

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

Grupo de Trabajo en Educación Médica

Propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado

Autores: Pio Iván Gómez, Silvia Oizerovich, Luz Jefferson,

Edición: Luis Távara

Lima, Octubre 2010

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

Grupo de Trabajo en Educación Médica

PROM5 AÑOS **SEX**

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

Propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado

Autores: Pio Iván Gómez, Silvia Oizerovich, Luz Jefferson

Edición: Luis Távara

Lima, Octubre 2010

Propuesta de Contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado

© Federación Latinoamericana
de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos
Grupo de Trabajo en Educación Médica
Calle Los Almendros 265-103. Residencial Monterrico, La Molina, Lima, Perú

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos
PROMSEX.
Av. José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18 - Perú.
Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460.
www.promsex.org

Hecho el depósito en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-14365
ISBN: 978-612-45897-0-6

Autores:

Dr. Pio Iván Gómez

Dra. Silvia Oizerovich

Dra. Luz Jefferson

Edición: Dr. Luis Távara Orozco

Diseño: Julissa Soriano

Impresión: erre&erre artes gráficas. Calle Mama Ocllo 1916, Lima 14 - Perú.

Impreso en el Perú

Las opiniones expresadas en este documento son de estricta responsabilidad de sus autores y no de El Fondo de Población de Naciones Unidas/LACRO

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

Grupo de Trabajo en Educación Médica

Propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado

Autores:

Pio Iván Gómez, MD, MsC

- Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia.
- Coordinador Académico de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque, Bogotá Colombia.

Silvia Oizerovich, MD

- Docente adscrito de la Universidad de Buenos Aires,
- Profesora Adjunta de la Universidad de Favaloro Argentina

Lucy Jefferson, M.D, M.P.H, Doctora en Medicina.

- Profesora Emérita Universidad Peruana Cayetano Heredia

Edición: Luis Távara, MD. Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Lima, Octubre 2010

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG 2008-2011

Presidente: Dr. Nilson Roberto De Melo
Secretario: Dr. Fernando Eduardo Protta
Tesorero: Dr. Luciano Melo de Pompei
Past Presidente: Dr. Angel Terrero

Vice Presidente Grupo Bolivariano: Dr. Pedro Faneite
Vice Presidente Países del Cono Sur: Dr. Jorge Sarrouf
Vice Presidenta para Centro América: Dra. Mercedes Abrego de Aguilar
Vice Presidente para México y Caribe: Dr. Javier Santos

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos 2008-2011

Coordinador: Dr. Luis Távara Orozco
Coordinador para México y Caribe: Dr. José Figueroa
Coordinadora para Centro América: Dra. Marina Padilla de Gil
Coordinador para los países Bolivarianos: Dr. Pio Iván Gómez
Coordinador para los países del Cono Sur: Dr. José-Enrique Pons
Representante de las organizaciones de la Sociedad Civil: Mag. Susana Chávez

El Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG agradece al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) por su apoyo técnico y financiero para la conformación de este grupo de trabajo y la elaboración de este documento técnico.

PRESENTACIÓN

La sexualidad y la reproducción son aspectos naturales y preciosos de la vida y parte esencial y fundamental del ser humano. Para que las personas logren el más alto estándar de salud, deben primero empoderarse para ejercer sus decisiones en cuanto a su vida sexual y reproductiva y por tanto deben sentir confianza y seguridad para expresar su propia identidad sexual.

En la actualidad, la discriminación, el estigma, el temor y la violencia sexual plantean amenazas reales para muchas personas, en particular para las adolescentes. Estas amenazas y las acciones que desencadenan, las que varían en su naturaleza desde el desaliento hasta las amenazas contra la vida, impiden que muchas personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y alcanzar su salud sexual y reproductiva.

Desde El Cairo, los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como componentes de los derechos humanos; son un conjunto de derechos en evolución relacionados con la sexualidad y la reproducción, que contribuyen a la libertad, igualdad y dignidad de todas las personas; y que no pueden ser ignorados.

No se debe transigir cuando se trata de reducir el estigma y mejorar el acceso a los servicios, así como para aumentar el reconocimiento de la sexualidad y la reproducción como aspecto positivo de la vida humana.

Las mujeres son nuestra principal preocupación, porque en nuestros países aún encuentran serias dificultades para desarrollar su proyecto de vida y para alcanzar un trato igual y digno respecto a los hombres de nuestra sociedad. Además, dentro de esta perspectiva, atraen nuestra atención, los grupos marginados como la gente joven, las personas transgénero, y las etnias tradicionalmente postergadas.

No obstante que nuestros países son signatarios de convenios internacionales en que se reconoce la importancia de alcanzar la salud sexual y reproductiva de todas las personas, sin embargo esto no se traduce aún en la formación de nuestros recursos humanos que deben cuidar la salud. Los contenidos de salud sexual y reproductiva aún no han sido lo suficientemente desarrollados en las instituciones académicas, para garantizar una prestación de servicios integral a las personas y por ello es que observamos aún una fecundidad no satisfecha, deficiencias en el acceso a la educación sexual y a los métodos anticonceptivos, altas tasas de mortalidad materna, incremento en las tasas de infecciones de transmisión sexual y sida, aumento de las cifras de violencia contra la mujer, particularmente la violencia sexual y altas cifras de femicidio.

Habiendo sido detectada esta dramática realidad y luego de sucesivos acuerdos al interior de los Talleres de Derechos Sexuales y Reproductivos, desde FLASOG se ha impulsado un reconocimiento de estas deficiencias

y por tanto es nuestro deber responder a esos requerimientos. Este hecho estimuló la convocatoria de un grupo de expertos a una Reunión Técnica en la ciudad de Lima que designaron a tres distinguidos/as maestros/as universitarios/as para entregarles el encargo de redactar esta propuesta, la misma que ha sido revisada por la totalidad del Grupo y luego de las enmiendas y correcciones que se dieron, finalmente aparece esta versión, la misma que es ofrecida, a través de las sociedades científicas afiliadas a FLASOG, a las Facultades y Escuelas de medicina, para que consideren la pertinencia de incorporar estos contenidos dentro de sus currículos y planes de estudio, en la seguridad de estar dando respuesta responsable a una demanda sentida en la salud de hombres y mujeres latinoamericanos.

Nuestro sincero agradecimiento a los ilustres colegas Dr. Pio Iván Gómez de Colombia, Dra. Silvia Oizerovich de Argentina y Dra. Luz Jefferson de Perú por haber entregado su gran experiencia y profundo conocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva en la elaboración de este texto.

Dr: Luis Távara

**Coordinador del Comité de
Derechos Sexuales y
Reproductivos de FLASOG**

ÍNDICE

1. Introducción	11
2. Antecedentes	13
3. Metodología	16
4. Objetivo	16
5. Modelo de enseñanza actual	17
6. Razones para la propuesta	17
6.1 ¿Porqué es necesario incorporar estos temas en el currículo?	17
6.1.1 Derechos sexuales	19
6.1.2 Derechos reproductivos	20
6.1.3 Perspectiva de género	22
6.1.4 Interculturalidad	23
6.1.5 Diversidad sexual	25
6.1.6 Violencia contra la mujer	26
7. Propuesta de un enfoque integral en los programas de enseñanza	28
7.1 Retos en la enseñanza de la salud sexual y reproductiva	29
7.1.1 Metodología humanística	31
7.1.2 Investigación	34
7.1.3 Consejería	36

8. Recomendaciones para formar un/a profesional integral en SS y R	38
8.1 Modificaciones en los programas de pre y posgrado	38
8.2 Cambios específicos en las residencias	40
9. Contenidos mínimos en SS y R a implementar en los currículos	41
9.1 Pregrado	41
9.2 Posgrado	42
10. Evaluación	43
10.1 Evaluación de los programas	43
10.2 Evaluación del estudiante	44
10.3 Evaluación del cuerpo docente	45
10.4 Certificación en posgrado	45
11. Estrategias para alcanzar los objetivos planteados	46
12. Conclusiones	50
13. Referencias	50

1. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años diversos factores han afectado la formación de estudiantes de pre y posgrado en el área de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) en nuestra región. Dichos factores se pueden agrupar en:

- a) Cambios en el sistema de atención médica (reformas al sistema de sector salud),
- b) Cambios en la organización y políticas promovidas tanto por Ministerios de Salud como por las Universidades, y
- c) Cambios en los enfoques y políticas económicas en los países.

