

# Derechos sexuales y aborto en América Latina

#### RHM en Español, Número 9

Los artículos de esta edición han sido seleccionados de

Vol. 21 No. 41 2013 Vol. 23 No. 45 2015 Vol. 22 No. 44 2014 Vol. 23 No. 46 2015

#### Comité editorial:

Nancy Palomino, Ruth Iquiñiz

#### **Editora:**

Nancy Palomino Ramirez nancy.palomino@upch.edu.pe

#### Traducción:

Yolanda Sala Baez

#### Revisoras:

Cristina Herencia Hinojosa Gina Cedamanos Rodriguez Ruth Iquiñiz Romero

#### Corrección de estilo v coordinación:

Mariella Sala

#### Diagramación:

Aldo Ocaña Correa

#### Carátula:

Katia Flores

#### Fotografía:

Adrián Portugal

Celebración en Parque zonal Huáscar. Villa El Salvador, Lima.

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

#### Edición en español publicada por:

Universidad Peruana Cavetano Heredia Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Lavseca Av. Honorio Delgado 430, Lima 15102, Perú T: (51-1) 3190041 - F: (51-1) 3819072 www.upch.edu.pe

Página Web: www.diassere.org.pe Depósito legal No. 2004-0393 ISSN 2412-7973 Lima, diciembre 2016 Publicación virtual

#### OFICINA EDITORIAL RHM:

Reproductive Health Matters 444 Highgate Studios 53-79 Highgate Road London NWS 1 TL, UK

Tel: (44-20) 72676567 Tel: (44-20) 72672551

#### RHM en inglés está indexada en:

Medline, PubMed, Popline, Excerpta Medica (EMBASE), Social Sciences Citation Index, Contemporary Women's Issues, Cumulative Index to Nursing and Allied Biomedicine, Current Contents, Family and Society Studies Worldwide, Feminist Periodical, Health Promotion Information, Index Medicus, International Bibliography of the Social Sciences, Kinsey Institute for Research in Sex and Reproduction (solo website), List of Free Materials in Reproductive Health, Ohio Database of Women's Studies, Public Affairs Information Service (PAIS), Research Alert, Social & Behavioural Sciences, Social Sciences Research Network, Sociofile, Sociological Abstracts, SOPODA, Studies on Women Abstracts.

#### Editora de RHM – United Kingdom:

Dr Shirin Heidari

Correo electrónico:

SHeidari@rhmjournal.org.uk

Lineamientos y pautas disponibles en:

<www.rhmjournal.org.uk>

#### Otra correspondencia a:

Pathika Martin

Correo electrónico:

pmartin@rhmjournal.org.uk

#### RHM es parte de la base de datos en internet Elsevier Reproductive and Women's Health:

<www.rhm-elsevier.com>

### Para ser incluido en la lista de envíos contáctese con:

temasdesaludreproductiva@gmail.com

© Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.

## Contenido

7	Shirin Heidari	El derecho a la sexualidad e integridad del cuerpo como derechos humanos
15	Alice M. Miller, Eszter Kismödi, Jane Cottingham, Sofia Gruskin	Los derechos sexuales como derechos humanos: una guía de las fuentes y principios autorizados para aplicar los derechos humanos a la sexualidad y la salud sexual
34	Elizabeth Yarrow, Kirsten Anderson, Kara Apland, Katherine Watson	¿Puede usarse una ley restrictiva con fines de protección? El efecto de las leyes sobre límite de edad en el acceso de las y los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva
45	Vera Paiva, Valeria N. Silva	Cómo enfrentar reacciones negativas a la educación sexual utilizando un marco multicultural de derechos humanos
57	Anna K-J Macintyre, Adela R Montero Vega, Mette Sagbakken	"¿Sexualidad? Un millón de cosas vienen a la mente": reflexiones sobre género y sexualidad de adolescentes chilenos
70	Heather Wehr, Silvia Ester Tum	Cuando la decisión de una joven involucra a la comunidad: la vida de las adolescentes mayas en zonas rurales e indígenas de Guatemala
78	Claire Tebbets, Dee Redwine	Fuera del establecimiento de salud: empoderando a las personas jóvenes mediante el programa Proveedores Pares de Jóvenes en Ecuador y Nicaragua
91	Doris Chou, Sara Cottler, Rajat Khosla, Geoffrey M. Reed, Lale Say	La salud sexual en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): implicancias en las mediciones y más
100	Alice M. Miller, Sofia Gruskin, Jane Cottingham, Eszter Kismödi	Sonido y furia: el compromiso con las políticas y leyes sobre los derechos sexuales
111	Mónica Roa, Barbara Klugman	Considerar el litigio estratégico como una herramienta de promoción y defensa: un estudio de caso de la defensa de los derechos reproductivos en Colombia
124	Raquel Irene Drovetta	Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina
136	Silvina Ramos, Mariana Romero, Lila Aizenberg	Experiencias de mujeres con el uso de medicamentos abortivos, en un contexto de restricciones legales: el caso de Argentina
149	Caroline Lafarge, Kathryn Mitchell, Pauline Fox	Interrupción del embarazo por anormalidades fetales: una meta- etnografía de experiencias de mujeres
162	Patricio Sanhueza Smith, Melanie Peña, Ilana G Dzuba, María Laura García Martinez, Ana Gabriela Aranguré Peraza, Manuel Bousiéguez, Tara Shochet, Beverly Winikoff	Seguridad, eficacia y aceptabilidad de los servicios ambulatorios de aborto médico con mifepristona-misoprostol en el Distrito Federal, México
170	Bela Ganatra, Philip Guest, Marge Berer	Ampliando el acceso a los servicios de aborto con medicamentos: retos y oportunidades





#### **PRESENTACIÓN**

Desde hace algunos años, académicas y activistas reconocen la necesidad de pensar los derechos referidos a la sexualidad dentro de un marco conceptual que comprenda la agenda pendiente para las políticas de salud sexual v reproductiva v su impacto en la vida v la salud de las mujeres; con especial atención en las que viven en poblaciones de mayor vulnerabilidad. Así, las barreras y resistencias para el reconocimiento de los derechos sexuales o la oposición todavía presente en sectores conservadores a cuestiones tales como el acceso a servicios y a que se ofrezca educación sexual en las escuelas continúan en debate y requieren ser profundizadas. Por ello, las académicas y activistas en el campo de la salud sexual y reproductiva asumen el reto de presentar tanto los resultados de sus investigaciones o provectos comunitarios como una reflexión sustentada en la teoría y confrontada con la práctica que permitan avanzar en este terreno.

En este número de Temas de Salud Reproductiva encontraremos -además de un excelente editorial de Shirin Heidari, actual directora de Reproductive Health Matters- una guía elaborada por un equipo de expertas en derechos humanos conformado por Alice Miller, Sofia Gruskin, Jane Cottingham y Eszter Kismödi. Esta guía contiene importante información sobre los instrumentos internacionales y la jurisprudencia que han incorporado elementos acerca de los derechos sexuales v los derechos reproductivos. En el campo de la salud sexual, Doris Chou et al examinan críticamente los cambios de la Clasificación Internacional de Enfermedades sobre la sexualidad y salud sexual y su impacto, en tanto el

CIE – 11 es un importante instrumento para la academia y para la formulación de políticas y programas.

Otro eje temático de este número aborda la problemática de la población adolescente y joven en contextos con leyes y políticas restrictivas para el acceso a la educación sexual en distintos contextos culturales como Brasil, Guatemala y Chile. Macintyre et al, estudian las concepciones e información que tienen las adolescentes acerca de la construcción de género, la sexualidad y la salud sexual en entornos escolares con influencia religiosa y laicos. El estudio de Wehr y Tun sobre un programa de salud sexual y reproductiva dirigido a adolescentes en Guatemala. Este artículo resalta la relevancia de considerar la interseccionalidad de etnia y sexo en un contexto histórico de dominación y exclusión contra la población indígena, así como la extremada vulnerabilidad de las mujeres mayas para tomar decisiones autónomas. Por su parte, Paiva v Silva analizan la educación sexual en Brasil en un contexto de pugna política entre las políticas públicas basadas en derechos y las políticas influenciadas por el fundamentalismo religioso. Las autoras recurren al enfoque multicultural de los derechos humanos para lograr el apoyo de una comunidad escolar para un programa de prevención del embarazo no deseado y del VIH, y analizan sus logros y limitaciones.

Las normas legales, sociales y culturales acerca de la edad mínima de adolescentes o jóvenes para el inicio de las relaciones sexuales fue estudiado por Yarrow et al en Senegal, El Salvador y el Reino Unido; este artículo utiliza

la data de varios países en el mundo. Las autoras exploran las tensiones asociadas al género, la edad y la sexualidad; los discursos acerca de la infancia; los límites de los derechos de los niños y niñas, y los criterios por los cuales los Estados establecen regímenes legales acerca de la edad mínima para el matrimonio, el consentimiento sexual y las restricciones para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En esta línea, Tebbets y Redwine presentan los resultados de la evaluación de un programa con proveedores pares de jóvenes en Ecuador y Nicaragua como una alternativa que no solo informa sino también facilita el acceso a anticonceptivos.

Otra materia pendiente de la agenda sobre los derechos sexuales y reproductivos en casi todos los países de América Latina es el acceso al aborto seguro. En este número se han incluido artículos sobre el aborto médico (Ramos et al, Sanhueza et al, Ganatra et al), las líneas telefónicas de información sobre el aborto seguro (Drovetta). Roa y Klugman analizan las condiciones necesarias para

llevar adelante los litigios estratégicos para la promoción y defensa de los derechos reproductivos y analizan los resultados logrados en Colombia acerca de la anticoncepción de emergencia y el acceso al aborto médico. Lafarge et al presentan una meta-etnografía de 14 estudios realizados en Estados Unidos, Brasil y otros países que recoge experiencias de mujeres cuando deciden interrumpir un embarazo luego de recibir un diagnóstico de anomalía fetal. Las autoras invitan a considerar el impacto del duelo que acompaña estas situaciones en la salud emocional de las mujeres y la inadecuación de los servicios frente a las necesidades de las mujeres.

Lima, diciembre de 2016

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



## © 2015 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2015;23(46):1-6

0968-8080/11 \$ - see front matter DOI: 10.1016/J.RHM.2015.12.001



## EDITORIAL El derecho a la sexualidad e integridad del cuerpo como derechos humanos

#### Shirin Heidari

Directora y editora, Reproductive Health Matters, Londres, Reino Unido/ Ginebra, Suiza.

