: 119 pp.
38. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias ML, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Rev Peru Obstet Gineco.* 2003;49(1):31-8.
39. Távara L, Orderique L, Zegarra T, Huamaní S, Félix F, Espinoza K, Chumbe O. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2007;53(1):10-7.
40. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacahus LJ, García-Moreno C, Watts C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters.* 2010;18(36):158-70.
41. Stockl H, Watts C, Mbwambo JK. Physical violence by a partner during pregnancy in Tanzania: prevalence and risk factors. *Reproductive Health Matters.* 2010;18(36):171-80.
42. WHO. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO 2003.
43. Távara L. Sexual violence. *Clin Obstet Gynaecol. Best practice & research.* 2006;20(3):395-408.
44. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet.* July 22, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
45. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Pathfinder International 2006.
46. Maradiegue E. Aborto como causa de muerte materna. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2006;52(3):89-99.
47. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet.* 2006; 368(9550): 1887-92.
48. Faundes A, Comendant R, Dilbaz B, Jaldesa G, Leke R, Mukherjee B, Padilla de Gil M, Távora L. Preventing unsafe abortion: Achievements and challenges of a global FIGO initiative. The FIGO Initiative for the Prevention of Unsafe Abortion. *Best Practice & Research Clin Obstet Gynaecol.* January 2020;62:101-12.
49. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecol Obstet Peru.* 2004;50(2):111–22.
50. Távara L, Orderique L, Sacsá D y col. Impacto del embarazo sobre la salud de las adolescentes. Lima: Promsex 2015: 76 pp.
51. Salazar Marzal E. El problema de la seguridad de la atención. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2019;65(1):31-5 DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2149>
52. Vera Loyola E. Atención del parto centrada en el paciente. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2019;65(1):51-5.
53. Family Care International. Millenium Development Goals & Sexual and Reproductive Health. New York: FCI 2005.
54. WHO, UNFPA. Mental Health aspects of women's reproductive health. Geneva: WHO 2009; 181 pp.