Los cambios mencionados se han traducido en un incremento en la demanda y una disminución en la oferta por especialización en obstetricia y ginecología. A lo anterior se agregan las crecientes demandas médico-legales a profesionales de la medicina general y especialistas, así como las dificultades de financiamiento en la formación de profesionales.

El personal docente tanto de pre como de posgrado tiene la responsabilidad de capacitar a los/las estudiantes para atender y mejorar la salud sexual y reproductiva de la población; sin embargo,

los contenidos en salud sexual y reproductiva están sub representados en los planes de estudio básicos de medicina y otras profesiones de la salud, así como en los programas de desarrollo profesional y de perfeccionamiento para médicos/as y otros/as profesionales de la salud. A su vez cuando estos temas figuran en el currículo no son abordados en profundidad en el dictado de las materias correspondientes.

Esta situación desde hace varios años ha tratado de solucionarse con la realización de capacitaciones en SSyR en cursos, seminarios, talleres etc., desarrollados por diferentes ONG locales e internacionales, pero con grandes diferencias de cobertura en cada país y con un impacto bajo, pues se trata de profesionales ya formados/as en quienes cambiar conocimientos y actitudes es más difícil que cuando se trabajan estos aspectos durante su formación profesional.

2. ANTECEDENTES

Desde el año 2002 en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Asamblea Ordinaria de FLASOG definió claramente los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres como parte importante de los Derechos Humanos. Desde entonces, los/as participantes en todos los Talleres de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) han ratificado el compromiso de FLASOG de defender estos Derechos en las Mujeres de América Latina y El Caribe, centrando su intervención en el:

- Derecho a una vida sexual libre de violencia, del riesgo de contraer una infección de transmisión sexual o de un embarazo no deseado.
- Derecho a una maternidad saludable y segura.
- Derecho a regular la fecundidad.
- Derecho a interrumpir el embarazo dentro del marco de la ley en cada país.
- Derecho a la información sobre SSyR y sobre DSyR.
- Derecho al acceso a servicios para el cuidado de la SSyR.

Respecto a estos derechos, la Asamblea Ordinaria de FLASOG en Santa Cruz reconoció, entre otros temas, que es importante:

- Asegurar que todos los métodos anticonceptivos, científicamente aprobados estén disponibles de manera continua en los servicios públicos, para que todas las mujeres incluyendo adolescentes, tengan acceso a ellos.
- Estimular a las Sociedades de Obstetricia y Ginecología, para que, junto con las autoridades gubernamentales de Salud, definan la redacción e implementación de Normas que regulen los procedimientos que aseguren la existencia

de servicios técnicos y suministros en el sector público, que permitan la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

- Convocar a los/as profesores/as de Facultades / Escuelas de medicina y Escuelas formadoras de profesionales de la salud y ciencias afines, para incluir en sus currículos contenidos que respondan a las necesidades de las mujeres para el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Estos contenidos deben incluir conceptos de género y de derechos humanos, el respeto a la diversidad, evitando la imposición de valores personales sobre los derechos de la mujer.
- Implementar protocolos de vigilancia y manejo de la patología obstétrica para contribuir a reducir la muerte materna.

En concordancia con estas conclusiones en la ciudad de Lima el día 27 de Agosto 2010, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, con el patrocinio de UNFPA-LACRO, convocó un conjunto de profesionales de la Obstetricia y Ginecología a una Reunión Técnica para conformar Grupos de Trabajo Especiales con el objetivo de elaborar recomendaciones para proponer a los países en estos temas de SSyR que contribuyan a fortalecer la salud y bienestar de las mujeres del Continente. En esta cita se conformó un Grupo de Trabajo en Educación Médica a nivel Regional para proponer la inclusión de contenidos de SSyR en forma integral en los currículos de estudios de Pre y Post Grado. El grupo seleccionado está integrado por: Pio Iván Gómez de Colombia, Silvia Oizerovich de Argentina y Luz Jefferson de Perú.

En esta reunión, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG con respecto al tema de Elaboración de propuesta de Contenidos en SSyR para incorporar en el currículo de estudios a nivel de Pre y Posgrado a ofrecer a las instituciones universitarias de LAC, consideró que:

- Debido a la diversidad de facultades de medicina, en muchos países se dificulta que los temas puedan ser incluidos de manera uniforme. Existen escuelas de medicina en Universidades con orientación religiosa en las cuales será más difícil incluir algunos temas de salud sexual y reproductiva.
- Se deben definir por separado los temas para pregrado y posgrado.
- Es difícil lograr un cambio curricular, pero sí se puede incidir en la incorporación de contenidos a nivel de los servicios en donde se imparte la educación y capacitación para que se incluyan nuevos temas que permitan cambios de actitud en los/as nuevos/as profesionales.
- Los contenidos deben incluir aspectos socioculturales y de género, asociados a la reproducción humana. Deben incorporar, además, conocimientos, actitudes y habilidades, poniendo especial énfasis en Derechos humanos, Género e Interculturalidad.
- Deben ser considerados dentro de estos contenidos curriculares temas importantes, como violencia de género, anticoncepción y aborto.
- Se acordó que la propuesta debería quedar terminada, luego del consenso de todo el Grupo, a más tardar a finales de Septiembre de este año.
- Aprobada la propuesta, será editado el documento y enviado a los países a través de las Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología, las mismas que quedarán encargadas de socializarla con sus asociados/as, docentes universitarios y representantes de los Ministerios de Salud.

3. METODOLOGÍA

Se conformó un grupo de tres docentes con experiencia en el desarrollo de currículos universitarios, quienes hicieron una búsqueda no sistemática de la literatura en bases de datos, páginas Web de universidades de la región y consultas con autoridades académicas de diversos países.

Se redactó un documento borrador que posteriormente se socializó con el grupo de expertos del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG y finalmente se incorporaron sus aportes.

4. OBJETIVO

- Contribuir con las Facultades/Escuelas de Medicina de América Latina y El Caribe, para que incorporen al programa de PREGRADO contenidos específicos de SS y R, para mejorar la salud integral del hombre y la mujer, asegurando el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Contribuir con las Facultades/Escuelas de Medicina, Ministerios de Salud y/o Educación, así como Sociedades Científicas de América Latina y El Caribe, involucradas en capacitaciones de posgrado para que trabajen al igual que en el pregrado, pero con un compromiso aún mayor en contenidos específicos de SS y R, para mejorar la salud integral del hombre y la mujer, asegurando el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

5. MODELO DE ENSEÑANZA ACTUAL

Hoy los y las estudiantes deben aprender más en menos tiempo y deben incluir áreas del conocimiento que previamente no eran consideradas, como: medicina preventiva, medicina basada en evidencias, ética, derechos sexuales y reproductivos, elección informada, perinatología, entre otras.

Hay varias técnicas demostradas costo-efectivas que aún no tienen especial énfasis en los programas actuales como: esterilización quirúrgica femenina mediante minilaparotomía o laparoscopia, aspiración manual endouterina (AMEU) para biopsias endometriales, tratamiento de mujeres con abortos incompletos mediante AMEU y/o medicamentos, vasectomía sin bisturí, aplicación de Dispositivo Intrauterino postaborto y parto inmediato, etc.