Correspondencia: SHeidari@rhmjournal.org.uk

Tal como señala Florence K. Muhanguzi\*, la sexualidad refiere a una lucha política atrapada entre dos fuegos, "de un lado, la represión y el peligro; del otro, la exploración, el placer y la capacidad de ejercer ese derecho. Así, aunque se considera como un asunto de carácter íntimo y personal, se encuentra a menudo sujeta a relaciones de poder tanto en el ámbito privado como en el público, además de estar sumamente politizada. Los organismos internacionales debidamente reconocidos en este campo han aplicado normas de derechos humanos a una amplia variedad de temas relacionados con la sexualidad y la salud sexual a fin de darles el contenido y el significado de derechos sexuales. Además, es indiscutible que el respeto y cumplimiento de estos derechos son beneficiosos para la salud pública. A pesar de este contexto, las negociaciones políticas en temas vinculados con la sexualidad v la salud sexual continúan siendo contenciosas y antagónicas. Este número de la revista RHM se concentra en la sexualidad, los derechos sexuales y la política sexual, y presenta una gama de análisis, perspectivas y evidencias que enfatizan el vínculo existente entre la salud sexual y los derechos humanos. Asimismo, profundizan en conocimiento sobre los desafíos y oportunidades que tienen las personas -independientemente de su orientación sexual o diversidad de género-, para alcanzar el más alto nivel posible de salud sexual.

## Creciente reconocimiento mundial de los derechos sexuales

Este año, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han sido remplazados por una agenda mucho más ambiciosa y trascendental a la que se ha llamado Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El despliegue inagotable de esfuerzos de guienes han venido promoviendo la salud sexual y reproductiva, y en cierta medida también, los derechos reproductivos en los últimos años, han permitido que los objetivos relacionados con la salud (Objetivo 3) y la igualdad de género (Objetivo 5) de los ODS alcancen una mayor preponderancia de la que tuvieron los ODM. Aprovechando los resultados del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y también los de la Plataforma de Acción de Beijing de 1995, los nuevos ODS han integrado metas que se relacionan con la planificación familiar, la salud materna y el VIH/ SIDA. Aunque la transparencia y el espíritu de inclusión con que se definieron estos objetivos han sido elogiados, el proceso también ha recibido críticas por el limitado alcance que se le asigna a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR). 1,2, Uno de los elementos conspicuamente ausentes, no obstante ser uno de los más importantes de esta agenda, es el del lenguaje explícito y progresista de los derechos sexuales utilizado al abordar los diversos aspectos de la sexualidad y la salud sexual, incluyendo la orientación sexual y la expresión de género, el acceso a una educación sexual integral o al aborto legal y sin riesgos.3

Ver Florence Kyoheirwe Muhanguzi "Sex is sweet": women from low-income contexts in Uganda talk about sexual desire and pleasure. Reproductive Health Matters 2015; Volume 23 Issue 46: 62-70

El reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "La salud sexual, los derechos humanos y la ley", publicado a comienzos de este año,4 es un esfuerzo progresista por abordar de forma integral los puntos donde convergen la sexualidad, la salud sexual v los derechos humanos. El informe destaca la importancia de la salud sexual: vale decir, de disfrutar de una vida sexual sin riesgos, placentera y satisfactoria, que colme las expectativas de las personas y que no esté sujeta a imposiciones, discriminación ni violencia; v, en especial, a que todo esto se logre haciendo respetar y proteger los derechos humanos. Aunque el informe es renuente a utilizar una definición operativa propia de los derechos sexuales, (Recuadro 1) sí muestra claramente cómo las leyes que restringen v limitan la conducta sexual consentida entre adultos -ya sea restringiendo el acceso a la información, educación y servicios, o no cumpliendo con proteger a las personas contra la discriminación o la desigualdad, o dejando de proteger su derecho a la privacidad v a la confidencialidad- tienen un efecto devastador en la salud y el bienestar de las personas, además de perpetuar este tipo de violaciones de los derechos humanos.

Este documento exhorta a los Estados a adoptar y armonizar sus leyes y políticas para que sean consistentes con las normas internacionales de los derechos humanos y puedan cumplir con las obligaciones de satisfacer las necesidades de salud sexual de sus ciudadanos.<sup>5</sup>

El informe de la OMS es uno de los numerosos documentos internacionales que reconocen los derechos humanos como parte de la sexualidad y de la salud sexual; vale decir, la salud y los derechos sexuales. En otras palabras, reconoce los derechos sexuales. Entre los documentos que se pueden citar están el informe emitido recientemente por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que condena la discriminación y la violencia basadas en temas de orientación sexual e identidad de género<sup>6</sup> y la declaración conjunta, sin precedentes, formulada por varios organismos y organizaciones de las Naciones Unidas exhortando a los Estados para que se responsabilicen en poner fin a la violencia y a la discriminación contra aquellos con orientación sexual e identidad de género que no se aviene a un régimen de heteronormatividad o de heterosexualidad obligatoria.<sup>7</sup> Hay otros esfuerzos afines que apuntan al mismo objetivo, la Estrategia de ONU SIDA aprobada recientemente pone mucho énfasis en la salud y en los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales adquieren un mayor reconocimiento a nivel mundial porque la población se preocupa porque estos derechos se cumplan en su totalidad y, por lo tanto, también contribuirá a luchar contra la epidemia del VIH8. El Informe que contiene las pautas para elaborar comunicados relacionados con la sexualidad, publicado por la OMS a comienzos de este año y que describen Cooper y colaboradores en este número de la revista, tiene por objeto fomentar un enfoque más holístico respecto a la sexualidad y a la salud sexual en la atención primaria de la salud, a fin de reducir la carga de la mala salud sexual v promover un mayor disfrute de la salud sexual. Asimismo, las modificaciones propuestas para la Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª edición) procuran brindar más atención a los temas relacionados con la sexualidad y la salud sexual. Por ejemplo, la propuesta de suprimir el "trastorno de identidad de género", que se encuentra en la categoría de "trastornos mentales y de comportamiento" y de colocarlo como "incongruencia de género" dentro de un nuevo capítulo sobre "problemas relacionados con la salud sexual". constituve un importante avance que contribuye a crear un mayor reconocimiento de la expresión de género basada en la autodeterminación sexual (véase el artículo de Cottler v colaboradores en este número).

Estos casos ilustran de qué manera los organismos de las Naciones Unidas, así como otras entidades internacionales, toman medidas cautas y prudentes para ejercer cierta presión en los Estados miembros. Ello con la finalidad de que reconozcan, respeten y cumplan los derechos humanos relacionados con la sexualidad y la salud sexual de todas las personas, al margen de su respectiva orientación sexual e identidad de género, discapacidad, raza, sexo y edad, entre otras consideraciones. Sin embargo, cabe señalar que aún no se ha logrado un consenso internacional para definir el término "derechos sexuales".

### Recuadro 1. La definición operativa de la OMS sobre los derechos sexuales<sup>a</sup>

El ejercicio y aplicación de los derechos humanos en la sexualidad y en la salud sexual actuales constituyen los derechos sexuales. Estos protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de una salud sexual con el debido respeto a los derechos de los demás, en un marco de protección contra la discriminación.

Entre los derechos que son cruciales para que se cumplan los requisitos de buena salud sexual se encuentran los siguientes:

- Los derechos a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona.
- Los derechos a la igualdad y a la no discriminación.
- El derecho a no ser sometido a tortura u otro tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante.
- El derecho a la privacidad.
- El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud (incluyendo la salud sexual) y de seguridad social.
- El derecho a contraer matrimonio y formar una familia, a casarse con el libre y pleno consentimiento de los futuros cónyuges y a la igualdad dentro del matrimonio y en la disolución del mismo.
- El derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener.
- El derecho a la información y a la educación.
- El derecho a la libertad de opinión y de expresión.
- El derecho a un recurso de reparación efectivo en caso de violación de sus derechos fundamentales.
- <sup>a</sup> OMS, 2006a, actualizado en 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\_health/sh\_definitions/en/

Mientras la ONU da sus cautelosos pasos, en las organizaciones de la sociedad civil aumenta la exigencia de respetar los derechos sexuales y promover el reconocimiento de la sexualidad y la salud sexual como derechos humanos, que va bastante más lejos del papel que desempeñan en la reproducción. En agosto de este año, por ejemplo, en la 32ª Reunión del Consejo Internacional, Amnesty International propuso una política para defender los derechos humanos de los trabajadores de la industria del sexo y pidió que se despenalice las relaciones consentidas entre adultos en esta. A pesar de los ataques públicos lanzados desde varios frentes y las falsas acusaciones de que con ello estarían cayendo en el juego de la industria del sexo, los miembros de Amnesty International decidieron que el debate sobre los derechos humanos de uno de los grupos más

aislados y más discriminados de la sociedad, debería salir de los foros marginales y pasar a primer plano.<sup>9</sup>

Esta postura, promovida por asociaciones de trabajadores de la industria del sexo también contó con el apoyo de organizaciones de derechos humanos; asimismo, de quienes trabajan en salud pública y cuentan con evidencias de primera mano, sobre las funestas consecuencias de las leyes punitivas, especialmente porque dicha penalización obstaculiza los esfuerzos para prevenir el VIH.<sup>10</sup>

El hecho de que tanto el sexo como la sexualidad se impugnen políticamente es el factor subvacente que explica el silencio imperante de los derechos sexuales en los ODS y en la política de los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas: ello, a pesar de que estos derechos están íntimamente entrelazados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y se han incorporado en las normas de derechos humanos aceptadas universalmente. Silva y colaboradores han incluido esta crítica en su artículo en el cual nos ofrecen una mirada basada en conocimientos de primera mano sobre lo que ocurre en el terreno de las negociaciones internacionales contenciosas y nos muestran de qué medios se valen los Estados miembros conservadores para hacer muy lento el avance hacia un consenso universal en torno a los derechos sexuales. Por su parte, Miller y colaboradoras nos brindan un análisis más profundo de los argumentos que presentan los opositores a los derechos sexuales. Las investigadoras detectan que hay un cambio que va, de una resistencia moral, cultural y basada en valores, hasta el uso del lenguaje de los derechos humanos que privilegia algunos derechos en detrimento de otros. El comentario de las autoras viene con una guía para combatir las fuerzas conservadoras que minan el avance en este terreno titulada "Los derechos sexuales como derechos humanos: una guía a fuentes y principios reconocidos para aplicar los derechos humanos a la sexualidad y a la salud sexual".

La guía explica claramente el contenido de los tratados sobre derechos humanos y el rol que compete a los organismos responsables de supervisar su cumplimiento; las decisiones de tribunales internacionales, regionales y nacionales, así como declaraciones políticas que construyen los cimientos de los derechos sexuales.

