

P R E S E N T A C I Ó N

En junio de este año, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas expresó su grave preocupación por las altas tasas mundiales de mortalidad y morbilidad maternas prevenibles, y adoptó por consenso la resolución Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos. En ella se reconoce que éstas suponen un desafío en materia de salud, desarrollo y derechos humanos y que urge redoblar los esfuerzos por lograr el mejoramiento de la salud materna, la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, especialmente asignando los recursos necesarios a los sistemas de salud.

A pesar de los progresos realizados en los últimos veinte años, reflejados en el descenso de la mortalidad materna, las cifras siguen siendo inaceptablemente elevadas en muchos países de América Latina y el Caribe. El Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5) es uno de los que menos ha avanzado en la región, como consta en el informe Objetivos de desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe, presentado en la reunión de alto nivel sobre los ODM convocada por el Secretario General de la ONU en septiembre de 2008. Para que los países, y a su interior las comunidades con mayor rezago, fortalezcan sus sistemas de salud y puedan alcanzar las dos metas del ODM 5, de reducir el índice de mortalidad materna en un 75% y lograr el acceso universal a servicios de salud reproductiva para 2015, se requieren esfuerzos adicionales. Es imprescindible trabajar juntos para canalizar esfuerzos y recursos en unas pocas estrategias clave con probada eficacia.

Existe un renovado compromiso global con la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas, que se vio reflejado en la conmemoración del 20 aniversario de la Iniciativa Global para una Maternidad Sin Riesgos, en Las mujeres dan vida, en la inclusión de la meta de acceso universal a la salud reproductiva en el ODM 5, y en la Reunión de alto nivel sobre los ODM de 2008, donde los gobiernos, las Naciones Unidas y los donantes reafirmaron su compromiso conjunto para intensificar su apoyo a este objetivo. Más aun, el contexto de la conmemoración de los 15 años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo+15), de los 15 años de la Cumbre Mundial sobre la Mujer (Beijing+15) y de los diez años de la Declaración del Milenio nos brindan una oportunidad única para movilizar nuevos apoyos. Sabemos lo que hay que hacer para evitar la enfermedad y la muerte materna: es hora de actuar.

Desde 1998, el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) fomenta la cooperación interagencial y el desarrollo de estrategias y consensos regionales, así como el fortalecimiento de capacidades y la disseminación de buenas prácticas, lecciones aprendidas y modelos innovadores. También, moviliza compromisos de alto nivel para la implementación de políticas y programas de salud materna en América Latina y el Caribe. En el 2003, el GTR publicó el Documento de Consenso Estratégico Interagencial, para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas que contó con el aval de los Estados y de la sociedad civil. Una buena parte de la evidencia que respalda este documento ha sido publicada por The Lancet en sus series sobre Salud Materna, Salud Sexual y Reproductiva y Las mujeres dan vida.

La colección de artículos de The Lancet que presentamos aquí —por primera vez en español— representa una selección de los temas y los enfoques de salud materna y salud reproductiva más relevantes para la región, elegidos por un grupo de personas expertas. Este grupo también propició la elaboración de dos nuevos artículos referidos exclusivamente a la región latinoamericana.

Es un inmenso honor para el GTR hacerles llegar la presente publicación. Tenemos la esperanza de que su lectura reavive el compromiso y los esfuerzos que los gobiernos, la sociedad civil, la cooperación internacional y los actores locales, están desarrollando de manera mancomunada para enfrentar la morbilidad y mortalidad maternas en la región, y así cumplir con una deuda pendiente: el derecho a la vida y la salud de todas nuestras mujeres, adolescentes y también niñas.

El GTR agradece especialmente la colaboración de Family Care International, así como los aportes de Ana Langer, Luis Távara, Carmen Barroso, Mariana Romero y Silvina Ramos, y el apoyo financiero de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, AECID, UNFPA y USAID a través del Centro Latino Americano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud CLAP-SMR/OPS.



Grupo de Trabajo Regional
para la Reducción de la Mortalidad Materna

Septiembre de 2009

Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades

Carmen Barroso* y Ana Langer**

Oportunidades y desafíos en América Latina y el Caribe

En los últimos 15 años ocurrieron importantes cambios en la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) en América Latina y el Caribe (ALC). Desde la histórica Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, en la cual los gobiernos del mundo, las agencias internacionales y los donantes se comprometieron a mejorar sustancialmente la salud y los derechos sexuales y reproductivos, ha habido impresionantes avances regionales; sin embargo, los desafíos están lejos de resolverse.