6. RAZONES PARA LA PROPUESTA

6.1 ¿Por qué es necesario incorporar estos temas en el currículo?

La Salud Sexual y la Salud Reproductiva son conceptos relativamente nuevos, ya que no han sido considerados en sí mismos sino hasta hace alrededor de 30 años.

La Organización Mundial de la Salud reconoció en la reunión de Alma Ata en 1978 la importancia de la Planificación Familiar y de su inclusión en la Atención Primaria de la Salud, coordinada con la salud materno-

infantil, lo que inició la visión de la salud reproductiva desde un enfoque integral, si bien el término “salud reproductiva” comenzó a usarse años después.

En medio de esta transición, apareció la epidemia del Sida y el aumento de la incidencia de las infecciones de transmisión sexual.

De los diversos acuerdos y foros internacionales que han ido consagrando los derechos sexuales y reproductivos, y las obligaciones de los Estados en materia de derechos, uno de los más importantes ha sido la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), en 1979. Esta Convención establece en su artículo 12 que los Estados adoptarán las medidas conducentes a eliminar la discriminación en “el acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar”.

En la última conferencia de población llevada a cabo por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el Cairo se establece que para mejorar los problemas de la población y en particular de las mujeres se requiere centrar los esfuerzos en la promoción de la salud sexual y reproductiva en el marco de la equidad entre los géneros y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, inscribiéndolos en el campo de los derechos humanos.

En 1988 se publicó la primera definición del concepto de salud reproductiva, cuyo autor es el médico Mahmoud Fathalla, Expresidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y funcionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en 1994 la OMS adoptó una definición oficial. Ambas definiciones tendientes a enmarcarla en la salud como estado completo de bienestar físico mental y social, abarcando la sexualidad, la reproducción, los derechos y el acceso a los servicios y a la información.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1995) y tomando los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ONU, 1994), se establecieron los lineamientos para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, incluidos los de adolescentes y jóvenes, reconociendo estos derechos como derechos humanos, y como parte inalienable integral e indivisible de los derechos humanos universales.

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en los principios de la dignidad e igualdad humana, y pueden ser enunciados de la siguiente manera:

6.1.1 Derechos sexuales

- Derecho a conocer, explorar y encontrar placer en el propio cuerpo.
- Derecho a decidir tener o no relaciones sexuales.
- Derecho a ejercer la sexualidad en forma plena, independientemente del estado civil, la edad, la orientación sexual, la etnia o las discapacidades.
- Derecho a la intimidad, privacidad y la libre expresión de sentimientos.
- Derecho a ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción.
- Derecho a vivir la sexualidad de manera placentera, libre de prejuicios, culpas y violencia.
- Derecho a controlar la fecundidad a través de nuestro cuerpo o el de nuestra pareja.
- Derecho a la educación sexual integral, con información clara, oportuna y libre de prejuicios.
- Derecho a servicios de salud sexual integral especializados para los/as adolescentes y jóvenes.

6.1.2 Derechos Reproductivos

- Derecho a participar con voz y voto en la creación de programas y políticas de salud reproductiva.
- Derecho a acceder a servicios de salud de calidad, confiables y con perspectiva de género.
- Derecho a obtener información y acceso a métodos anticonceptivos seguros, gratuitos, eficaces, accesibles y aceptables.
- Derecho a una educación sexual laica, basada en información clara, oportuna y libre de prejuicios.
- Derecho a la libre decisión de tener o no relaciones sexuales, sin coerción ni violencia.
- Derecho a la libre opción de la maternidad y/o paternidad.
- Derecho a decidir cuándo y cuántos hijos/as tener, sea de forma natural, por adopción o por medio de tecnologías.
- Derecho a no ser discriminada/o en el trabajo o en la institución educativa por el hecho de estar embarazada o tener un/a hijo/a, o por estado civil u orientación sexual.
- Derecho a no ser marginalizado/a por haber adquirido infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/Sida, en la familia, la escuela, ni el trabajo.

Los Organismos Internacionales sostienen que estos derechos deben ser defendidos y respetados como derechos humanos fundamentales y universales. Deben ser tenidos en cuenta en toda acción, y sobre todo en todo diseño de Políticas Públicas, y de Políticas de Salud, ya que la salud sexual y reproductiva es el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

La salud sexual y reproductiva es actualmente una cuestión social de resonancia internacional.

Cada país tiene el derecho soberano de aplicar las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de conformidad con sus leyes nacionales y con sus prioridades de desarrollo, respetando plenamente los diversos valores religiosos, éticos y culturales de su pueblo, y de forma compatible con los derechos humanos internacionales universalmente reconocidos.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD, PRINCIPIOS.

En el XIII Congreso Mundial de Sexología celebrado en 1997 en Valencia, España se formuló la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, posteriormente se revisó y aprobó por la Asamblea General de la Asociación de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong y se ratificó en el 2001, durante la Asamblea General de la WAS en el marco del XV Congreso Mundial de Sexología realizado en París.

Declaración Universal de los Derechos Sexuales por la WAS

1. *El Derecho a la libertad sexual.*
2. *El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y la Seguridad del Cuerpo Sexual.*
3. *El Derecho a la Privacidad Sexual.*
4. *El derecho a la igualdad sexual (equidad sexual).*
5. *El Derecho al Placer Sexual.*
6. *El Derecho a la Expresión Sexual Emocional.*
7. *El Derecho a la Libre Asociación Sexual.*
8. *El Derecho a Tomar Decisiones Reproductivas, Libres y Responsables.*
9. *El Derecho a la Información basada en Conocimiento Científico.*
10. *El Derecho a la Educación Sexual Integral.*
11. *El Derecho a la Atención Clínica de la Salud Sexual.*

6.1.3 La perspectiva de género

Dentro del debate acerca de la Salud Sexual y Reproductiva existe consenso acerca de la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de género. El consenso incluye a los Organismos Internacionales. Las Naciones Unidas publicaron en el año 2002 un documento acerca de la incorporación de la perspectiva de género, establecida como estrategia mundial de fundamental importancia para el fomento de la igualdad de los sexos en la Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, y las conclusiones convenidas del Consejo Económico y Social, sentaron algunos principios generales básicos con esa finalidad.

Cuando no se tiene en cuenta la importancia de esta perspectiva, es común equiparar sexo y género, sin tener en cuenta que pertenecen a órdenes distintos: el sexo a la naturaleza y el género a la cultura. Es importante reconocer esta distinción para abordar la sexualidad y la salud reproductiva, porque los roles que la sociedad y la cultura adjudican a hombres y mujeres, los estereotipos construidos acerca de cada uno, condicionan necesariamente las relaciones entre ellos, y las conductas que pueden llevar a una situación de riesgo con respecto a su salud (la de ambos).

Dejando en claro entonces que: en una relación entre dos personas, se pone en juego todo aquello que el imaginario social, la cultura y las cuestiones de género, imprimen a esa relación, lo que implica también una relación de poder.

Debido a lo antes enunciado consideramos que los temas en SSyR son prioritarios en su incorporación en los planes de estudio tanto en la formación de pre y posgrado.

6.1.4 Interculturalidad

La cultura es el resultado de pautas de significación heredadas que las personas comparten dentro de determinados contextos.

La Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural (2001) de la UNESCO, aprobada por 190 Estados miembros, define la cultura como *“el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias”*.

Es indispensable para la/el profesional de la salud entender y atender las necesidades de las personas fundamentalmente de las mujeres que viven y son parte de contextos culturales distintos.