#### Avances y desafíos a nivel de país

Se han logrado también avances significativos a nivel local. En todo el mundo las personas transgénero exigen que sus derechos sean respetados. Se ha establecido un hito muy importante al aprobarse en Malta la histórica Lev sobre Identidad de Género, Expresión de Género v Características Sexuales (GIGESCI por sus siglas en inglés), que reconoce los derechos a la autodeterminación de la identidad de género.<sup>11</sup> tal como lo demuestra la declaración de GATE (Acción Global para la Igualdad Trans\*). La lev prohíbe normalizar las cirugías genitales y las esterilizaciones que han sido una preocupación central y continúan siendo una práctica obligatoria en muchos países. La ley además, le asigna compromisos legalmente vinculantes al Estado maltés para que respete y proteja la autodeterminación y los derechos humanos de las personas transgénero. Estos derechos también han sido reconocidos en Irlanda mediante una ley que permite a las personas elegir su género legal, sin necesidad de contar con un certificado médico o de que intervengan las autoridades estatales de una u otra forma. De esta manera Irlanda se convierte en el cuarto país del mundo, después de Dinamarca, Malta y Argentina, que tiene una ley tan progresista.<sup>12</sup> También se espera que el Parlamento de la India promulgue un provecto de lev que asegure la igualdad de protección a las personas transgénero como consecuencia de una sentencia del Tribunal Supremo en 2014 que les otorga la personalidad jurídica como un tercer género,\* con ello la India se suma a otros países de la región como Bangladesh, Pakistán y Nepal, que reconocen legalmente la existencia de un tercer género. †

En todo el mundo se ha celebrado también (aunque a ritmo lento) el aumento, en 2015, del número de países que legisla la igualdad de matrimonio. Irlanda fue el primer país en lega-

lizar el matrimonio de personas del mismo sexo después de un referéndum<sup>13</sup> y tanto en México como en las sentencias del Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América, se ha legalizado de hecho el matrimonio entre homosexuales.<sup>14,15</sup>

El creciente progreso a nivel legal que se aprecia en algunos lugares del mundo da pie para que tengamos un moderado optimismo. Sin embargo, la magnitud de la violencia relacionada con la sexualidad, contra mujeres v niñas, v también contra hombres v niños, como arma de guerra o apelando a su orientación sexual e identidad de género, real o percibida, v otros asuntos relacionados con la sexualidad, continúan siendo una triste realidad de nuestro mundo. En muchos países (como la Ley de propaganda anti-gay en Rusia y el proyecto de ley pendiente de aprobación en Uganda contra la homosexualidad) se siguen alimentando el estigma y la discriminación, y se instigan actos de violencia contra miembros de la comunidad LGBTI¹. En los últimos siete años, 1731 personas transgénero y con diversidad de género han sido asesinadas, ‡ cifra que tiende a ser manifiestamente subvaluada.

La mutilación genital femenina y los matrimonios forzados siguen practicándose en forma amplia y abierta, no obstante los riesgos que conlleva para la salud, el bienestar, la seguridad de las jóvenes y la limitación de las oportunidades de las mujeres para tener una participación plena en la sociedad. Los derechos sexuales de la mujer no dejan de enfrentarse a reacciones negativas. Irlanda y Malta, aun cuando son reconocidas por sus leyes progresistas sobre la orientación sexual y la identidad de género, continúan limitando el acceso de las mujeres a un aborto legal y libre de riesgos, siendo Malta el único país europeo que prohíbe totalmente el aborto. En muchos otros países como Nicaragua y El Salvador están vigentes leyes nocivas que restringen el aborto: en El Salvador inclusive se encarcela a las muieres que tienen un aborto espontáneo. 16 Paralelamente, en muchos países (los más recientes son Polonia y España) el aborto legal se halla constantemente amenazado. Mientras

<sup>\*</sup> http://www.nytimes.com/2014/04/26/opinion/transgender-rights-in-india.html?\_r=0.

<sup>†</sup> https://www.hrw.org/news/2015/08/10/dispatches-ne-pals-transgender-passport-progress.

<sup>‡</sup> Trans Murder Monitoring (TMM) project. Proyecto de Monitoreo de Personas Transgénero.

tanto, casi 20 millones de mujeres tratan de abortar cada año, miles de las cuales mueren debido a la falta de procedimientos legales v seguros, mientras que la morbimortalidad materna sigue siendo un problema de salud pública. Vale la pena reflexionar v preguntarnos por qué el matrimonio entre personas del mismo sexo obtiene cada día (con toda justicia) un mayor reconocimiento, mientras que el acceso universal al derecho a un aborto sin riesgo continúa siendo objeto de una lucha constante que refleja una "enorme asimetría entre los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción y también al interior de los mismos". 17 Katha Politt plantea un problema muy interesante al decir que mientras el matrimonio entre personas del mismo sexo al estar relacionado con el amor, ayuda a darle un nuevo vigor a una institución que está en vías de extinción, el aborto tiene que ver con la libertad sexual de la mujer, desconecta al sexo de la reproducción y lo confronta con ortodoxias puritanas. 18

Este control de la sexualidad de las mujeres v la falta de respeto a su autonomía v autodeterminación sobre sus cuerpos, sigue teniendo consecuencias muy dañinas. Las mujeres, y en especial las jóvenes del África Subsahariana llevan la pesada carga de la epidemia de VIH debido a la persistente desigualdad y perjudicial dinámica de género. 10 Las mujeres y las niñas, incluso las lesbianas, las mujeres transgénero y las trabajadoras de la industria del sexo son objeto de violación y violencia basada en el género. En algunas partes del mundo ellas siguen siendo víctimas de prácticas nefastas tales como los matrimonios precoces o forzados, o FGM por sus siglas en inglés, tema que es analizado por Marge Berer\*\*\* en este número de la revista, quien estudia las repercusiones de la nueva ley anti-FGM en Gran Bretaña.

Si bien las mujeres en edad reproductiva son consideradas con mayor frecuencia como víctimas de la violencia sexual o basada en el género, no deben dejarse a un lado las necesidades y riesgos de las mujeres mayores, que es una preocupación importante planteada por Cooper y Crocket.\*\*\*\* Se sigue utilizando la violación como un arma de guerra.

Existen informes muy bien documentados sobre la muy difundida violencia sexual en tiempos de guerra, que afectó a decenas de miles de mujeres, que fueron violadas durante los conflictos en Ruanda, Sierra Leona, Liberia, la ex Yugoslavia, Nepal, y en la República Democrática del Congo, y que fueron crímenes cometidos con impunidad. Más recientes han sido los casos de violencia y agresiones sexuales reportados en Sudán del Sur, Somalía, Nigeria, Afganistán, Iraq v Siria atribuidos a varios autores, incluyendo a grupos brutales y bárbaros como el Daesh (Estado Islámico en Iraq v el Medio Oriente ISIL por sus siglas en inglés), Al-Shabaab y Boko Haram, pero también a personal militar. La violencia sexual, ejercida igualmente contra hombres y niños, se emplea como un arma política en los conflictos armados y tienen un efecto devastador en su salud física, sexual y psicológica.<sup>19</sup> Aunque se han presentado ocasionalmente denuncias sobre maltrato y tortura sexual de hombres y niños -todavía no puedo borrar de mi mente las vívidas imágenes de Abu Ghraib- una inmensa proporción de estas denuncias son ignoradas v en muchos casos no se dan a conocer, debido en parte a los estereotipos de género y a las interpretaciones convencionales que se atribuyen a la masculinidad. El estudio sobre esta problemática, elaborado por Weishut\*\*\*\*\*, registra el abuso sexual de hombres palestinos a manos de autoridades israelíes, y se suma a la creciente literatura que contribuye a aclarar la verdadera magnitud y naturaleza de estas violaciones a los derechos humanos.

Las situaciones de crisis y conflicto crean una mayor posibilidad a tener mala salud sexual y reproductiva, y los hombres y los niños, al igual que las mujeres y las niñas corren un riesgo mucho mayor de ser víctimas de abuso y violencia sexual cuando se encuentran en

<sup>\*\*\*</sup> Berer, Marge. The history and role of the criminal law in the anti-FGM campaings: Is the criminal law what is needed, at least in countries as Great Britain? Reproductive Health Matters, Volume 23, Issue 46, 145 - 157

<sup>\*\*\*\*</sup> Bergen Cooper, Cailin Crockett. Gender-based violence and HIV across the life course: adopting a sexual rights framework to include older women. En Reproductive Health Matters, Volume 23, Issue 46, 56 - 61

<sup>\*\*\*\*</sup> Weishut, Daniel J.N.Sexual torture of Palestinian men by Israeli authorities. Reproductive Health Matters, Volume 23, Issue 46, 71 - 84

condiciones de desplazamiento. Ante el creciente número de personas que buscan refugio en Europa, la atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva de esta población se ha convertido en un problema de suma urgencia. Kevgnaert v Guieu\*\*\*\*\* han resaltado cómo ha aumentado la vulnerabilidad de los refugiados y solicitantes de asilo, incluso después de haber llegado a Europa, y ello se suma a las deficiencias de los marcos legales de la UE, que no logran asegurar que haya una acción efectiva para evitar la violencia sexual dentro de las fronteras de la UE ni para brindar atención y apoyo a sus víctimas. La prestación de servicios integrales en materia de salud v derechos sexuales y reproductivos constituve una respuesta crucial que debe tratarse con prioridad en situaciones de crisis y conflicto.

Para que se respeten y cumplan los derechos sexuales hay dos requisitos previos e indispensables: un marco legal que los proteja y un entorno político que lo permita. Sin embargo, ambos por sí solos no bastan. No solamente es crucial que se implementen leyes y políticas y que se hagan cumplir –lo cual es un enorme desafío– sino que los valores e ideas sociales, religiosos y culturales deben estar también dispuestos al cambio para hacer que progresen y se cumplan los derechos sexuales.

Toda transformación cultural y social es un proceso lento, que en parte puede procurarse brindando a los jóvenes una educación integral sobre la sexualidad. Pero la educación en sexualidad suele enfrentarse a la oposición y resistencia tanto de parte de los padres y de las escuelas, como de los propios estados. Paiva y Silva describen el empleo de un enfoque multicultural de derechos humanos para abordar la educación sexual o en sexualidad, concentrándose en la prevención de embarazos no deseados y en VIH en Brasil, para enfrentar la resistencia que hay frente a la educación sexual o en sexualidad en un contexto nacional donde predominan actitu-

des conservadoras. Macintyre y colaboradores en su artículo presentan las actitudes de los adolescentes en Santiago de Chile frente a la sexualidad, la diversidad sexual y la igualdad de género. Aunque el estudio muestra que hay una mayor "aceptación" y "tolerancia" hacia la diversidad sexual y de género entre los jóvenes en este contexto, también demuestra lo profundamente enraizados que se encuentran los valores tradicionales acerca de los roles de género y la heterosexualidad obligatoria. Es indispensable que hava una educación sexual integral, en un marco de derechos humanos para reforzar la importancia de aceptar y avalar la diversidad sexual y pugnar porque hava igualdad entre los géneros. Es muy útil porque ofrece un entorno seguro y protector donde los jóvenes exploren su orientación sexual; empodera a las chicas (y chicos) para asumir y exigir igual respeto para sus opciones, preferencias y conductas sexuales así como igual protección contra la coacción y la violencia sexual; y finalmente los ayuda a tomar decisiones contando con la información necesaria respecto a las relaciones sexuales responsables y sin riesgos.