Por una parte, el uso de métodos anticonceptivos ha alcanzado cifras muy altas en importantes sectores de la población (alrededor del 70%)¹ y, consecuentemente, la fecundidad ha descendido dramáticamente².

Al mismo tiempo, la participación creciente de las mujeres en el mercado de trabajo ha sido causa y consecuencia de una disminución

en el tamaño de las familias. Asimismo, diversos países han adoptado nuevas políticas que ofrecen un ambiente favorable para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y muchos líderes de la región están reconociendo la importancia de éstos para los individuos, las comunidades y, en general, para el desarrollo. Entre los ejemplos más destacados se cuentan los cambios favorables en la legislación sobre el aborto en Colombia y México, y la reciente reunión de Ministros de Salud y Educación de la región en la cual se acordó impulsar la educación sexual integral y se propuso aumentar el gasto en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Al mismo tiempo que ocurrieron estos importantes avances, desafortunadamente no se ha visto el éxito esperado en otras áreas. La salud materna, por ejemplo, está estancada en los mismos niveles desde hace años, situación particularmente inaceptable si consideramos que se cuenta con el conocimiento y las tecnologías para prevenir o resolver más del 90% de las complicaciones obstétricas graves, y que una gran proporción

* *International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, New York, NY, USA.*

** *EngenderHealth, New York, NY, USA*

de las mujeres de la región tiene acceso a servicios de atención prenatal y del parto³. Además, en muchos países de la región, el embarazo en adolescentes continúa siendo un problema grave, y la epidemia de VIH/SIDA, si bien controlada en algunos países, continúa afectando profundamente a otros, especialmente a ciertos sectores de la población.

América Latina y el Caribe es una región de grandes contrastes y desigualdades entre países y entre grupos sociales al interior de los mismos, cuyos indicadores promedio nacionales y regionales ocultan inequidades inaceptables. En este artículo ofrecemos un panorama general de la situación regional poniendo énfasis en estas diferencias, y exploramos lo que puede y debe hacerse para capitalizar éxitos y superar los obstáculos que persisten.

La mortalidad materna

La mortalidad materna (MM) en la región se ha estancado en niveles inaceptables. Los avances han sido lentos e irregulares, permaneciendo el número absoluto de muertes maternas prácticamente sin cambios durante la última década. Considerando esta tendencia, es poco probable que el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5 (Reducción de la mortalidad materna en 75% para el año 2015) pueda alcanzarse. Las madres en nuestra región tienen una probabilidad de morir en el parto 14 veces mayor que aquellas en los países desarrollados⁴. Las razones de mortalidad materna actuales de 150 por 100,000 recién nacidos vivos, son totalmente inaceptables considerando que las muertes resultan de complicaciones casi en su totalidad prevenibles o manejables⁵. La elevada y persistente mortalidad materna en la región señala la urgencia de aumentar la inversión en este campo.



Foto: Banco de imágenes UNFPA/ Brasil, Solange Souza

La mortalidad materna varía dramáticamente entre países y entre las poblaciones rural/urbana e indígena/mestiza rebasando, en algunos casos, los niveles de los países económicamente menos desarrollados de África. Incluso donde se han logrado descensos en la MM, existen enormes diferencias en el acceso a partos institucionales y a planificación familiar entre la población rural y la urbana. En Perú, por ejemplo, más del 60% de las mujeres en las ciudades tienen sus partos atendidos por un médico, mientras que sólo 10% de las mujeres de zonas rurales dan a luz en condiciones similares⁶. La planificación familiar con métodos modernos y efectivos, uno de los cuatro pilares esenciales para abatir la MM, muestra cifras también muy desiguales, a pesar de que ALC es la región del mundo en desarrollo con mayor prevalencia promedio de uso de métodos anticonceptivos. El rango entre países varía entre 22 y 72%, y la diferencia es igualmente muy amplia entre grupos sociales. Así, por ejemplo, un 60% de las mujeres "ladinas" en Guatemala utilizan anticonceptivos modernos, mientras que sólo un 20% de las mujeres mayas los usan⁷.

El embarazo en adolescentes

Contrariamente a lo esperado, en muchos países de la región el embarazo adolescente está aumentando, sobre todo en los sectores más pobres de la población. Las estadísticas muestran una gran demanda insatisfecha de anticonceptivos para esta población. De hecho, la fecundidad de adolescentes de ALC es superior a la de Asia y África del Norte, y superior a los promedios mundiales. Los niveles de uso de anticonceptivos son bajos, incluso entre los sectores de mayor nivel socioeconómico, y son menores aun entre los pobres, cuya fecundidad llega a ser de 3 a 5 veces más alta⁸. En muchos países de la región, la anticoncepción de emergencia (AE) no está ampliamente disponible. La AE es una herramienta valiosa para prevenir

embarazos no deseados entre jóvenes, particularmente para quienes no usan métodos de planificación familiar efectivos o los utilizan inadecuada o inconsistentemente, así como para quienes enfrentan la falla de un método. El difícil o imposible acceso a información sobre AE y a un producto dedicado para ella contribuye a agravar el problema del embarazo adolescente.