La atención de los problemas de salud en poblaciones de cultura tradicional debe hacerse de manera integral, teniendo en cuenta el medio social y el medio cultural. En el campo de la salud sexual y reproductiva deben considerarse con cuidado y con respeto, las creencias de los pueblos indígenas para lograr el equilibrio de la realidad y con él la salud. Un ejemplo de esta situación es la costumbre de muchas poblaciones indígenas que atienden el parto con la parturienta sentada, parada o en cuclillas, o proceden al entierro de la placenta; la medicina occidental debe incorporar estas costumbres y adaptarlas para de acuerdo a las creencias lograr una mejor salud. El conocimiento cultural será el que permita ayudar a las personas, por ejemplo, a optar por el método anticonceptivo más adecuado para ellas o el espacio intergenésico que estas consideren.

Determinadas prácticas religiosas donde se acepta o estimula tener el mayor número de hijos/as a pesar de lo que esté ocurriendo con la salud de la mujer o el deseo que esa pareja tenga para ello es uno de los tantos ejemplos.

“La religión tiene un lugar de privilegio en muy diversas culturas, y las personas aceptan de buen grado – o al menos acatan los sistemas de creencias religiosas. La religión es un componente fundamental en las vidas de muchas personas e influye sobre las decisiones y las acciones más íntimas.

Hay diferentes significados religiosos de la reproducción y la salud reproductiva, incluso dentro de una misma religión, en función de quiénes proporcionen las interpretaciones”.

(UNFPA 2008).

Los enfoques con sensibilidad cultural son los que permiten el trabajo a nivel comunitario, afianzando los lazos, interactuando con los valores, creencias, tradiciones y estructuras sociales.

En las sociedades donde son los hombres quienes tradicionalmente controlan las finanzas del hogar, los gastos de salud para la mujer no suelen ser una prioridad.

Con frecuencia, las mujeres no están en condiciones de decidir si quedar embarazadas, cuándo y con quién, ni de determinar el número o el espaciamiento de sus hijos/as ni el momento de tenerlos/as.

En los países con similares niveles de desarrollo económico, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es inversamente proporcional a la condición de la mujer.

Cuanto más pobre sea un hogar, tanto mayor es el riesgo de mortalidad derivada de la maternidad.

Los matrimonios precoces, la mutilación femenina, el número excesivo de nacimientos y la violencia por motivos de género remiten a la mujer a adoptar decisiones con respecto a su propio cuerpo.

(UNFPA 2008).

Podemos decir entonces que las presiones culturales acerca de las cuestiones de género aumentan la vulnerabilidad de los hombres y las mujeres.

6.1.5 Diversidad sexual

Se denomina diversidad sexual a las diferentes formas en que se aman y relacionan sexualmente las personas.

No existe una sola sexualidad, estas se combinan, se construyen dinámicamente conformando las sexualidades.

Defender el respeto por la diversidad sexual, en sus múltiples expresiones (prácticas sexuales heterosexuales, homosexuales, bisexuales e independientemente de la identidad sexual y de género) implica defender la vida democrática en sociedad.

Visibilizar y respetar la diversidad sexual en el sistema de salud es garantizar el derecho al acceso a la salud de todas las personas.

La libre orientación sexual y la libre identidad sexual y de género son derechos humanos de todas las personas, la misma permite disfrutar plenamente la sexualidad. Las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales y queer (LGBTIQ) y sus familias tienen derecho al respeto.

Es necesario entonces que estos puntos sean abordados en los currículos de enseñanza, dado que como sociedad debemos educar en el respeto, combatir la discriminación y fomentar el respeto a la diversidad sexual humana.

6.1.6 Prevenir y erradicar la violencia contra la mujer

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994) se definió a la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

En el artículo 2:

- Incluye aquella violencia perpetrada o tolerada por el Estado o sus Agentes, donde quiera que ocurra.

En el artículo 4:

- Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:
 - a. el derecho a que se respete su vida;
 - b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;
 - c. el derecho a la libertad y a las seguridades personales;
 - d. el derecho a no ser sometida a torturas;
 - e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;

- f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley;
- g. el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos;
- h. el derecho a libertad de asociación;
- i. el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley.
- j. el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.

En el artículo 6:

- Determina el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, lo que implica la liberación de todo tipo de discriminación en su contra.

7. PROPUESTA DE UN ENFOQUE INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA

Los/as profesionales de medicina y de enfermería, así como especialistas en Ginecología y Obstetricia (GO) y medicina familiar, deberían tener un abordaje integral de salud. Varios autores han enfatizado que el ejercicio de la obstetricia y ginecología se ha ido enfocando cada vez más en la atención primaria. Se calcula que cerca de la mitad de los/as especialistas brinda atención primaria a más del 50% de sus pacientes.

Es de vital importancia entonces entender que el/la ginecoobstetra es profesional de atención primaria de la mujer, necesita estar capacitado/a en SSyR, por lo tanto su formación desde el nivel inicial debe orientarse a poder desarrollar los conceptos básicos en esta área.

Nuestra región ha tenido cambios demográficos y es de esperar que en el futuro con la mejoría de los estándares de atención en salud haya un aumento de expectativa de vida y descenso de la tasa de natalidad, por lo que hay que preparar el terreno para esa demanda futura en la que el profesional se enfrentará a patologías crónicas. Esto obliga a mejorar los enfoques preventivos, de diagnóstico y tratamiento temprano así como rehabilitación.

A medida que pasa el tiempo el currículo de enseñanza es más complejo y extenso haciendo muy difícil asegurar la profundidad requerida en todas las áreas, por lo que es indispensable replantear los objetivos buscando un nuevo equilibrio entre las destrezas clínicas y quirúrgicas. Lo que para los/las especialistas crea la necesidad de

subespecialidades que cubran de mejor manera áreas que previamente eran de la ginecología general, por lo que ha aparecido la oncología ginecológica, endocrinología de la reproducción y ginecología infanto-juvenil, por ejemplo.

7.1 Retos en la enseñanza de la salud sexual y reproductiva

- Los contenidos de pre y posgrado deben ser estructurados con el fin de proporcionar un ambiente de formación con responsabilidad creciente, adecuada supervisión, instrucción formal, evaluación crítica basada en competencias, orientación y consejo.
- Debe proporcionar oportunidades suficientes para adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para el buen desempeño en el área de salud sexual y reproductiva.
- Promover el desarrollo de competencias necesarias para la atención primaria de la salud de la mujer. El perfil profesional debe estar focalizado en esto, incluyendo promoción en salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como la consulta y referencia oportunas.

Teniendo en consideración la experiencia educativa de centros norteamericanos y europeos, a fin de cumplir con los criterios antes mencionados deben considerarse como requisitos mínimos para la formación de pre y posgrado:

- Soporte por una Institución debidamente acreditada y responsable del programa.

- Número de estudiantes proporcional a los objetivos educativos y no asistenciales.
- Cuerpo docente calificado (coordinación del programa y docentes acreditados/as).
- Programa educacional estructurado basado en objetivos y logros.
- Práctica de innovación y experimentación (investigación en docencia).
- Enseñanza-aprendizaje basada en competencias.
- Proceso de selección de residentes riguroso y objetivo que evalúe y pondere variables cognitivas, psicológicas y de relación interpersonal (examen teórico, entrevistas, pruebas psicológicas).
- Evaluación periódica del grupo profesional y grupo docente, así como del programa.
- Certificación, previo examen.

Las áreas de competencia que deben ser incorporadas en el programa educacional de pre y posgrado incluyen:

- Cuidado de pacientes, usuarios(as).
- Conocimiento médico.
- Aprendizaje basado en competencias y en la práctica.
- Habilidades comunicacionales (pacientes, familia, profesionales de la salud).
- Profesionalismo.
- Práctica inserta en sistemas de salud.
- Investigación en salud sexual y reproductiva.