Tal como lo señala Richard Parker, "los cimientos del camino a la salud sexual [v vo agregaría también: a la salud reproductival están apuntalados por la lucha en pro de los derechos sexuales".20 Esta edición contiene artículos que ponen el énfasis en el rol central de los derechos sexuales para que se potencien la salud y el desarrollo. Tanto el análisis como las perspectivas así como las evidencias de distintos lugares del mundo, nos permiten profundizar nuestra comprensión del nexo que existe entre la salud sexual y los derechos humanos y hacer hincapié en que la "sexualidad no puede entenderse apartada de las estructuras sociales, políticas y económicas o sin hacer referencia a los discursos culturales e ideológicos que le dan sentido a la sexualidad".20

#### \* http://www.rhmelsevier.com/issue/S0968-8080(08)X1631-

\*\*\*\*\*\* Keygnaert, Ines et al.What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. Reproductive Health Matters, Volume 23, Issue 46, 45 - 55

#### **Agradecimientos**

Deseo expresar mi agradecimiento a Eszter Kismödi, Christina Zampas, Pathika Martin y Lisa Hallgarten por haber revisado este editorial y por darme sus útiles comentarios y sugerencias.



Desfile del Orgullo Gay de 2014, Entebbe, cerca de Kampala, Uganda a las orillas del Lago Victoria. El evento se llevó a cabo en forma relativamente secreta para coincidir con el hecho de que el Tribunal Constitucional de Uganda declaró la nulidad de la Ley Contra la Homosexualidad en Uganda por razones de procedimiento. (No asistieron a votar suficientes parlamentarios) en agosto de 2014.

#### Referencias

- Starrs A. A Lancet Commission on sexual and reproductive health and rights: going beyond the Sustainable Development Goals. Lancet, 2015;386.
- Hawkes S. Sexual health: a post-2015 palimpsest in global health? Lancet Global Heal, 2015;2(7):e377-e378. http://dx.doi.org/10.1016/ S2214-109X(14)70036-1([Internet]. Hawkes. Open Access article distributed under the terms of CC BY; Available from:).
- 3. Joint Statement by UN human rights experts, the Rapporteur on the Rights of Women of the Inter-American Commission on Human Rights and the Special Rapporteurs on the Rights of Women and Human Rights Defenders of the African Commission on Human and People. [Internet] Available from: http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E.

- 4. World Health Organization. Sexual Health, human rights and the law. 2015. (Geneva, Switzerland).
- Khosla R, Say L, Temmerman M. Sexual health, human rights, and law. In: Lancet, 386(9995).
   Elsevier Ltd., 2015. p.725–726 ([Internet], Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/ S0140673615614490).
- Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity, 2015. (Geneva, Switzerland).
- ILO, OHCHR, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNI-CEF, UNODC, UN Women, WFP W and U. UN statement: Ending Violence And Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender And Intersex People. [Internet]. Geneva, Switzerland. Available

- from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender\_rights/lgbtiun-statement/en/.
- UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS. UNAIDS Strategy 2016-2021: On the fasttrack to end AIDS. 2015. (Geneva, Switzerland).
- Amnesty International. Decision On State Obligations
   To Respect, Protect, And Fulfil The Human Rights
   Of Sex Workers [Internet]. The International Council
   decision. Available from: https://www.amnesty.org/
   en/policy-on-state-obligations-to-respect-protect and-fulfil-the-human-rights-of-sex-workers/.
- 10. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS, 2014.
- 11. Malta. The Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act. [Internet] Available from: http://tgeu.org/gender-identity-gender-expression-sex-characteristics-act-malta-2015/. 2015.
- 12. Transgender Europe. Ireland adopts progressive Gender Recognition Law. [Internet] Available from: http://tgeu.org/ireland-adopts-progressive-gender-recognition-law/.
- Sexuality Policy Watch. Same-sex marriage becomes legal in Ireland. [Internet] Available from: http://sxpolitics.org/same-sex-marriage-becomes-legal-in-ireland/13684.

- 14. Sexuality Policy Watch. Mexico Supreme Court Legalizes Gay Marriage. [Internet] Available from: http://sxpolitics. org/mexico-supreme-court-legalizes-gay-marriage/13003.
- Supreme Court of The United States. Obergefell et al. v. Hodges, Director, Ohio Department of Health, et al. [Internet]. Available from: http://www.supremecourt.gov/opinions/14pdf/14-556\_3204.pdf.
- Amnesty International. El Salvador: Separated Families, Broken Ties: Women Imprisoned For Obstetric Emergencies And The Impact On Their Families. 2015.
- Miller AM, Roseman MJ. Sexual and reproductive rights at the United Nations: frustration or fulfilment? Reprod Health Matters. 2011:19(38):102–118.
- Pollitt K. There's a reason gay marriage is winning, while abortion rights are losing. The Nation.
- 19. United Nations. Report of the Secretary-General on Conflict-related sexual violence to the Security Council. English, 2015.
- 20. Parker RG. Sexuality, Health, and Human Rights. [Internet]American Journal of Public Health, 2007;97(6):972–973(Jun, Available from: http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2007.113365).



## © 2015 Reproductive Health Matters. All rights reserved.

Reproductive Health Matters 2015;23(46):16-30 0968-8080/11 \$ - see front matter DOI: 10.1016/J.RHM.2015.11.007



# Los derechos sexuales como derechos humanos: una guía de las fuentes y principios autorizados para aplicar los derechos humanos a la sexualidad y la salud sexual

Alice M. Miller <sup>a</sup>, Eszter Kismödi <sup>b</sup>, Jane Cottingham <sup>c</sup>, Sofia Gruskin <sup>d</sup>

- a Codirectora, Global Health Justice Partnership de la Facultad de Derecho de Yale y la Escuela de Salud Pública, Facultad de Derecho de Yale, New Haven, CT, EE.UU. Correspondencia: alice.miller@yale.edu
- Abogada internacional de Derechos Humanos en Sexualidad, Género y Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos, Ginebra, Suiza
- c Consultora Independiente, Ginebra, Suiza
- d Profesora de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de Keck; Profesora de Derecho y Medicina Preventiva, Facultad de Derecho de Gould; Directora del Programa sobre Salud Global y Derechos Humanos, Instituto para la Salud Global, Universidad de Carolina del Sur (USC), Los Ángeles, CA, EE.UU.

**Resumen:** Esta guía tiene como objetivo brindar conocimientos y recursos a los actores interesados en la formulación de demandas sobre derechos relacionados con la sexualidad y salud sexual. Después de abordar la controvertida cuestión del alcance de los derechos sexuales, explora las reglas y principios que rigen la manera en que las afirmaciones de derechos humanos son formuladas y aplicadas a la sexualidad y salud sexual, y cómo esa formulación está vinculada con la ley y pasa a ser cuestión de obligación del Estado. Este entendimiento es fundamental para las políticas y programación en salud y derechos sexuales, ya que apoya hacer un llamado a los diversos derechos humanos pertinentes, tales como la privacidad, no discriminación, salud u otros derechos humanos aceptados universalmente, así como exigir que los Estados tomen medidas, de conformidad con sus obligaciones de derecho internacional y nacional para apoyar la salud sexual. © 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: Derechos Humanos, derecho, derechos sexuales, salud, sexualidad.

#### Introducción

A pesar de que el término "derechos sexuales" ha sido motivo de encarnizados debates durante las últimas décadas, aún no se ha logrado un consenso político para definirlo¹. La resistencia surge de las concepciones (y de los temores), radicalmente distintos, que los países adjudican a "los derechos sexuales" y, por lo tanto, a las obligaciones que de ellos emanen. Esta guía ha sido desarrollada para ayudar a resolver confusiones, aclarar cómo y por qué los derechos sexuales *son* derechos humanos apoyar los avances políticos en su reconocimiento y, especialmente, aclarar sus sustentos legales.

Los parámetros de los derechos sexuales se definen como la gama total de derechos humanos existentes que se hayan aplicado a los aspectos públicos y privados de la sexualidad y la salud sexual. La guía hace hincapié en que el alcance de los "derechos sexuales" está vinculado con los derechos reproductivos –aunque no es equivalente a ellos– y que la sexualidad, en sus distintas formas y significados incluyendo su relación con la reproducción, requiere atención específica. La guía muestra cómo la legislación sobre los derechos humanos puede ser y ha sido utilizada para apuntalar buenas prácticas en la promoción de la salud sexual. Lo principal de esta es que

se concentra en explicar cómo estos avances se apoyan en las reglas de aplicación e interpretación de la legislación sobre los derechos que son ampliamente aceptadas. La guía está dirigida a quienes se involucran con los Estados y las políticas para cambiar las prácticas y exclusiones, v meiorar la salud v los derechos sexuales, ayudándoles a fundamentar sus esfuerzos en el derecho internacional. Esta guía se divide en tres partes principales: La Sección I: El alcance de los derechos humanos en cuanto se relacionan con la sexualidad y la salud sexual, subrayando el rol que les compete desarrollar a todos los derechos humanos en la salud sexual: Sección II: Las fuentes jurídicas de los derechos humanos, que describen la jerarquía de los derechos como reclamos legalmente vinculantes a nivel nacional e internacional; y la Sección III: Nueve reglas y principios que orientan el desarrollo, interpretación y aplicación de los derechos humanos en las leyes y en las políticas para apoyar la sexualidad y la salud sexual.