Para la mayoría de las adolescentes y jóvenes, un embarazo representa una severa barrera para su desarrollo personal ya que, cuando enfrentan esta situación, con frecuencia abandonan la escuela y limitan de este modo sus oportunidades de empleo, perpetuando un ciclo de pobreza que se transmite de generación en generación.

El VIH y el SIDA

En promedio, la prevalencia de VIH y SIDA en ALC es significativamente menor que en África Subsahariana y otros países severamente afectados por la pandemia. Sin embargo, la situación es un grave problema en la región, especialmente entre la población joven, la cual representa el 40% de las nuevas infecciones. Esta crisis se debe sobre todo a la ausencia o deficiencias de programas de educación sexual y a la escasa promoción de medidas preventivas, entre ellas el uso del condón, que es la mejor herramienta con la que se cuenta actualmente para evitar la infección. A pesar de que el 90% de los nuevos casos en ALC son de transmisión sexual, 62% de los y las jóvenes en las escuelas no tiene acceso a programas preventivos, cifra que llega a 96% entre la población joven que está fuera de las escuelas. En los países del Caribe, la prevalencia de VIH es aun más elevada. De hecho, esta subregión tiene la tasa de prevalencia más alta del mundo después de África, y el SIDA es ahora la principal causa de muerte entre adultos de 15 a 44 años⁹.

El acceso a servicios de aborto legal y seguro

En ALC se llevan a cabo aproximadamente 4 millones de abortos en condiciones de riesgo al año. El artículo incluido en el volumen de *The Lancet* señala que la tasa de aborto entre mujeres de 15 a 44 años de América del Sur es de 33 por 1000 mujeres. Esta cifra es mayor que la de todas las demás regiones del mundo en desarrollo (incluida África), y diez veces mayor que la de los países desarrollados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la proporción de muertes maternas que resulta de abortos inseguros en ALC supera la de Asia y África. Estas elevadas cifras de abortos son inesperadas, considerando que ALC es una región con una prevalencia promedio de uso de anticonceptivos muy alta. Por otra parte, estos promedios diluyen grandes diferencias entre grupos de edad y condiciones sociales. Las mujeres más pobres y menos informadas son las que tienen menor acceso a la información y a los servicios efectivos de planificación familiar que les permitirían prevenir los embarazos no deseados o no planeados. Ellas son también las que tienen menor acceso a servicios seguros de interrupción del embarazo. Estos servicios, incluso en países donde el aborto está legalmente restringido, están disponibles para las mujeres que pueden pagar por ellos en el sector privado, pero no así para aquellas sin los recursos necesarios. La desigualdad en el riesgo de un embarazo no deseado ni planeado y en el acceso a aborto seguro es una de las muestras más claras de las inequidades que prevalecen en nuestra región.

América Latina y el Caribe: una región relegada por la comunidad internacional

La comunidad internacional ha jugado un papel importante en el financiamiento de los programas

de planificación familiar en la región. Durante muchas décadas, las agencias bilaterales como USAID y algunos gobiernos europeos, Canadá, Japón, agencias de Naciones Unidas—en particular UNFPA y OPS—y fundaciones privadas apoyaron a las organizaciones no gubernamentales y a los ministerios de salud de la región para la provisión de servicios de salud reproductiva. En la última década, a pesar de las necesidades que persisten en la región, la atención de los donantes internacionales ha disminuido dramáticamente. Así, por ejemplo, el gobierno de Estados Unidos, que continúa siendo la principal fuente de recursos externos en la región para programas de planificación familiar y salud reproductiva, ha reducido las contribuciones de USAID de \$80 a \$40 millones de dólares¹⁰. Este significativo descenso se debe, al menos en parte, a que muchos países de ALC ya no son elegibles para apoyo de USAID porque su prevalencia promedio de uso de anticonceptivos y otros indicadores relacionados están por encima de los umbrales establecidos por el donante como requisito para apoyo financiero. Como resultado, las necesidades de grupos particularmente vulnerables como los jóvenes, las poblaciones de menores niveles socio-económico, indígenas y grupos rurales, aun no han sido satisfechas. El apoyo de fundaciones privadas para la región—y para el tema de salud en particular—también ha descendido de modo importante en las últimas décadas. En 2004, sólo 4.5% del dinero de las principales fundaciones privadas que dan apoyo para salud, se dirigieron al campo de la salud reproductiva¹¹.