Las experiencias educativas deben incluir todo el espectro médico y quirúrgico, a todas las edades, incluyendo el manejo de pacientes críticas, siendo esencial el incluir rotaciones y enseñanza dirigida en atención primaria, medicina familiar y preventiva.

7.1.1 Metodología humanística en programas de enseñanza médica

En las últimas décadas se ha enfatizado en la seguridad de los/as pacientes, se han incrementado las demandas médico-legales por mala práctica y cada vez hay más técnicas que aprender y muchas de ellas de alta complejidad como la cirugía laparoscópica.

¿Qué estrategia podemos utilizar en los programas de especialización para evitar cometer errores?

Se han utilizado alternativas como el uso de cadáveres para aprender anatomía, pero es imposible en el cadáver evaluar un sangrado inadvertido, diferenciar la textura, consistencia y apariencia de los tejidos del ser vivo. Los laboratorios animales han sido una ayuda en el entrenamiento médico, pero no es una experiencia completamente realista.

“Errar es humano”, empieza una frase famosa, pero errar en medicina es indeseable. Para el/la paciente objeto del error esto es inaceptable y para los sistemas de salud una situación intolerable. Debemos esforzarnos para minimizarlos en la enseñanza de la medicina, pues nadie puede ni debe asumir este costo en vidas humanas, lesiones irreparables y disminución de la calidad de vida de nuestros/as pacientes.

Se calcula globalmente que hay cerca de 400.000 muertes anuales por errores médicos, lo cual es un número similar al de muertes por tabaquismo, alcohol, drogas, heridas por arma de fuego y accidentes automovilísticos, sumados todos estos factores. La posibilidad de morir en un hospital es 10 veces mayor que a la de morir en un avión.

Desde hace varios años se ha venido cuestionando el entrenamiento médico quirúrgico realizado directamente en el/la paciente, por las

implicaciones medico legales que esto pueda conllevar. No es lógico que el/la estudiante de medicina ya sea de pregrado o posgrado inicie el entrenamiento especialmente de habilidades manuales (procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos) con el/la paciente, puesto que a pesar de que el docente esté supervisándolo, hay situaciones imprevisibles que no se pueden corregir tan solo con supervisión, por estricta que sea; qué no decir de la práctica no infrecuente en algunas Instituciones, de permitir a estudiantes que hagan práctica médico-quirúrgica sin supervisión, con el argumento que “ASÍ APRENDIMOS TODOS”.

Muchos países han comenzado a utilizar medios sofisticados como la realidad virtual, para desarrollar habilidades en los educandos, basándose en esta tecnología que ha permitido en las Fuerzas Militares desarrollar habilidades en el manejo de equipos de aviación sin exponer aviones costosos y especialmente la vida de aprendices e instructores/as.

La realidad virtual está adquiriendo un lugar importante en la enseñanza de nuevas técnicas quirúrgicas como la video endoscopia operatoria, la cual por el alto riesgo que conlleva en manos inexpertas puede ocasionar al aprenderse directamente en el paciente lesiones muy graves e incluso la muerte. Hoy la tecnología ha habilitado a la comunidad médica (y otras profesiones también) a aprender en un ambiente protegido. Los/as pacientes simulados/as están reemplazando a los/as reales en el comienzo del aprendizaje. El/la estudiante puede hacer sus primeras prácticas y cometer errores en un objeto inanimado, donde en el peor de los casos al cometer un error grave, lo único que hay que hacer es reiniciar la práctica para mejorar la destreza y evitar los errores.

El manejo apropiado de una condición de emergencia es muy difícil de enseñar durante la emergencia real. Durante una situación de emergencia, no hay tiempo para detenerse y pensar sobre el próximo paso. Las acciones y protocolos deben fluir naturalmente. La única

manera de practicar en una emergencia sin poner en peligro a un/una paciente es aprender en un ambiente simulado.

Otra ventaja de los ambientes simulados es permitir que los/las alumnos observen entidades que por su rara aparición difícilmente verán durante sus estudios. En lugar del adagio viejo “vea uno, haga uno, enseñe uno”, la educación médica tiene la opción ahora de “vea varios, practique seguramente, haga varios, enseñe uno”. Después de aprender de los textos, conferencias, videos y observación directa, los/as estudiantes pueden practicar en pacientes no reales (simulados). Cuando están listos para realizar un procedimiento por primera vez en un/a paciente real, lo harán bajo supervisión pero con mejor destreza, con más tranquilidad y con menos riesgo para los/las pacientes.

Nada reemplazará el aprendizaje interactuando con pacientes reales, donde se implementarán técnicas de comunicación, de diagnóstico y tratamiento, pero siempre en el aprendizaje temprano debe reservarse un espacio para adquirir en pacientes simulados las destrezas necesarias previas al contacto con seres humanos reales.

Un modelo no es otra cosa que un medio para reproducir un fenómeno que se pretende señalar o enseñar para afectar el comportamiento humano. De esta manera los modelos se vuelven útiles para la ampliación del conocimiento y el estudiante tiene la oportunidad de interactuar creativamente con el contenido del aprendizaje vía la “realidad simulada”.

Los modelos de simulación presuponen el concepto del aprendizaje por descubrimiento y no por instrucción programada. Proveen un verdadero “laboratorio virtual”. Crean la oportunidad de “solución de problemas”, en un ambiente de motivación e intereses por parte del estudiante.

El investigador Patrick Suppes, afirmaba refiriéndose al computador, “que en unos cuantos años sería posible que millones de infantes pudieran tener lo que Alejandro Magno consideraba una prerrogativa de los reyes: contar con un tutor personal tan bien informado como Aristóteles”. Es así como el computador y los modelos introducen cambios en las dimensiones de espacio y tiempo, para conseguir los objetivos de aprendizaje por descubrimiento. La enseñanza a nuestros/as estudiantes utilizando la Simulación es necesaria en las facultades de Medicina, sin embargo debe complementarse con un mejoramiento continuo de la calidad en la educación médica.

En salud sexual y reproductiva el uso de simuladores y ayudas audiovisuales son de interés particular; usualmente en todas las instituciones universitarias; el y la estudiante de Medicina o Enfermería aprende a colocar Dispositivos Intrauterinos (DIU) directamente en la paciente, con el riesgo de lesión uterina, reacciones vagues, maltrato a la paciente y las implicaciones legales. Además, como son varios/as estudiantes, estos se sitúan alrededor de la mujer y tenemos entonces, una mujer acostada semidesnuda, teniendo en frente a docente(s) y varias personas viendo el procedimiento, además del/a enfermero/a que asiste. Lo anterior es dramático para la paciente y lesivo para la integridad física y mental de la misma. Igualmente puede suceder para la esterilización quirúrgica masculina o femenina, procedimientos de AMEU, etc.

7.1.2 Investigación

La etimología del término investigación proviene del latín *In (en) Vestigare* (hallar, inquirir, indagar, seguir vestigios) y de acuerdo al significado de la academia española hacer diligencias para descubrir algo.

La investigación es la actividad de búsqueda que se caracteriza por ser reflexiva, sistemática y metódica y que tiene por finalidad obtener conocimientos y solucionar problemas científicos, filosóficos y empíricos-técnicos desarrollados mediante un proceso, entonces podemos decir que la investigación científica es la búsqueda intencionada de conocimientos o soluciones a problemas de carácter científico.

La mayoría de las investigaciones realizadas que tienen que hacer con la rama médica están referidas a la experiencia biomédica prescindiendo o no tomando con la amplitud necesaria el aspecto socio cultural.