#### El alcance de los derechos humanos pertinentes para la sexualidad y la salud sexual

Durante las últimas dos décadas o más se han visto importantes avances en el campo de los derechos sexuales; esta guía se basa en algunos documentos sumamente importantes que son de uso difundido en el mundo de la elaboración y reformas de políticas y programas. Estos incluyen: i) El compendio de casos y leyes sobre orientación sexual e identidad de género de la Comisión Internacional de Juristas (CIJ), que reúne la jurisprudencia de un subconjunto de derechos sexuales de todo el mundo y a nivel internacional<sup>2</sup>; ii) La Declaración de los Derechos Sexuales de 2014 de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS por sus siglas en inglés), que busca explicar las normas sobre derecho sexual y vincular la sexualidad y la salud sexual con los principios y normas de los derechos humanos<sup>3</sup>. iii) Los Principios de Yogyakarta de 2007, que han sido elaborados por expertos de las ONG y en derechos humanos como un pronunciamiento normativo sobre la manera en que los principios y obligaciones existentes sobre derechos humanos han sido y pueden ser progresivamente aplicados a reivindicaciones específicas de derechos humanos relacionadas con la orientación sexual

v la identidad de género4; iv) -El documento Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés) que es un compendio dedicado a explicar en detalle los principios legales existentes para su mejor comprensión a fin de aplicarlos a la sexualidad, como un atributo de todas las personas, jóvenes y ancianas, independientemente de su género/identidad de género v orientación sexual]<sup>5</sup>; y, v) El informe de la OMS sobre salud sexual, derechos humanos y la ley, que se incluve en este número<sup>85</sup>, el cual vincula las normas de los derechos humanos con la información sobre salud pública v jurisprudencia con el fin de demostrar cómo los Estados en distintas partes del mundo pueden y logran apoyar la salud sexual a través de mecanismos legales y de otro tipo, que son consistentes con las normas regionales e internacionales en materia de derechos humanos y sus propios derechos y obligaciones sobre este tema<sup>6J</sup>.

Además de estos compendios sobre sexualidad y derechos, en esta guía señalamos que se preste atención a la definición operativa de los derechos sexuales que da la OMS, puesto que esta definición ha sido ampliamente citada en varias publicaciones como punto de referencia de lo que son los derechos sexuales. Según esta definición:

"Los derechos sexuales abarcan algunos derechos humanos que ya han sido reconocidos por tratados internacionales y regionales de derechos humanos, apoyados en documentos consensuados y son parte de las legislaciones nacionales. Los derechos que son fundamentales para la realización de la salud sexual incluyen:

Los derechos a la vida, libertad, autonomía y seguridad personal.

Los derechos a la igualdad y a la no discriminación.

El derecho de toda persona a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El derecho a la privacidad.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (incluyendo la salud sexual) y seguridad social-

El derecho al matrimonio y a formar una familia con el libre y completo consentimiento de ambos esposos, y a la igualdad dentro del matrimonio y en el momento de disolución de este. El derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener. Los derechos a la información y a la educación. Los derechos a la libertad de opinión y expresión. El derecho a reparaciones efectivas en caso de violaciones a sus derechos fundamentales.

Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Los derechos sexuales protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de salud sexual, con el debido respeto a los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación".

Como mencionamos anteriormente, en la medida en que los diferentes aspectos de la reproducción y la sexualidad están vinculados, ello se refleja tanto en la denominación de algunos derechos reproductivos como en la de los derechos sexuales, y en la aplicación común de ciertos principios de los derechos humanos a esos temas.

Por ejemplo, la decisión de continuar o terminar un embarazo, se puede considerar como un aspecto que compete a las mujeres, por lo que ellas deben tener la capacidad de decidir si vinculan o desvinculan su actividad sexual de la decisión de convertirse en madres. Esta situación involucra el derecho a la salud, a la privacidad y a la no discriminación, entre otros. Por esta razón, en la guía incluimos los medios por los cuales el acceso al aborto se está desarrollando como un derecho humano (lo que es consistente con la definición operativa de la OMS) y cómo se utilizan los principios de los derechos relacionados con la sexualidad.

Además, existe otro punto donde confluyen los derechos sexuales y los derechos vinculados al género. Si bien la identidad y la expresión de género no son en sí mismas determinantes de la sexualidad o la conducta sexual, la manera como se expresa el género puede sentar la base sobre la cual los Estados regulen jurídicamente con quién se puede tener relaciones sexuales legítimamente. Así, las expresiones de género y las normas sobre identidad son importantes para los derechos sexuales y pueden ser incluidas dentro del ámbito de estos.

Los derechos básicos indicados en la definición operativa de la OMS han sido incluidos en códigos –o convertidos en leyes– en tratados regionales e internacionales, y muchos se han incorporado en constituciones y leyes nacionales.

#### Fuentes de legislación en derechos humanos

Las denuncias en materia de derechos humanos contenidas ("citadas") en tratados internacionales o leyes nacionales pueden obligar a los Estados a tomar acción. Esta sección brinda una perspectiva general de las "fuentes" de los derechos humanos básicos que subyacen a los derechos sexuales.

## Tratados internacionales y regionales, y constituciones y leyes nacionales

Las fuentes de derecho vinculante internacional en derechos humanos más fáciles de reconocer son los tratados, también conocidos como acuerdos, convenciones, estatutos y protocolos<sup>\*</sup>. Hay muchos de estos tratados internacionales como la Convención de los Derechos del Niño o la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer<sup>†</sup>.

La legislación internacional la elaboran los Estados o naciones; todos ellos tienen el mismo derecho a participar en el proceso y al ratificar dichos tratados se declaran vinculantes con las obligaciones internacionales que de

<sup>\*</sup> El Derecho Internacional Consuetudinario (DIL) es también una fuente de derecho vinculante para los Estados: es una de las versiones más antiguas de derecho internacional y se fundamenta en deducir reglas sobre la base de lo que los gobiernos en realidad hacen, aunadas a las razones que ellos públicamente declaran para justificar su práctica. No exploramos el DIL en esta guía, aunque hay avances promisorios, particularmente en una rama específica del derecho internacional: el derecho internacional humanitario (en general, la ley del conflicto armado), que ha sido citado como base de la obligación de prevenir violaciones sexuales durante los conflictos. Ver: https://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1 rul rule93.

<sup>†</sup> Véase la página web de La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos para acceder a un listado completo. http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ CoreInstruments.aspx.

ellos se deriven. Todos los Estados han ratificado uno o varios de los tratados internacionales. Cuando un tratado es ampliamente ratificado nos está indicando que es posible que los Estados, en alguna medida, actuarán en consonancia con dicho Tratado. Cuando la ratificación es numerosa también puede influir en las prácticas de los Estados que no han ratificado dicho tratado. El compromiso amplio de los países con los principios sustantivos de legalidad contenidos en un tratado en particular, puede convertirse en evidencia de una costumbre o algo que se acepta generalmente como lo que debería ser ley para todas las naciones<sup>‡</sup>.

Los tratados regionales, tales como el Convenio Europeo de los Derechos Humanos o la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, si bien solo se mencionan como algo secundario en esta guía, funcionan en general del mismo modo, y son la respuesta producida por el grupo de Estados que componen una región geopolítica designada por las Naciones Unidas.

Las constituciones y las leyes nacionales casi siempre contienen elementos de derechos humanos, tales como la no discriminación o el derecho al voto. Los sistemas legales nacionales señalan hasta dónde tiene autoridad cada Estado, cuál es su marco legal y cuáles son los procesos para promover y proteger los derechos humanos. En algunos países, las constituciones nacionales y las leyes son consistentes con las leves internacionales de derechos humanos en la protección de dichos derechos o, en algunos casos, son incluso más fuertes que estas. Por ejemplo, en Malta, la Ley de Reconocimiento Legal de Género, aprobada en 2015 por el parlamento maltés, tiene principios legales y reglamentos de procedimientos más progresistas que cualquier ley internacional sobre identidad y expresión de género8. En otras situaciones, que serán discutidas con más profundidad a continuación, las leyes nacionales pueden contradecir normas internacionales de derechos humanos que amplían más esos derechos, como por ejemplo, cuando una ley nacional requiere la autorización del marido para que la mujer tenga acceso a servicios anticonceptivos<sup>6</sup>.

A nivel internacional y regional, la aplicación de todos estos tratados y leyes de parte

de actores nacionales es supervisada por un conjunto específico de órganos reconocidos y señalados en los tratados. Así, el Comité sobre Derechos Humanos que será discutido más adelante, por ejemplo, supervisa la implementación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Otras fuentes de derechos humanos incluyen: la jurisprudencia de los tribunales internacionales y las decisiones emitidas por los órganos de monitoreo de tratados de derechos humanos de la ONU.

La sección de jurisprudencia que viene a continuación brinda ejemplos de órganos internacionales, regionales y nacionales autorizados que han interpretado y aplicado normas va existentes basadas en tratados o en derechos constitucionales nacionales, para que se conviertan en una fuente de protección de los derechos relacionados con la sexualidad y la salud sexual. Es importante tener en cuenta que el derecho internacional que se elabora con base en los acuerdos entre los Estados nunca es perfecto, y no siempre refleja las mejores prácticas vigentes. El derecho internacional fue establecido como un conjunto de prácticas y normas en continua evolución, y la legislación sobre derechos humanos no es ajena a esta situación. Las legislaciones sobre la industria del sexo y el matrimonio entre personas del mismo sexo constituyen dos ejemplos en los cuales la legislación en derechos humanos no está determinada o establecida en sistemas internacionales o regionales, pero donde existen aplicaciones innovadoras de estándares de no discriminación, privacidad y de salud...

#### **Declaraciones Políticas**

Aunque las declaraciones políticas del Sistema de las Naciones Unidas no son legalmente vinculantes, pueden ser consideradas como contribución a una norma global emergente. En particular, si la misma declaración es emitida repetidamente y, especialmente, si está acompañada por una conducta conforme a los cambios legales, políticas y prácticas. Con relación a los derechos sexuales, se puede decir que ninguna declaración ha sido tan importante como la Plataforma de Acción de Beijing, en 1994. El párrafo 96 declaraba: "Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho

a decidir libre v responsablemente, sobre todo los asuntos relacionados a su sexualidad, libres de coacción, discriminación y violencia". Si bien en ese momento se limitó a las mujeres v se concentró en la salud en su aplicación v alcance, esta declaración representa la primera articulación intergubernamental acordada de lo que luego se consideró como derechos sexuales. Más recientemente, el informe intergubernamental de América Latina y el Caribe a 20 años de la implementación del PIDCP por parte de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe llegó a la conclusión de que los Estados deben "promover políticas que permitan a las personas ejercer sus derechos sexuales, los cuales incluyen el derecho a una vida sexual segura y plena, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, orientación sexual e identidad de género, sin coacción, discriminación o violencia, y que garanticen el derecho a la información y los medios necesarios para su salud sexual y reproductiva"9.

## Jurisprudencia de tribunales regionales e internacionales

La aplicación de las normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos con relación a la salud sexual puede encontrarse en la jurisprudencia de varios tribunales internacionales, creados por tratados que tienen el poder de emitir decisiones vinculantes para las partes en disputa y contribuir a las normas internacionales y regionales. La Corte Penal Internacional, creada por el Estatuto de Roma, tiene tantos poderes como los tribunales internacionales ad hoc en materia de crímenes de guerra; lo mismo sucede con los tribunales regionales ligados a los sistemas regionales de tratados sobre derechos humanos como, por ejemplo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el Tribunal Interamericano de Derechos Humanos y el Tribunal Africano de Derechos Humanos y de los Pueblos. Hasta la fecha no existen tales tribunales ni en Asia ni en el Pacífico.