En un contexto de recursos limitados y enormes necesidades que compiten por los mismos, África recibe la mayor proporción de fondos para salud y desarrollo. Si bien ello es previsible considerando las necesidades de esa región, la “invisibilidad” de ALC no se justifica ya que los indicadores de ciertos países y grupos poblacionales

reflejan dificultades tan urgentes y graves como las de muchas naciones en el continente africano.

América Latina y el Caribe: una región de éxitos y oportunidades

En una época en la que los resultados de proyectos de desarrollo se evalúan rigurosamente, ALC ofrece numerosos ejemplos de éxito y oportunidades que demuestran un progreso significativo. Las evidencias de la región señalan que los gobiernos que dan prioridad a la SDRS e invierten en los sistemas de salud pueden hacer una verdadera diferencia. En México y Honduras, por ejemplo, un compromiso sostenido con la salud de la mujer, ha determinado un importante descenso de la mortalidad materna. En Brasil, los esfuerzos sostenidos del gobierno y la sociedad civil para la prevención del VIH han conseguido disminuir las tasas de transmisión de esta infección de manera significativa. Los ejemplos abundan y todos apuntan a la conclusión de que la inversión de capital político y recursos en los sistemas de salud definitivamente contribuye a una mejor salud reproductiva.

Combatiendo el estigma y la discriminación contra el VIH/SIDA: el caso de Brasil

Sólo tres años después de que se documentara el primer caso de SIDA en Brasil (1985), el gobierno de ese país, en colaboración con grupos de la sociedad civil organizada, estableció el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA. En 1988, se modificó la Constitución para dar protección legal a las personas VIH positivas, declarar ilegal la discriminación y asegurar el acceso a la atención en salud para los individuos afectados. Asimismo, se desarrollaron innovadoras campañas de educación usando espacios públicos, telenovelas, radio y materiales impresos para promover

el uso del condón, luchar contra la discriminación y el estigma, y estimular la educación entre pares. En 2006, solamente en Río de Janeiro se distribuyeron 25,000 condones durante el Carnaval. Entre 1985 y 2000, estos esfuerzos preventivos cortaron las tasas de transmisión a la mitad, en comparación con las estimaciones del Banco Mundial, y la mortalidad por SIDA ha disminuido 50% desde 1996¹².

Reforzando el sistema de salud: reducción de la mortalidad materna en Honduras

La experiencia de Honduras muestra que cuando los esfuerzos para reducir la mortalidad materna (MM) se conciben correctamente y son sostenidos, se logran efectos positivos y duraderos. En Honduras, el desarrollo de infraestructura de salud nacional, junto con programas especiales de salud materna y planificación familiar, contribuyeron a estos resultados. Un estudio reciente del Global Health Council muestra cómo, desde el inicio del programa nacional de planificación familiar en 1990, la MM descendió 69%. El caso de Honduras representa “una de las reducciones más importantes de la MM logradas en un periodo breve en un país en desarrollo”¹³.

Durante ese periodo, se hicieron grandes inversiones para mejorar la infraestructura del sistema de salud y capacitar al personal, todo ello con el fin de mejorar la calidad de la atención prenatal, durante el parto y el periodo posparto. Como resultado, se incrementó el acceso y la utilización de la atención prenatal, se ofreció atención del parto por personal calificado, así como atención obstétrica de emergencia, y se estableció un sistema de referencia. Estos fueron elementos esenciales para el descenso de la MM.

Si bien estos son adelantos impresionantes, no hay lugar para la complacencia. Para afianzar el terreno ganado se necesitan políticas de salud y derechos reproductivos que aseguren la provisión de educación sexual integral y el acceso a programas de planificación familiar efectivos. Asimismo, todavía queda mucho camino por recorrer para mejorar la salud reproductiva de la población joven y de menores recursos económicos. Si bien la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres adultas ha aumentado en 31% en la última década, el incremento entre las jóvenes ha sido mucho menor¹⁴. Para continuar la tendencia actual se va a necesitar un sostenido compromiso político nacional y regional.