La investigación cualitativa tiene que ver con la forma en que las personas interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir. A medida que la investigación cualitativa explora un número mayor de temas de salud reproductiva se ha ido generando ideas acerca de las formas de mejorar los servicios. La mayor atención prestada a la salud reproductiva como resultado de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, y cuestiones relativas a la epidemia mundial de la infección por el VIH/Sida, han aumentado el interés en el uso de la investigación cualitativa. A medida que dicha investigación se extiende a campos nuevos, sus resultados se están usando para guiar la investigación y el diseño de programas.

El embarazo adolescente no planeado, la violencia sexual, la anticoncepción, la protección sexual y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva de las poblaciones jóvenes, requieren una clara comprensión de los contextos dentro de los cuales estas realidades se presentan y de la manera como las y los jóvenes interpretan aspectos como el amor, la pareja, y la identidad de género.

Conocer cuáles son los viejos paradigmas culturales y de género que hacen que se perpetúen problemas de la salud sexual y reproductiva,

como el VHI-Sida y otras infecciones de transmisión sexual, es un asunto que le atañe a la investigación cualitativa en salud sexual y reproductiva.

En el área de morbilidad materna el identificar, describir y analizar muertes y lesiones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio en zonas rurales o marginales, así como el aborto, los que no son adecuadamente documentados en los sistemas de información sobre la salud.

Es importante despertar la inquietud y promover la investigación en alumnos/as tanto de pregrado como de posgrado en el conocimiento actual de los problemas de SSyR que presentan las mujeres de diferentes realidades (investigaciones que podrían ser ampliadas posteriormente), estas actividades son estimulantes para quienes las realizan y sus resultados son de utilidad para la comunidad en general.

Si el centro de estudio no establece la investigación dentro de su currículo, se podría instituir un premio para la/el alumno que haga un estudio en salud sexual y reproductiva y la asesoría podría ser proporcionada por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.

7.1.3 Consejería

La consejería es una estrategia de promoción de la salud que requiere de una buena interacción entre el/la profesional y la/el usuaria/o.

Es un proceso cara a cara de comunicación bidireccional en que un/a profesional de la salud asesora a un hombre o una mujer o a una pareja para identificar sus necesidades y realizar una elección apropiada, de acuerdo a su situación en particular.

Se debe tener en cuenta que los/las usuarias deben recibir información adecuada para elegir libremente, por ejemplo, el método anticonceptivo a utilizar, lo que por lo menos debe incluir:

- Efectividad.
- Uso adecuado.
- Mecanismo de acción.
- Efectos adversos.
- Riesgos y beneficios.
- Signos y síntomas ante los cuales debe consultar.
- Información sobre retorno de la fertilidad al suspender el método.
- Información sobre protección de Infecciones de transmisión sexual y Sida (doble protección).

Los roles de género condicionan la posibilidad de las mujeres por ejemplo de negociar el uso del preservativo en las relaciones sexuales, por lo que suelen incurrir en riesgos para su salud sexual y reproductiva. También condicionan a los hombres y sus modos de demostrar su masculinidad.

La elección del método depende entonces de:

1. Perfil del método.
2. Perfil de la o él usuaria/o.

8. RECOMENDACIONES PARA FORMAR UN/A PROFESIONAL INTEGRAL EN SSyR

El abordaje de la temática en Salud Sexual y Reproductiva de la población exige un compromiso con el desarrollo tanto profesional como personal. Además de ejercer habilidades técnicas, los/as profesionales deben cultivar sus capacidades para ampliar y aplicar tales habilidades dentro de una variedad de escenarios. Como tal, el conocimiento de los principios éticos, la aptitud para relacionarse con los demás y la habilidad para adquirir información y actualizarla continuamente son componentes importantes del desarrollo profesional.

A fin de formar un/a profesional integral que sea más útil a las necesidades en SSyR de la población hay que hacer modificaciones a los programas actuales de pre y posgrado.

8.1 Modificaciones en los programas de pre y posgrado

Esto dependerá del currículo de cada país. En muchos países están desarrollados en sus programas los temas referentes a SSyR pero no así en el momento de su dictado y aplicación, priorizándose otros aspectos de la formación.

Los temas de derechos sexuales y reproductivos se deben desarrollar con los llamados ejes transversales como educación ambiental, género e interculturalidad.

Se deberán promover discusiones entre el alumnado

1. ¿Cómo mejorar los programas de formación de pre y posgrado existentes?

- a) Incluyendo en los currículos los aspectos de SSyR que falten para formar profesionales acorde a las necesidades de la región.
- b) Estableciendo y respetando los requisitos mínimos que deben cumplirse en programas de formación.
- c) Dimensionando el rol de la salud sexual y reproductiva en el cuidado general de las personas en la educación de la comunidad.

2. ¿Qué se requeriría para estos cambios?

- Modificar los objetivos y logros del programa: listado de objetivos específicos a cumplir, tanto en la adquisición de conocimientos, como en la obtención de habilidades y destrezas. Todo esto, sin olvidar la formación general y la vocación de servicio.
- Introducir flexibilidad en los programas (currículo común y diferenciado).
- Promover discusiones entre el alumnado sobre leyes existentes en estos temas.
- Modificar las formas de evaluación, haciéndolo a través de evaluación por competencias.
- Contar con un cuerpo docente identificado, partidario del nuevo modelo.
- Que el modelo sea consecuente con las necesidades de la sociedad para que despierte el interés de los sistemas de salud por contar con

estos y consecuentemente despierte en los/as alumnos/as el deseo de formarse bajo este nuevo concepto.

8.2 Cambios específicos en las residencias

El crecimiento vertiginoso de las subespecialidades, los avances tecnológicos, el papel preponderante que tiene el profesional de la salud en la atención primaria y la salud de la mujer hacen imposible que todos los contenidos requeridos puedan ser cubiertos adecuadamente con la duración que actualmente tiene la formación.

La pregunta que surge es: ¿Cuál es la mejor vía: aumentar los años de formación o modificar los contenidos?.

Una opción eficiente puede ser el diseñar una nueva modalidad de programa, en que inicialmente exista un currículo común que reúna los objetivos y conocimientos considerados esenciales y comunes para todo especialista. Posteriormente el programa se diferencia y deriva al educando a adquirir un mayor conocimiento y preparación en alguna de las grandes áreas de la especialidad. En este modelo, resulta indispensable prepararlos/as también para una potencial vida académica futura.

Por ende se puede pensar en un plan común, que incluya dentro de los objetivos y contenidos de formación a la docencia, la salud sexual y reproductiva y la medicina familiar, seguido luego de sub especialización. Esta opción debe estudiarse cuidadosamente, teniendo en cuenta las prioridades para cada país en particular. Dando prioridad a los temas de salud de la mujer identificados como problemáticos en cada país de la región. Cada especialista luego tendrá la opción de realizar una subespecialidad.

Se debe cuidar el mantener, proteger y perfeccionar el sistema de acreditación.

9. CONTENIDOS MINIMOS EN SSYR A IMPLEMENTAR EN LOS CURRÍCULOS

9.1 Pregrado

- Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Derechos humanos, Género e Interculturalidad.
- Leyes internacionales que abordan los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Leyes nacionales existentes que abordan los Derechos Sexuales y Reproductivos en cada país en particular.
- Concepto integral de salud sexual y reproductiva.
- Determinantes de la salud Sexual y Reproductiva (Biológicos-psicológicos-sociales).
- Maternidad saludable.
- Morbimortalidad Materna.
- Prevención del aborto inseguro y manejo integral de la mujer con complicaciones de aborto (estrategia de atención integral a la mujer en situación de aborto incluyendo manejo médico del aborto y AMEU).
- Interrupción del embarazo dentro del marco de la ley de cada país.
- Estrategias para detección temprana y diagnóstico precoz de entidades de alto impacto en la Salud Sexual y Reproductiva femenina y masculina.
- Anticoncepción (asesoría, métodos temporales y permanentes, Criterios de elegibilidad de la OMS, anticoncepción de emergencia) Consejería.
- Consejería y Anticoncepción post parto y post aborto.
- Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Consejería. Métodos anticonceptivos temporales.