Cada uno de estos tribunales ha emitido fallos interpretativos sobre derechos en casos decisivos relacionados con la sexualidad y la salud sexual. Estos incluyen decisiones que

afirman los derechos relacionados a la anticoncepción, el aborto, la educación sexual y el acceso de los y las adolescentes a servicios de salud sexual v reproductiva; así como la promoción del derecho a vivir libre de violencia sexual. También han abordado la protección de los derechos de libre asociación, de intimidad y de no discriminación a las personas transgénero y lesbianas u homosexuales, además de la protección de sus derechos a la intimidad en relación a su conducta con personas del mismo sexo<sup>‡</sup>. El trabajo de estos tribunales y la forma en la que interpretan y aplican las normas legales internacionales y regionales existentes a nuevos hechos y nuevas realidades son parte del dinamismo y la continua interpretación de las normas internacionales en materia de derechos humanos. Un ejemplo específico es la definición jurídica que se le da al abuso y a las violaciones sexuales. Históricamente, la definición legal penal en tiempos de paz sobre este tema era bastante limitada v reconocía la violación solo en casos de relación sexual que implicaba la penetración vaginal por un pene, realizada por un hombre a una mujer que no fuera su esposa, empleando la fuerza y contra la voluntad de ella. Como resultado de los Tribunales ad hoc en Ruanda y la ex-Yugoslavia, en 2010, la Corte Penal Internacional elaboró los elementos del delito de violación y proporcionó una definición más amplia, con elementos que pueden ser aplicados en situaciones de conflicto y de no conflicto. Según el Tribunal, el delito de violación cubre toda invasión o conducta coactiva que resulte en penetración, por más leve que esta sea, en cualquier parte del cuerpo de la víctima con un órgano sexual o con cualquier objeto o cualquier otra parte del cuerpo. Esta definición es lo suficientemente amplia para ser aplicada a todas las personas sin distinción de sexo o

<sup>‡</sup> Si bien las autoras apoyan la causa de garantizar los derechos de todas las personas LGBTQI, buscamos especificar con exactitud qué es lo que apoya cada decisión: si el caso que se trataba era sobre personas que tienen relaciones con personas del mismo sexo, no se incluye en la lista que se aplica el principio de no-discriminación a personas 'trans'. Esta práctica pone en evidencia la naturaleza parcial del desarrollo de algunos derechos sexuales y relacionados al género, revelando que aún hay mucho trabajo por hacer.

género<sup>10</sup>. Una revisión actual de los fallos que aplican normas relevantes de tribunales internacionales y regionales de derechos humanos, deja en claro que las leves derivadas de los tratados que ellos hacen cumplir, reconoce que la violación puede ocurrir dentro del matrimonio v que debe ser tratada como delito. Además, demuestran la evolución de la comprensión jurídica del papel que juega la fuerza, la falta de consentimiento, y el deber del Estado de tomar seriamente las denuncias de violación con relación a los servicios y a la prevención<sup>11,12</sup>. Dichas decisiones han contribuido a la evolución radical de la definición legal de la violación v estos elementos se están afirmando cada vez más en las leves nacionales, con lo cual aumenta la protección contra la violencia sexual para todas las personas.

#### Normas de los órganos internacionales de monitoreo de tratados internacionales sobre derechos humanos

Los órganos de las Naciones Unidas encargados de monitorear el cumplimiento de los tratados de derechos humanos, están conformados por expertos de las Naciones Unidas para monitorear la implementación de los tratados internacionales de derechos humanos. Si bien todos los órganos que monitorean dichos tratados han abordado temas de sexualidad y salud sexual, algunos, como el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), el Comité sobre los Derechos del Niño (CDN) y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) tratan cada vez con mayor frecuencia, asuntos y denuncias en materia de derechos sexuales y salud sexual.

Además, los individuos o grupos de individuos pueden hacer denuncias a estos órganos, creados en virtud de tratados, bajo todos los protocolos facultativos –que deberán ser ratificados por separado por cada uno de los Estados– y son mecanismos adicionales adjuntos a algunos tratados. Las decisiones tomadas por los órganos de monitoreo de los tratados con relación a estas denuncias son interpretaciones autorizadas para el Estado implicado. Así mismo, proporcionan una guía para otros países sobre el significado de las obligaciones que el Estado ha contraído al ratificar un tratado.

Uno de los primeros ejemplos de gran relevancia para los derechos sexuales, fue el fallo de 1994 en el caso Toonen vs Australia emitido por el Comité de Derechos Humanos, el órgano de monitoreo del PIDCP. En este caso, en el que un hombre australiano desafió el derecho del estado de Tasmania a penalizar un comportamiento sexual del mismo sexo entre dos hombres, el comité consideró que la protección contra cualquier interferencia discriminatoria a la intimidad incluía la prohibición de penalizar las conductas sexuales íntimas considerándolas una forma de discriminación sexual<sup>13,14</sup>. Luego de la decisión, el gobierno australiano promulgó la Lev de Derechos Humanos (Lev de Conducta Sexual) en 1994, según la cual los actos sexuales entre personas del mismo sexo ya no serían penalizados<sup>15</sup>. El veredicto marcó una mayor evolución de la ley con relación a los actos sexuales entre personas del mismo sexo y, por extensión, a la orientación sexual. Además, se ha utilizado como base para una reforma legislativa sobre conductas entre personas del mismo sexo en otros estados16, incluyendo a Fiji17 y Sudáfrica<sup>18</sup>.

Han surgido otros casos relacionados a la salud y los derechos sexuales, con relación al aborto y anticoncepción. Por ejemplo, en el 2011, CEDAW emitió una decisión histórica, L.C. vs Perú, con relación a una víctima de violación de 13 años, quien al darse cuenta de que estaba embarazada intentó suicidarse lanzándose de un edificio y lesionándose la columna. Se le negó un aborto terapéutico y se postergó la operación de su columna, a causa del embarazo, lo que le generó una seria discapacidad. Al determinar que el Perú había violado los derechos de la víctima. CEDAW puso énfasis particularmente en los derechos a la reparación y a la discriminación que sufrió con base a su edad y sexo (desigualdad de género) afectando el acceso de la niña a servicios de salud19.

Además de estas decisiones que se basan en casos, los órganos de los tratados también emiten declaraciones de interpretación general conocidas como Observaciones Generales o Recomendaciones, que ofrecen otros medios para que los Estados obtengan una mejor comprensión sobre el alcance de sus obligaciones bajo este tratado específico. Las Observaciones

Generales y las Recomendaciones que son de gran relevancia para la salud sexual incluven la Recomendación General 24 del CEDAW sobre las mujeres y la salud<sup>20</sup>. El Comentario General 14 del CDESC<sup>21</sup> sobre el derecho a la salud<sup>21</sup>, v el Comentario General 15 del CRC sobre el derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud22. El Comentario General 15 del CRC, por ejemplo, indica claramente que los Estados deben trabajar para garantizar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas e informadas sobre su salud reproductiva, v que se debe garantizar el acceso a la educación sexual de los niños de acuerdo a su capacidad evolutiva<sup>23</sup>. Estas interpretaciones generales son reconocidas como asuntos de derecho internacional a través de las cuales los tratados pueden evolucionar. Si bien estas observaciones no son leves per se, a medida que los estados partes cumplen con estas recomendaciones, las nuevas interpretaciones ganan fuerza como declaraciones autorizadas de las implicancias del tratado<sup>24</sup>. Por ejemplo, siguiendo la Recomendación General 19 del CEDAW sobre violencia contra las mujeres en 199223, los Estados empezaron a informar sobre cómo habían enmendado sus leves para proteger a las mujeres y niñas de la violencia, incluyendo la violencia sexual, y cómo habían garantizado que los servicios de salud estuvieran en capacidad de lidiar con las consecuencias de dicha violencia.

Luego de que un Estado haya presentado su informe al comité y se haya establecido un "diálogo constructivo" con este, sumadas a las consideraciones presentadas en los "informes sombra" por la sociedad civil, el órgano de monitoreo del tratado emite sus "observaciones finales" al Estado. Este proceso de reporte establecido constituye un mecanismo importante de rendición de cuentas en derechos humanos que permite monitorear cómo los Estados implementan las obligaciones que contraen al firmar un tratado en particular.

#### Normas nacionales de derechos humanos

A nivel nacional, las constituciones, las decisiones de tribunales constitucionales y otros tribunales de revisión de alto nivel y legislación nacional (aquí referidos como "normas nacionales de derechos humanos") pueden ser

relevantes a los derechos sexuales y a la salud sexual. La constitución portuguesa, por ejemplo, garantiza específicamente el derecho a la planificación familiar<sup>25</sup>, y su Ley de Educación Sexual obliga a escuelas primarias, secundarias v escuelas profesionales, tanto públicas como del sector privado<sup>26</sup> a obedecerla. Otro ejemplo es la decisión tomada recientemente por la Corte Suprema de la India, que rompe con la normatividad binaria de género de hombre y mujer en las leyes y prácticas administrativas del país al reconocer la identidad de las personas transgénero y otorgarles los mismos derechos que a las demás personas<sup>27</sup>. Si bien las leves y las decisiones de tribunales nacionales son principalmente vinculantes para las personas y entidades que viven en o bajo el control del Estado, también pueden constituir ejemplos importantes, razonamientos persuasivos y guías para los tribunales nacionales e instancias legislativas de otros Estados.

Algunos países cuentan con más de un sistema para asignar derechos y responsabilidades legales, tales como el tener leyes organizadas en torno a doctrinas religiosas específicas y a principios o costumbres y tradiciones que la gente asigna solamente a las mujeres (por razones religiosas) o por elección puramente personal. En algunos países, el matrimonio, las herencias y algunos delitos pueden ser regidos por distintos sistemas. Sin embargo, uno de los principios fundamentales y poderosos del derecho internacional es que los Estados deben trabajar en todos sus niveles a fin de cumplir sus promesas internacionales. Esta regla está resumida en la frase pacta sunt servanda, que en latín significa que los acuerdos deben ser cumplidos. Por lo tanto, un gobierno nacional está obligado, por los tratados internacionales de derechos humanos que ha ratificado, a evaluar sus leyes en relación con sus compromisos internacionales en derechos humanos. A los Estados se les da libertad de acción para que ellos decidan cómo abordar los vacíos o violaciones de sus obligaciones internacionales mediante sus sistemas legales paralelos. Sin embargo, no se les permite alegar que sus leyes nacionales no están sujetas a la evaluación legal internacional de derechos humanos. Es importante subrayar que en muchos países con múltiples sistemas legales (aunque no en todos) existen compromisos internacionales de derechos humanos y constituciones nacionales que pueden brindar una base para evaluar – generalmente bajo leyes contra la discriminación– qué leyes en los sistemas existentes no garantizan los derechos humanos<sup>6</sup>.