Organizaciones de la sociedad civil comprometidas, activas, e influyentes

Múltiples organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales, regionales e internacionales han jugado un papel fundamental en la promoción, entrega de servicios e investigación en planificación familiar. IPPF, en particular, tuvo un rol pionero y a principios de los años 70 ya tenía 20 asociaciones nacionales en ALC. Las contribuciones de la sociedad civil organizada en el campo de la planificación familiar han sido particularmente importantes en un tiempo—las décadas de los 60 y 70—en el que la anticoncepción era aun muy controvertida y poco aceptada por los gobiernos y amplios sectores de la sociedad. Gracias a la exitosa labor de promoción y creación de conciencia que desarrollaron las ONGs, las instituciones académicas de la región y algunos gobiernos, ALC es actualmente la región del mundo en desarrollo con una mayor prevalencia de uso de métodos de planificación familiar. Aunque aun queda mucho por hacer para reducir las desigualdades entre países y grupos poblacionales y para satisfacer las necesidades de grupos que todavía no acceden fácilmente a la información

y servicios (como los jóvenes e indígenas, por ejemplo), los avances logrados en nuestra región son innegables.

Salud como derecho humano fundamental: cambios en las leyes sobre interrupción del embarazo en Colombia y México

Muy recientemente, México y Colombia modificaron la legislación sobre terminación del embarazo y expandieron significativamente las causales para aborto legal. Estos cambios representan un importante avance en la región hacia el respeto de los derechos humanos de las mujeres y una mejor salud reproductiva. En 2006, la Corte Constitucional de Colombia dictaminó que la prohibición de la terminación del embarazo era inconstitucional y que, si bien la vida intrauterina debía ser respetada, esto no debía ocurrir a expensas de los derechos de las mujeres, incluyendo el derecho a la vida. De acuerdo a datos oficiales, antes de este cambio legislativo ocurrían 300,000 abortos clandestinos e inseguros al año en Colombia, cuyas complicaciones representaban la tercera causa de mortalidad materna. Se espera que estas cifras alarmantes desciendan como resultado de los recientes cambios legislativos.

En México, las complicaciones del aborto representan la tercera causa de muerte materna, con 124.000 hospitalizaciones registradas entre 2001 y 2005 en la Ciudad de México. Entre 1990 y 2005, 537 mujeres murieron innecesariamente como resultado de complicaciones de abortos inseguros. A pesar de la oposición y presión de la Iglesia Católica y grupos conservadores asociados a la misma, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (DF) votó por amplia mayoría por la legalización a favor de la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación en un amplio rango de condiciones.

Los grupos conservadores apelaron a la Corte Suprema de la Nación en contra de la nueva ley, pero luego de un cuidadoso proceso de revisión y consulta, la Corte ratificó el cambio introducido por la Asamblea Legislativa del DF. Entre abril del 2007 y agosto del 2008, 12.262 mujeres en 13 hospitales del DF recibieron servicios de interrupción legal del embarazo, la mitad de las cuales eran menores de 24 años. El cambio legislativo y los nuevos servicios han prácticamente eliminado las complicaciones del aborto inseguro y probablemente habrán disminuido sustancialmente la mortalidad materna. Además, las mujeres que reciben atención en estos hospitales son dadas de alta con un método anticonceptivo moderno y seguro, gracias al cual se previenen subsecuentes embarazos no deseados o no planeados.

Al mismo tiempo que en México los derechos de las mujeres avanzan, en otros países latinoamericanos como Nicaragua, éstos retroceden. Desde 1885 la constitución Nicaragüense garantizó acceso al aborto terapéutico. Aunque el Código Penal, Art. 165, destacaba que “El aborto terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de tres facultativos, por lo menos, y el consentimiento del cónyuge o pariente más cercano a la mujer, para los fines legales¹⁵, poco antes de la reelección de Daniel Ortega en 2006, el Congreso aprobó la modificación al Código Penal para penalizar totalmente el aborto, incluso en casos de violación y sin importar si la vida de la madre corre peligro. Este retroceso en la norma representa un triunfo significativo para la agenda de los sectores conservadores, sobre todo de la jerarquía católica. Hace unos días, el Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas abordó la penalización de toda forma de aborto en Nicaragua como una medida que violenta los derechos humanos fundamentales, un acto equivalente a la tortura. En su informe, el Comité “urge al Estado Parte a que revise su legislación en materia de aborto,

tal como fue recomendado por el Consejo de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y que estudie la posibilidad de prever excepciones a la prohibición general del aborto para los casos de aborto terapéutico y para los embarazos resultantes de violación o incesto¹⁶.

Educación sexual integral en América Latina

En agosto de 2008, la Declaración surgida de la 1^{era} Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe titulada “Prevenir con educación” fue ratificada por 30 ministros de salud y 26 ministros de educación de la región. Esta declaración podría ser señal de un cambio muy positivo en el clima político hacia el reconocimiento de los derechos sexuales de toda la población. Este consenso regional sobre la necesidad de una educación sexual integral refleja una postura similar de la comunidad internacional y sienta las bases para esfuerzos más efectivos para disminuir las tasas alarmantes de embarazo adolescente y de mortalidad materna.