- Salud sexual y reproductiva en la mujer de la tercera edad.
- Bioética en SSyR.
- Violencia de género.

9.2 Posgrado

- Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Derechos humanos, Género e Interculturalidad.
- Leyes internacionales que abordan los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Leyes nacionales existentes que abordan los Derechos Sexuales y Reproductivos en cada país en particular.
- Concepto integral de salud sexual y reproductiva.
- Determinantes de la Salud Sexual y Reproductiva (Bio-psico-sociales).
- Maternidad saludable.
- Morbimortalidad Materna.
- Prevención del aborto inseguro y manejo integral de la mujer con complicaciones de aborto (estrategia de atención integral a la mujer en situación de aborto incluyendo manejo médico del aborto y AMEU).
- Interrupción del embarazo dentro del marco legal de cada país
- Estrategias para detección temprana y diagnóstico precoz de entidades de alto impacto en la Salud Sexual y Reproductiva femenina y masculina.
- Anticoncepción (asesoría, métodos temporales y permanentes, Criterios de elegibilidad de la OMS, anticoncepción de emergencia, DIU posparto y posaborto, esterilización femenina (minilaparotomía, laparoscopia, histeroscopia), esterilización masculina (vasectomía sin bisturí). Manejo de los efectos secundarios y/o complicaciones. Consejería.

- Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Consejería. Anticoncepción.
- Salud sexual y reproductiva en la mujer de la tercera edad.
- Violencia de género.
- Bioética en SSyR

10. EVALUACIÓN

10.1 Evaluación de los Programas

- Debe ser sistemática y anual. La evaluación debe hacerse con base en objetivos del programa y logros. Deben formar parte del equipo evaluador: la/el encargado/a del programa, cuerpo docente y al menos un/una estudiante. Se debe considerar en dicha evaluación el informe confidencial emitido por los/las estudiantes. Indispensable como resultado de dicha evaluación es la corrección oportuna de las deficiencias. La evaluación del programa debe velar porque se mantenga viva la innovación y experimentación docente. Ello es esencial para mejorar la educación profesional. Lo anterior significa que debe favorecerse y/o facilitarse la realización de proyectos experimentales educativos, y la incorporación de nuevas técnicas de enseñanza y de recursos o equipamiento.
- Con relación a la inclusión de contenidos en SSyR, la evaluación debe hacerse en dos niveles:
 1. Evaluar el resultado que se ha obtenido en las diferentes facultades después de la entrega del documento de Enseñanza en Salud Sexual y Reproductiva y las actividades

de sensibilización realizadas a nivel de FLASOG y Sociedades de Obstetricia y Ginecología a fin de conocer las mejoras obtenidas en el currículo. La evaluación podría realizarse cada dos años y sería recomendable que sea llevada a cabo por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología y en lo posible FLASOG.

2. Evaluación del programa de la institución médica. La excelencia y vigencia del programa sólo son garantizados si, además del estudiante, son formalmente evaluados el programa y su cuerpo docente.

10.2 Evaluación del estudiante:

- El programa debe incluir métodos de evaluación por competencias para lo cual será necesaria la existencia de un registro individual, en donde se haga el seguimiento de los conocimientos, actitudes y habilidades desarrolladas. La tutoría durante el desarrollo de competencias debe ofrecer una retroalimentación permanente.
- Debe haber evaluación semestral escrita. El programa debe contar con un registro de evaluación individual (aspecto conceptual, procedimental, valorativo), con énfasis especial en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva como morbilidad materna, aborto inseguro, problemas de la adolescencia, etc. Las fuentes de evaluación deben ser diversas e incluir a los pares, cuerpo docente, pacientes y otros/as profesionales de la salud con los/as cuales los/as estudiantes interactúen. Independientemente de la excelencia del estudiante, siempre debe haber una evaluación final.

10.3 Evaluación del cuerpo docente

- El cuerpo docente debe ser objeto de evaluación periódica. Debe velarse por la excelencia académica, la adecuada relación docente-estudiante, el perfeccionamiento (educación continua) y la disposición a la investigación docente, clínica y básica. La evaluación debe incluir visitas en el lugar para evaluar que la infraestructura mantenga los estándares que una docencia de calidad exige. Por último, debe existir una evaluación confidencial por parte de los/as estudiantes.

10.4 Certificación en posgrado

- La certificación de especialista requiere de una evaluación integral. Dicha evaluación debe incluir el informe final del/a encargado/a del programa para cada estudiante (basado en las calificaciones y evaluaciones obtenidas durante sus rotaciones), un examen teórico oral y escrito (cognoscitivo), e, idealmente, un examen de habilidades clínico prácticas, con énfasis en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva como morbilidad materna, aborto inseguro, problemas de la adolescencia, etc y una evaluación de actitudes. Esta evaluación es muy importante principalmente por que el/la especialista puede trabajar en servicios del estado dentro o lejos de las capitales, resolver problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva, donde debe tener un papel de liderazgo. Debe también evaluarse la participación en un proyecto de investigación y las publicaciones. El programa debe establecer claramente los límites para la aprobación y los mecanismos a utilizar en caso de reprobación, suspensión o retiro del programa.

11. ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Muchas veces es difícil poder lograr el cambio de un currículo de grado, otras veces los contenidos son correctos pero por determinados motivos no se alcanzan.

A continuación plantearemos algunas de las diferentes formas de trabajo que son posibles de desarrollar:

En el pregrado:

A. Jornadas de sensibilización:

En las mismas se abordaran temas como: Derechos humanos, género e interculturalidad

1. Modalidad de trabajo: introducción a las leyes tanto internacionales como nacionales en Derechos Sexuales y Reproductivos. Planteo inicial de las causales de mortalidad y morbimortalidad materna.
2. Taller de género: con el objetivo de visualizar los diferentes aspectos desde una mirada práctica. Poder analizar los hechos desde un enfoque con sensibilidad cultural.
3. Introducción a los métodos anticonceptivos modernos: descripción de los mismos, mitos, aceptabilidad.

B. Cursos de capacitación:

1. Los mismos estarán orientados a profundizar las temáticas anteriormente planteadas acerca del Derecho. Trabajando las leyes internacionales como locales basándose en el análisis de casos que hayan tenido por ejemplo tratamiento de temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, ver en que situaciones se han aplicado o no las diferentes leyes en SSyR. Se buscará la sensibilización en la temática de género con una mirada cultural.
2. Breve reseña histórica e introducción al conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos modernos.
 - 2.1 Conferencia Ilustrada.
 - 2.2 Trabajo en grupos: Identificación de los MAC que conocen, dando a cada grupo un método para que lo desarrolle y pueda exponer ante sus compañeros/as, creando un afiche o póster.
 - 2.3 Exposición por parte del grupo acerca de las ventajas o desventajas de ese método. Exposición acerca de los diferentes mitos y creencias.
 - 2.4 Reconocimiento de las diferentes posiciones acerca de cada método anticonceptivo. Anticoncepción de emergencia y su mecanismo de acción.
3. Trabajar los lineamientos básicos en consejería y lo que esta significa.
4. Trabajar en el abordaje de personas con diversidad sexual.

Se deberá entregar al alumno/a material que apoye lo trabajado para que pueda quedar como referencia de lo elaborado.