#### Los principios de derechos humanos y su aplicación en el desarrollo de nuevas normas con respecto a los derechos sexuales, la sexualidad y la salud sexual

Esta sección hace énfasis en nueve reglas clave que guían el desarrollo y aplicación de las normas y leyes sobre derechos humanos, y que son a la vez relevantes para las reivindicaciones sobre derechos sexuales.

## El carácter universal, inalienable e indivisible de los derechos humanos

Los derechos humanos son universales e inalienables, indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí. Son universales porque todas las personas que nacen tienen y poseen los mismos derechos sin importar dónde viven indistintamente de su género, raza, religión, cultura o etnia. Son inalienables porque los derechos humanos no son algo que se le pueda quitar a ningún ser humano. Son indivisibles e interdependientes porque todos los derechos -políticos, civiles, sociales, culturales y económicos- son iguales en importancia y ninguno puede ser completamente ejercido sin los otros. Se aplican a todas las personas por igual. Si a una persona se le niega un derecho, irremediablemente se le impide gozar de los otros derechos. Por ejemplo, la discriminación contra personas porque viven con VIH o por la orientación homosexual de otras puede afectar sus derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación o su acceso a servicios de salud. Que se cumpla un derecho depende a menudo, completamente o en parte, de que se cumplan los otros. Por ejemplo, el derecho a la salud puede depender de que se cumplan los derechos a la educación o a la información<sup>28</sup>.

#### La no discriminación e igualdad: un principio básico de derechos que afianza a todos los otros derechos y al derecho en sí mismo.

La no discriminación constituye tanto un principio subyacente que guía la aplicación de todos los derechos humanos como una obligación específica del Estado para actuar sin discriminación adversa y tomar ciertas medidas positivas a fin de lograr la igualdad entre todas las personas<sup>29,30</sup>.

## La no discriminación como instrumento para lograr la igualdad y la salud sexual

El principio de no discriminación está asociado en muchos aspectos a la sexualidad, salud sexual y derechos humanos. La desigualdad entre personas y grupos es un fuerte indicador de las cargas que genera la mala salud, incluyendo la mala salud sexual. Las desigualdades se manifiestan a través del acceso diferenciado que tienen las personas a los servicios y recursos, y en la habilidad que tienen para participar de las leyes y políticas que gobiernan sus vidas, así como para buscar reparaciones por los abusos cometidos en su contra<sup>31</sup>. La discriminación opera a través de procesos de desigualdad que rara vez están conectados a una sola característica de la persona, sino que son, más bien, alimentados por varios factores. De hecho, en los tratados internacionales de derechos humanos la discriminación es entendida como "cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en cualquier motivo como lo son la raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otro tipo, origen nacional o social, propiedad, nacimiento o cualquier otra situación y que tenga el propósito o efecto de anular o afectar el reconocimiento, goce o ejercicio de todas las personas a todos los derechos y libertades en igualdad de términos" 32,33.

Esta lista y la comprensión de los motivos de discriminación prohibidos no son exhaustivas. Por lo tanto, se interpreta que al hablar de "otras situaciones" se ha incluido la edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad y estado serológico, todas las cuales pueden afectar la salud sexual<sup>2,30,33-37</sup>.

Distintas formas de discriminación pueden interactuar, a veces se las llama "discriminación interseccional" o "discriminación múltiple", de modo que los análisis y reparaciones deben prestar atención no solo a un eje discriminatorio, como la discriminación sexual o de género, sino que deben tener en cuenta su conexión con otros estados, tales como raza, edad o nacionalidad, con el fin de entender la dinámica completa del obstáculo, y para que

las reparaciones sirvan efectivamente para lograr una igualdad significativa<sup>29,30,36</sup>.

La no discriminación es un aspecto de las obligaciones del Estado para actuar de forma que no produzca o perpetúe obstáculos a la igualdad y al disfrute igual de derechos, que incluyan el nivel más alto de salud para todas las personas<sup>21,22,29,30</sup>.

Las medidas para asegurar la no discriminación, incluvendo la de asegurar que todas las personas sean protegidas de igual manera por la lev, pueden requerir políticas y programas más amplios, incluvendo políticas de distribución de recursos y prioridades en todos los sectores de la sociedad, así como dentro del sistema de salud. Por ejemplo, eliminar la esterilización forzada de personas con discapacidad, de pueblos originarios, de minorías étnicas, y de personas transgénero e intersexuales requiere acciones legales pero también cambios en las políticas y prácticas en la prestación de servicios educativos y de salud, para asegurar que dichas esterilizaciones se realicen solamente cuando la persona en cuestión haya tomado una decisión completa, libre e informada<sup>32</sup>.

#### Las leves como fuente de discriminación

Las leyes, políticas, programas y prácticas, incluyendo los contextos del sistema de salud, pueden ser fuente de discriminación y otras violaciones a los derechos humanos, con un impacto significativo sobre la salud. Las creencias sobre los roles apropiados para mujeres y hombres, por ejemplo, pueden a su vez dictar una conducta sexual esperada que a menudo logran verse reflejadas en la legislación que tiene efectos negativos sobre las vidas y la salud de las mujeres así como de los hombres. Muchas leyes discriminan a las personas que transgreden reglas sociales sobre el comportamiento social femenino o masculino; también a las personas cuya conducta sexual se considera inadecuada, incluvendo las relaciones sexuales sin reproducción y el sexo fuera del matrimonio o a personas cuyo rol de género en la conducta sexual no está de acuerdo con el comportamiento social esperado.

Algunas de las manifestaciones más draconianas de creencias y estereotipos discriminatorios se encuentran en el contenido y aplicación del derecho penal. Por ejemplo,

en muchos países se aplica el derecho penal para prohibir tanto el acceso como la prestación de información y servicios de salud sexual v reproductiva; para castigar la transmisión del VIH, además de una amplia gama de actos sexuales consensuados que ocurren entre personas con discernimiento. La penalización de estos comportamientos y acciones tiene muchas consecuencias para la salud de las personas, incluyendo su salud sexual. Las personas cuyas decisiones sexuales y reproductivas v cuvas conductas sexuales consensuadas son consideradas delitos penales pueden sentir que tienen que ocultar su comportamiento y acciones de los trabajadores de la salud, la policía y otras personas, por temor a ser estigmatizadas, arrestadas y enjuiciadas. Asimismo, son maltratadas con frecuencia por los proveedores de servicios de salud, reduciendo la probabilidad de que busquen estos servicios. Las personas que incurren, o que otros las imaginan incurriendo en comportamientos que están fuera de la ley, son frecuentemente el blanco de una serie de abusos que incluyen la violencia (sexual o no sexual), extorsión, acoso y otras violaciones tanto de parte de personas o grupos particulares como de la policía, lo que a menudo queda impune<sup>6</sup>.

El uso de leyes penales con relación al acceso y el suministro de información y servicios esenciales para la salud sexual y reproductiva, y su aplicación a la conducta sexual, entra en contradicción con los derechos humanos según organismos internacionales, regionales y nacionales, por lo que muchos Estados han cambiado sus leyes nacionales para corregirlo<sup>6</sup>

Muchos de ellos han tomado una serie de medidas contra la discriminación, ya sea incluyendo garantías relevantes en sus constituciones nacionales o elaborando leyes que brinden garantías explícitas para la no discriminación en un número de causales tales como sexo, género, orientación sexual y estado de salud. Algunos Estados han definido causales específicas de protección relevante a la salud sexual a través de la jurisprudencia nacional. Estas leyes y marcos constitucionales pueden, a su vez, ayudar a dar forma, diseñar y evaluar los programas de salud estatales y no estatales<sup>6</sup>.

### Acciones de los Estados para acabar con la discriminación

La responsabilidad que tienen los Estados de combatir la discriminación se extiende mucho más allá del contenido de las leves nacionales e incluso de la obligación de tomar medidas significativas para ponerle fin a la discriminación y establecer condiciones para la igualdad. Esta responsabilidad llega a todos los ámbitos de la vida: pública y privada, económica, social, cultural, política y civil. Las medidas que se tomen deberán estar en concordancia con los ámbitos en los cuales se apliquen. Por ejemplo, los Estados pueden reglamentar de forma distinta la vida pública y privada, como en el caso de que la instancia legislativa establezca que las escuelas públicas brinden educación sexual integral mientras que en el sector privado la legislación no tendría que aplicar dichos mandatos legales. A pesar de ello, el Estado tendría la obligación de brindar educación integral a través de otros medios, generalmente más accesibles. La magnitud de la obligación del Estado para acabar con la discriminación implica evaluar y revisar las leyes y prácticas que contienen componentes explícitamente discriminatorios tales como las regulaciones que brindan información v servicios de anticoncepción a mujeres y niñas dependiendo de su estado civil y/o consentimiento del marido (discriminación directa) o leyes que aunque parecen ser neutrales tienen efectos discriminatorios<sup>32,33</sup>.

De hecho, algunas leyes aparentemente "neutrales respecto al género" pueden constituir discriminación contra las mujeres de todo tipo, incluyendo a las mujeres transgénero; por ejemplo, cuando un Estado fracasa en brindar los servicios requeridos exclusivamente para las mujeres y no solo en el suministro de servicios de salud reproductiva<sup>20,38</sup>.

La meta de la no discriminación no implica únicamente el objetivo de la igualdad formal, en el cual todos los Estados tratan a todas las personas de igual manera y se concentra en la igualdad de normas, sino que busca la *igualdad sustantiva*, la que pueda requerir que se trate a personas en distintas situaciones de forma diferente<sup>35</sup>. La prueba de la igualdad sustantiva reside en sus resultados: por ejemplo, si las personas en situaciones diferentes (como en el caso de las personas transgénero

o de personas que viven con una discapacidad) pueden acceder a recursos, participar y tomar decisiones en la vida pública y privada en igualdad, con la misma capacidad para influenciar los resultados v. en general, gozar de todos los derechos disponibles. Cualquiera de las medidas que tomen los Estados para lograr la igualdad sustantiva está sujeta a una evaluación en derechos humanos con la finalidad de asegurar que no sean arbitrarios o discriminatorios y que estén alineados con los principios de autonomía, respeto a la diversidad v sin estereotipos de género o raza. Un ejemplo sería determinar cómo, y en qué circunstancias las mujeres embarazadas son tratadas de forma diferente a las mujeres no embarazadas y a los hombres<sup>29</sup>. Otro ejemplo es la noción de que el fracaso para adaptarse razonablemente a formas reconocibles de diferencia, tales como discapacidad, podría funcionar en sí misma como una forma de discriminación<sup>39</sup>.