La Declaración Ministerial compromete a los gobiernos a implementar y/o reforzar estrategias multisectoriales de educación sexual integral, a promover la educación sexual con base en los derechos humanos y valores democráticos y a actualizar los contenidos y métodos didácticos en los programas de estudio para incluir la educación sexual integral para el 2010. Establece asimismo los siguientes objetivos:

- a) Reducir en 75% el número de escuelas públicas que no ofrecen educación sexual integral para el 2015.
- b) Reducir en 50% el número de adolescentes y jóvenes sin acceso a servicios apropiados de salud sexual y reproductiva para el 2015.

Esta Declaración sienta un precedente importante; sin embargo, es esencial que la sociedad civil organizada dé seguimiento a los compromisos asumidos para asegurar que se traduzcan en acciones concretas y que la retórica se convierta en programas y presupuestos que permitan alcanzar los ambiciosos objetivos de la Declaración. Y esto ya empezó: 316 organizaciones de la región firmaron una carta al Presidente Obama, pidiendo que endosara la Declaración en la Cumbre de las Américas en Trinidad y Tobago en Abril de 2009. Así como en el caso de la planificación familiar, el papel de las organizaciones gubernamentales será fundamental para garantizar los avances en un terreno cargado de ideología, estigma y visiones desencontradas.

Respondiendo a los desafíos

Si bien en los últimos años ha habido importantes avances en ALC en el campo de la salud sexual y reproductiva, el progreso ha sido desigual y aun queda mucho por hacer para alcanzar los objetivos establecidos por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y las Metas de Desarrollo del Milenio para el 2015. Para que estas metas

se cumplan, es importante que nuestra región tenga la visibilidad que merece y reciba de la comunidad internacional el apoyo que necesita.

Por lo tanto, es esencial que abogemos por nuestra región que ha perdido prioridad en comparación con otras partes del mundo en desarrollo, y que continuemos atrayendo la atención hacia la salud y los derechos sexuales y reproductivos a nivel global y nacional, en un contexto de múltiples necesidades que compiten por limitados recursos. Es esencial que continuemos documentando las necesidades y oportunidades en ALC y que señalemos a los donantes y a la comunidad internacional las desigualdades e inequidades entre países y grupos sociales de la región. Asimismo, es fundamental que estimulemos la filantropía en una región que podría beneficiarse más de un poderoso sector privado que, en muchos casos, está dispuesto y deseoso por contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población. Finalmente, estas tareas deben ser estimuladas y promovidas por latinoamericanos en posiciones de influencia, comprometidos con sus países y ansiosos por retribuir a sus lugares de origen por las oportunidades que les ofrecieron para establecer una carrera exitosa.

Las autoras agradecen la valiosa colaboración de Flor Hunt en la edición de este artículo.

Cita bibliográfica recomendada: Barroso C, Langer A. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Nueva York, Septiembre 2009. Disponible en: <http://www.familycareintl.org/en/resources/publications/74>

REFERENCIAS

- 1 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraception Use 2005. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005.htm>, consultado 13/04/2008.
- 2 ECLAC, Social Panorama of Latin America, 2004.
- 3 UNFPA Maternal Mortality Update, 2006.
- 4 PAHO, "Neonatal Health in the Context of Maternal, Newborn, and Child Health for the Attainment of the Developments Goals of the United Nations Millennium" (CD47/12), Washington D.C., 2006.
- 5 Ibid.
- 6 Encuesta Demográfica de Salud, ENDESA 2000, Perú.
- 7 Encuesta Nacional de Salud Infantil y Maternal, ENSIM, Guatemala, 2002.
- 8 Sedgh G, Hussain R, Bankole A, Singh S. Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method. Occasional Report No. 37 June 2007. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/2007/07/09/or37.pdf>, consultado 13/04/2009.
- 9 UNAIDS, 2006 Report on the Global AIDS Epidemic, 2006.
- 10 USAID, Documento interno compartido con Carmen Barroso.
- 11 Foundation Center, 2006.
- 12 Las estadísticas de Brasil están tomadas de: Avert, HIV and AIDS in Brazil. Disponibles en: <http://www.avert.org/aids-brazil.htm>.
- 13 Shiffman J, Stanton C, Salazar AP. The Emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. Health Policy and Planning; Oxford University Press, 2004, 19(6): 380-390.
- 14 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraception Use 2005. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005.htm>, consultado 13/04/2008.
- 15 República de Nicaragua. Ley de Derogación al Artículo 165 del Código Penal Vigente. La Gaceta. Disponible en: <http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/cb461294f9939e56062572340070aae9?OpenDocument>, consultado 02/06/2009.
- 16 Comité Contra la Tortura de Naciones Unidas. Examen de los Informes Presentados por los Estados Partes en Virtud del Artículo 19 de la Convención; Nicaragua, Ginebra. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/cobs/CAT.C.NIC.CO.1_sp.pdf, consultado 14/05/2009.