En el posgrado de Ginecología y Obstetricia:

A. Jornadas de sensibilización:

En las mismas se abordaran temas como: Derechos humanos, género e interculturalidad.

1. Modalidad de trabajo: introducción a las leyes tanto internacionales como nacionales en Derechos sexuales y reproductivos
2. Taller o trabajo grupal en el que se analizan diferentes situaciones donde se apliquen las diferentes leyes existentes en SSyR.
3. Taller de género: con el objetivo de visualizar los diferentes aspectos desde una mirada práctica. Trabajar mostrando las diferentes creencias culturales que sostienen la desigualdad entre los hombres y mujeres.
4. Análisis de los métodos anticonceptivos modernos:
 - Descripción de los mismos,
 - Mecanismo de acción.
 - Eficacia. Índice de Pearl.
 - Criterios de elegibilidad OMS su explicación y forma de utilización.
5. Taller de casos clínicos.
6. Aborto inseguro – Morbimortalidad – Consejería - AMEU
7. Violencia de género.

B. Cursos de capacitación:

1. Los mismos estarán orientados a profundizar las temáticas anteriormente planteadas acerca del Derecho. Trabajando las leyes internacionales como locales basándose en el análisis de casos que hayan tenido por ejemplo tratamiento desde los

medios masivos de difusión. Se buscará la sensibilización en la temática de género.

2. Mortalidad y Morbimortalidad materna. Análisis epidemiológico.
3. Conferencia acerca de la necesidad de entender que la consulta por anticoncepción es una consulta de urgencia.
4. Atención específica a la salud integral desde un enfoque de diversidad sexual, incluyendo aspectos vinculados al tratamiento hormonal, implantes, etc.

C. Taller en consejería en salud sexual y reproductiva

1. Conferencia Ilustrada con utilización de diferentes técnicas audiovisuales acerca de los diferentes métodos anticonceptivos y el significado de la consejería.
2. Trabajo grupal acerca de cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos.
3. Análisis del mecanismo de acción de los diferentes métodos anticonceptivos.
4. Conferencia Ilustrada y trabajo posterior en grupos acerca de los criterios de elegibilidad de la OMS.
5. Diferentes temáticas de sensibilización en la atención de salud sexual y reproductiva.
6. Juego de roles: actividad en donde las y los alumnos representaran situaciones como médicos y pacientes ante diferentes casos clínicos.
7. Métodos de evaluación a través de Guías de Aprendizaje y Listas de Verificación.

La importancia en el abordaje de estas actividades es el planteo que las mismas se desarrollaran en un marco donde el nivel de complejidad deberá ser creciente, debiéndose trabajar convenientemente partiendo de casos tanto desde los aspectos sociales como clínicos.

12. CONCLUSIONES

Esperamos con este aporte contribuir a que las Facultades/Escuelas de Medicina de América Latina y El Caribe, Ministerios de Salud y/o Educación, así como Sociedades Científicas incorporen los Derechos Sexuales y Reproductivos como parte habitual en el abordaje de los seres humanos. Estos forman parte de los Derechos Humanos y por lo tanto los/as profesionales de la salud deben ser formados desde esta perspectiva.

13. REFERENCIAS

1. ACGME. Program requirements for residency education in obstetrics and gynecology, 2003.
2. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Anticoncepción del Siglo XXI. Editorial Ascune Hnos. 2005.
3. Bissonnette JM, Gabbe SG, Hammond CB, MacDonald PC, Polan ML, Roberts JM. Restructuring residency training in obstetrics and gynecology. Am J Obstet Gynecol 1999; 180(3 Pt 1): 516-18.
4. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem Do Para" 1995.
5. Cuello M et al. Perfil actual y requisitos para un programa de especialización en obstetricia y ginecología en el nuevo milenio en Chile. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(2): 136-148.
6. Dunn LJ. The obstetrician-gynecologist - generalist, specialist, subspecialist? Am J Obstet Gynecol 1995; 172(4 part 1): 1188-90.

7. Family Health International. Qualitative research-FamilyHealth International 2002; 22(2). Consultado el 14 de septiembre en; http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v22_2/index.htm.
8. Gabbe SG, Morgan MA, Power ML, Schulkin J, Williams SB. Duty hours and pregnancy outcome among residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 2003; 102(5 Pt 1): 948-51.
9. Gerbie AB. The obstetrician-gynecologist: specialist and primary care physician. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(4, part 1): 1184-87.
10. Geertz, C. The interpretation of cultures: Selected Essays. Nueva York: Basic Books. 1973.
11. Gibbons JM, Jr. Springtime for obstetrics and gynecology: will the specialty continue to blossom? *Obstet Gynecol* 2003; 102(3): 443-45.
12. Goff BA, Lentz GM, Lee D, Houmard B, Mandel LS. Development of an objective structured assessment of technical skills for obstetrics and gynecology residents. *Obstet Gynecol* 2000; 96(1): 146-50.
13. Gómez P.I. Uso de simuladores y otras ayudas educativas en medicina. *Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*. 2003;51(4):227 - 232.
14. Gómez PI. Pasado, Presente y Futuro de la Anticoncepción. Capítulo 27: "Capacitación al personal en Salud". Editorial Universidad Nacional de Colombia. 1a Ed.:280-288.
15. Gogna, M.; Llovet, J.J.; Ramos, S. y Romero, M., 1998, Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social, en *La Argentina que Viene*, Norma, Buenos Aires. Argentina.
16. Grant JM. The whole duty of obstetricians. *British Journal Obstetrics Gynaecology* 1997; 104: 387-92.
17. Hale RW. The obstetrician and gynecologist: primary care physician or specialist? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(4 part 1): 1181-83.
18. Haslegravea M, Olatunbosunb O. Incorporating Sexual and Reproductive Health Care in the Medical Curriculum in Developing Countries. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (21): 49-58.

19. Jacoby I, Meyer GS, Haffner W, Cheng EY, Potter AL, Pearse WH. Modeling the future workforce of obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 1998; 92(3): 450-56.
20. Motivación, dificultades y demandas que enfrenta el o la docente. *Revista semestral*;9(5). Consultada el 3 de septiembre de 2010 en: <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=28>.
21. Ministerio de Salud Pública. Dirección general de la Salud. Programa Nacional de la Mujer y Género. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo diversidad sexual. Uruguay 2009.
22. Perrotta, G., 2006, El embarazo adolescente como fenómeno sociocultural en un Barrio carenciado de la Zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires, tesis de Maestría FLACSO Argentina, inédita.
23. Phelan ST. Pregnancy during residency: II. Obstetric complications. *Obstet Gynecol* 1988; 72(3 Pt 1): 431-36.
24. Population Reports, 2003, Volumen XXXI, Número 4, Serie Q, Número 1, USA. Disponible en la Web: <http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sq01/>
25. Schneider KM, Monga M, Kerrigan AJ. Stress in residency: reality or myth? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 907-09.
26. Seltzer VL, Fishburne JI, Jonas HS. Obstetrics and gynecology residencies: education in preventive and primary health care for women. *Obstet Gynecol* 1998; 91(2): 305-10.
27. UNESCO Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural. 2001.
28. UNFPA 1994. Principios. Programa de Acción de la CIPD, aprobado en Conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: UNFPA.
29. UNFPA Estado de población mundial 2008. Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos.
30. Valenciano L. El Enfoque Constructivista en el Curriculum de Enfermería:
31. Vial S. [The experience of 15 years in the accreditation of training centers for medical specialists]. *Rev Med Chil* 1995; 123(8): 1025-32.
32. Wilson JR. Scientific advances societal trends, and the education and practice of obstetrician-gynecologists. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(5): 1135-40.



FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

www.flasog.org



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Porque cada persona es importante

PROM5 AÑOS **SEX**

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