Foto: Banco de imágenes UNFPA/Brasil, Fernando Ribeiro

El aborto seguro en América Latina: un derecho relegado

Mariana Romero* y Silvina Ramos**

Hace ya cuatro décadas que el aborto inseguro fue identificado como un problema de salud pública por la Asamblea Mundial de la Salud. También el feminismo y el movimiento de mujeres colocaron al aborto como tema prioritario de su agenda política desde los años setenta. En esa misma época, los grupos vinculados a la salud pública comenzaron a incluirlo entre sus preocupaciones técnicas y políticas. Con algunos matices, desde hace mucho tiempo, estos mismos actores han reconocido en el aborto inseguro un problema que afecta el derecho a la vida, a la salud y a la libre determinación de las mujeres.

América Latina es una región signada por una situación epidemiológica y un contexto normativo particularmente adversos. Por un lado, las necesidades insatisfechas de planificación familiar—que en algunos países como Guatemala alcanzan niveles superiores al 50%—provoca una alta proporción de embarazos no deseados y una consecuente práctica extendida del aborto en todos los grupos sociales, tal como muestran los estudios de estimación de la incidencia disponibles¹. En la región, América del Sur muestra la razón de abortos inseguros más

alta del mundo, 38 abortos por cada 100 nacidos vivos². Por otro lado, las leyes restrictivas que limitan el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, aun cuando habilitan situaciones de no punibilidad, son interpretadas de manera conservadora condicionando a las mujeres a realizar abortos clandestinos y frecuentemente inseguros. En este contexto, las altas tasas de muertes maternas debidas a abortos inseguros en prácticamente todos los países, son un resultado ineludible de particular gravedad tanto para el resguardo de la salud y la vida de las mujeres, como para el ejercicio de su derecho a la libre determinación.

Al mismo tiempo, es interesante observar cómo en la región se han encarado diversas respuestas en el campo de las políticas públicas así como en el de las prácticas sociales y políticas, todas ellas orientadas a disminuir los efectos negativos derivados de las condiciones de riesgo en las que las mujeres interrumpen sus embarazos. Algunos de estos ejemplos son la difusión boca a boca del uso del misoprostol por las mujeres brasileras en los años ochenta, práctica que se extendió a otros países de la región pese a que este medicamento

* CEDES/Centro de Estudios de Estado y Sociedad y CONICET/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina.

** CEDES/Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

está registrado para uso obstétrico solamente en dos países^{3,4,5}. Los programas de atención post aborto que incluyen la aspiración manual endouterina y la consejería anticonceptiva han sido también intervenciones incorporadas a las rutinas asistenciales de los servicios de salud desde hace dos décadas^{6,7,8}. En algunos países, las autoridades sanitarias han regulado el acceso a los abortos no punibles a través de protocolos de atención que incluyen consideraciones relativas a la interpretación de la ley, a los resguardos éticos y a los procedimientos asistenciales recomendados^{9,10}. Por último, la reciente estrategia de reducción de daños implementada en Uruguay que contempla el asesoramiento pre y post aborto ofreciendo información sobre opciones seguras frente a un embarazo no deseado, es otro ejemplo de las variadas formas en las que se ha intentado en la región enfrentar el problema del aborto inseguro¹¹.

En los últimos años, procesos de reforma de las normas que regulan el acceso al aborto han ampliado las opciones para las mujeres en Colombia y la ciudad de México. Así, en 2006, la Corte Constitucional de Colombia resolvió despenalizar el aborto cuando existe peligro para la vida o la salud de la mujer, ante grave malformación del feto que haga inviable su vida, o cuando el embarazo es el resultado de una violación. Al año siguiente, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal sancionó una ley que despenaliza el aborto hasta la 12da semana de gestación¹². Esta ley fue ratificada por la Corte Suprema de Justicia en agosto de 2008. Estos procesos contrastan fuertemente con la situación en Nicaragua, donde en octubre de 2006 la Asamblea Nacional aprobó una ley que considera ilegal la interrupción del embarazo en cualquier circunstancia¹³, o la de Uruguay donde luego de una votación

favorable en la Cámara de Senadores y de Diputados despenalizando el aborto hasta la semana 12 de gestación, el presidente de la república vetó la ley en contra de lo decidido por los representantes y de la opinión de la ciudadanía¹⁴.

A pesar de las variadas estrategias con las cuales se han intentado enfrentar las consecuencias adversas de los abortos inseguros en América Latina y de los positivos avances que en algunos países pueden observarse en materia de políticas públicas, consensos ciudadanos y reformas legales para ampliar las condiciones de acceso al aborto seguro, la región muestra todavía un escenario de particular gravedad evidenciada por los aun altos niveles de morbimortalidad materna debida al aborto inseguro y la sistemática violación de los derechos de las mujeres a la salud y a la vida.

En este escenario, los caminos para mejorar el acceso al aborto seguro deben seguir siendo necesariamente múltiples. Asimismo, en materia de políticas públicas, son sin duda objetivos críticos y urgentes: mejorar el acceso a la anticoncepción y en particular a la anticoncepción hormonal de emergencia; expandir y mejorar la calidad de la atención post aborto y de los servicios de reducción de daños; así como protocolizar la atención de los abortos permitidos por la ley, neutralizando todas las barreras que actualmente existen. Como siempre, calificar el debate social y movilizar a los actores políticos para que el acceso al aborto seguro forme parte de la agenda política, son estrategias importantes que deben fortalecerse. Por último, la reforma de las leyes para que el acceso al aborto seguro sea una opción cercana a todas las mujeres que lo necesiten y decidan, es también una estrategia imprescindible en toda la región.

Cita bibliográfica recomendada: Romero M, Ramos S. El aborto seguro en América Latina: un derecho relegado. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Nueva York, Septiembre 2009. Disponible en: <http://www.familycareintl.org/en/resources/publications/74>

REFERENCIAS

- 1** Ashford L. Necesidades insatisfechas de planificación familiar: enfoques recientes e implicaciones programáticas. Measure Communications. Boletín normativo. Population Reference Bureau. 2003.
- 2** World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th ed. Geneva, 2007.
- 3** Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet* 1993. May 15; 341(8855): 1258-61.
- 4** Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, Billings DL, Chávez S. Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study. *Reprod Health Matters*. 2005 Nov;13(26):75-83.
- 5** CLACAI. Disponibilidad y uso del misoprostol en los países de América latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.clacai.org/home/images/img/usomisoprostolenamericalatinaycaribe.pdf>, consultado 18/05/2009.
- 6** Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy Plan* 2005 May; 20(3):158-66.
- 7** Billings DL, Crane BB, Benson J, Solo J, Fetters T. Scaling-up a public health innovation: a comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico. *Soc Sci Med* 2007. Jun; 64(11):2210-22. Epub 2007 Apr 3.
- 8** Kestler E, Valencia L, Del Valle V, Silva A. Scaling up post-abortion care in Guatemala: initial successes at national level. *Reprod Health Matters* 2006 May;14(27):138-47.
- 9** Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento. Norma técnica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n 4. Brasília DF 2005.
- 10** República de Colombia. Decreto 4444 publicado en el Diario Oficial el 13/12/2006.
- 11** Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Nov;95(2):221-6. Epub 2006 Sep 27.
- 12** GIRE. Cronología de la despenalización del aborto en México. Disponible en: <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=42>, consultado 04/04/2009.
- 13** Center for Reproductive Rights. Center For Reproductive Rights Condemns Passage Of Nicaragua's Abortion Ban. Disponible en: <http://reproductiverights.org/en/press-room/center-for-reproductive-rights-condemns-passage-of-nicaragua%E2%80%99s-abortion-ban>, consultado 04/04/2009.
- 14** MYSU. Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: http://www.leyaborto.org/esp/inicio/inicio_esp.php, consultado 04/04/2009.

Actualmente el GTR, bajo el secretariado del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), está integrado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), las ONGs Family Care International y Population Council, el Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres (UNIFEM), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y su rama en América Latina (FLASOG), la Confederación Internacional de Parteras (ICM), y la Oficina de las Naciones Unidas para Servicios de Proyectos (UNOPS). De manera asociada participan la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), la Oficina para la Coordinación de la Asistencia Humanitaria (OCHA), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa de las Naciones Unidas para el Medioambiente (PNUMA), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR) y el Banco Mundial.



Las opiniones expresadas en estos documentos pertenecen a las autoras y no reflejan necesariamente el punto de vista de las organizaciones integrantes del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