Las obligaciones de los Estados incluyen no solo evitar acciones discriminatorias sino también realizar acciones afirmativas para eliminar obstáculos y reparar legados históricos de desigualdad. En tales circunstancias, no están prohibidas las "discriminaciones positivas" como medidas especiales temporales. La legislación reparadora o las medidas administrativas llamadas "medidas especiales temporales", son permitidas en muchos tratados internacionales de derechos humanos y en muchas leves nacionales. No son solo permitidas como un elemento de igualdad, sino que pueden ser necesarios para asegurar derechos iguales, incluyendo derechos de salud sexual de un grupo históricamente desfavorecido, como lo son las mujeres de un grupo étnico específico o las refugiadas. Las leyes que brindan este tipo de trato no son consideradas discriminatorias, siempre y cuando su relevancia sea continuamente evaluada40.

#### Respetar, proteger, cumplir

Las normas de derechos humanos establecen claramente que los Estados tienen tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y cumplir los derechos<sup>20,21,41</sup>. Un ejemplo de la obligación de respetar derechos en el contexto de la salud sexual sería adoptar leyes y otras medidas, que aseguren que la policía, como agentes del

Estado no pueda acosar o abusar de individuos que se vistan o comporten de forma que no cumpla con sus mandatos de género. Otro ejemplo sería una ley que elimine la obligación de las mujeres casadas a recibir la autorización de sus maridos para acceder a servicios de planificación familiar.

Bajo la obligación de proteger, los Estados deben elaborar leves y políticas que brinden completa protección contra acciones o prácticas que hacen que algunas personas accedan a menos igualdad que otras. Esto incluye, por ejemplo, reformar las leves que no logran proteger de igual manera a todas las personas frente a casos de agresión sexual como, por ejemplo, las leves que no incluyen a las mujeres agredidas dentro del matrimonio o a los hombres como víctimas potenciales de agresiones sexuales o asegurándose que las leves no determinen que las trabajadoras sexuales son menos dignas de protección frente a violaciones sexuales que el resto de las mujeres. Esto incluye también la promulgación de leyes que eliminen los obstáculos para que las personas accedan a información precisa y diversa sobre la sexualidad en los medios o la promulgación de leyes que no solo clasifiquen la violación sexual de hombres como delito penal procesable, sino que también aseguren que las víctimas accedan a los servicios adecuados. En estos contextos, si bien el derecho penal es parte, no es por sí solo suficiente para dar una respuesta adecuada de la promoción de derechos.

Los ejemplos de *cumplimiento* de derechos con relación a la sexualidad y la salud, incluyen asignar recursos significativos a la mejora de la salud sexual; por ejemplo, financiando campañas públicas de educación sobre el respeto a personas con diversas orientaciones sexuales e identidades y expresiones de género, o creando marcos legales que permitan que la sociedad civil se organice, eduque y proteja a los individuos contra abusos sexuales dentro del ámbito familiar.

#### Diligencia debida

El concepto de diligencia debida, mediante el cual el Estado es responsable de respetar, proteger y cumplir los derechos, funciona como una norma de revisión para los Estados en su

deber de asegurar el cumplimiento de derechos en general. Dado que los Estados tienen la misión de proteger a las personas, son estos los responsables si fracasan en la prevención de violaciones por parte de actores no estatales bajo condiciones específicas. En el contexto de la salud sexual donde, por ejemplo, la discriminación o la violencia impiden que algunos individuos puedan hacer valer sus derechos sobre una base de igualdad con otros, esto puede ser de importancia vital. De acuerdo al principio de diligencia debida, los Estados deben prevenir, investigar v castigar los actos que afecten cualquiera de los derechos reconocidos bajo la legislación internacional de derechos humanos. Los Estados están obligados a establecer mecanismos nacionales para la aplicación práctica y la supervisión de estas leves, así como de asegurar la existencia de reparaciones integrales frente a la violación de estos principios.

El principio de diligencia debida ha sido explícitamente incorporado a los principios de las Naciones Unidas, tales como la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, que proclama que los Estados deben "ejercer la diligencia debida para prevenir, investigar y, de acuerdo a la legislación nacional, castigar los actos de violencia contra la mujer, ya sea que dichos actos sean perpetrados por el Estado o por personas particulares" 22,44.

Los organismos de derechos humanos están utilizando el concepto de diligencia debida cada vez con mayor frecuencia, como medida para evaluar la inacción del Estado cuando enfrenta la discriminación, la exclusión y la violencia ejercida por actores privados. Se está aplicando gradualmente el principio de diligencia debida de forma más generalizada a la violencia sexual y de género, a la violencia doméstica y a las violaciones sexuales dentro de la comunidad<sup>43-47</sup>. Esto incluye no solo al derecho penal, sino también a las acciones preventivas positivas, tales como ponerle fin a los estereotipos de género en su conjunto v en el contexto de la prestación de servicios de salud a poblaciones marginadas<sup>19</sup>.

#### La realización progresiva de los derechos

El principio de la realización progresiva reconoce que ningún Estado estará en posición

de cumplir todos los derechos de inmediato y por completo. Por ejemplo, las cuestiones financieras, técnicas y logísticas que deben ser abordadas para tener un sistema de salud que funcione satisfactoriamente y, por lo tanto, cumpla con el derecho a la salud, evolucionan constantemente y siempre pueden mejorarse. Esta regla dictamina que las medidas para la realización completa de esos derechos, incluvendo los derechos relacionados a la sexualidad y la salud sexual, deberán ser deliberadas, concretas y con objetivos marcados lo más claramente posible, para que el Estado cumpla con sus obligaciones en materia de derechos humanos, "en la medida que se lo permitan sus recursos disponibles" 21,48. Por lo tanto, requiere que todos los países evidencien esfuerzos concretos para avanzar hacia la realización total de los derechos en función de sus posibilidades y sin retrocesos deliberados. El principio de "no regresión" complementa al principio de realización progresiva. La regresión implica retroceder sobre decisiones y compromisos acordados, lo que no está permitido bajo ninguna circunstancia, intencional o no intencional. El principio de realización progresiva incluye la adopción de medidas legislativas y la provisión de reparaciones judiciales, así como medidas administrativas, financieras, educativas y sociales<sup>21,43</sup>.

En este contexto, la comunidad internacional distingue entre la incapacidad y la falta de voluntad de un Estado para cumplir con sus obligaciones. Inclusive si se encuentran en una situación de incapacidad material o estructural, los Estados deben avanzar en forma sostenida hacia el logro de los hitos y objetivos pactados. Sin embargo, un número limitado de derechos son de efecto inmediato, tal como lo es el derecho a que se garantice adecuadamente que las leyes no sean discriminatorias. Por ejemplo, no se le puede negar a nadie la protección legal frente a la violencia o a la discriminación por razones de su sexualidad, independientemente de su estatus de ciudadanía. Ello implica que las/los solicitantes de asilo, refugiados/as, trabajadores/as migrantes y otras personas, que puedan encontrarse en el territorio o estar sujetas a la jurisdicción del Estado, deben estar protegidas. Por otro lado, las obligaciones de brindar vivienda o servicios de salud, están sujetas a la realización

progresiva, siempre y cuando el Estado tome medidas concretas y no discriminatorias para llegar a todas las personas que se encuentran dentro de sus fronteras<sup>21,30</sup>.

La norma de "recursos disponibles" que se aplica cuando se evalúa si un Estado ha cumplido con su deber de realización progresiva también incluye lo que se ha recibido a través de la asistencia y cooperación internacionales. Por lo tanto, el deber del Estado de cumplir los derechos bajo el principio de realización progresiva se evalúa en el contexto de todo el financiamiento disponible, ya sea que este provenga de ayuda multilateral y bilateral o de financistas privados, y se aplica también a los países más ricos con relación a la ayuda que brindan más allá de sus fronteras<sup>21,49</sup>.

#### **Participación**

Según la legislación internacional en materia de derechos humanos v, en concordancia con los acuerdos consensuados, los Estados tienen la obligación de asegurar la participación activa e informada de los individuos en la toma de decisiones que los afectan, incluyendo las cuestiones relacionadas a su salud21,50-52. La participación de las poblaciones afectadas en todas las etapas de la toma de decisiones, y la implementación de políticas y programas, ha sido reconocida como un pre-requisito del desarrollo sostenible<sup>53-55</sup>; existe una sólida evidencia que demuestra la asociación entre la participación de las poblaciones afectadas y los resultados positivos en materia de salud<sup>56,57</sup>. Cuando las poblaciones afectadas forman parte del desarrollo de programas y políticas, sus necesidades de salud y derechos humanos se abordan de mejor manera<sup>58</sup>.

La participación de las comunidades puede ser variada, desde casos en que estas se unen para planear estrategias frente a las prioridades locales hasta la presentación de propuestas de las comunidades para la salud sexual y reproductiva, o de los movimientos sociales para abogar por un cambio en la política nacional. La participación también incluye que las personas, comunidades u organizaciones comunitarias se involucren en el diseño, implementación, manejo o evaluación de sus sistemas o servicios de salud comunitarios, inclusive con relación a la salud sexual y reproductiva<sup>59</sup>. Las

diferenciaciones de poder basadas en el alfabetismo, idioma, clase social u otros factores que podrían excluir a los más afectados por las decisiones tomadas, tales como mujeres y niñas, han sido corregidas generalmente al promoverse significativamente la activa participación de estas.

La incapacidad de las poblaciones afectadas -tales como las trabajadoras sexuales v las víctimas de violencia- para participar en la elaboración y evaluación de leyes que afectan su salud sexual es en igual medida causa v consecuencia de discriminaciones continuas v de una constante o creciente exposición a la violencia v enfermedad. Por ejemplo, algunos países impiden legalmente que las asociaciones o grupos de trabajadores que se identifican como transgénero, lesbianas u homosexuales o trabajadoras sexuales se registren; otros promulgan leyes que penalizan su discurso. Todas estas medidas afectan la capacidad que tienen esas personas para trabajar contra la violencia o de prevenir el VIH y otros temas de gran importancia para la salud sexual. Tanto a nivel internacional como regional, los tribunales y organismos de derechos humanos han declarado que este tipo de leyes restrictivas son una violación a los derechos fundamentales de expresión, asociación y protección frente a la discriminación. En estas decisiones se afirma el principio básico de asegurar los derechos de participación en la sociedad<sup>60-63</sup>. Por ejemplo, cuando el Tribunal Europeo de Derechos Humanos señaló que se le debe permitir a las organizaciones LGBT marchar y hacer manifestaciones, se estaban defendiendo los principios subvacentes de participación cívica para todas las personas a través de las disposiciones de la Convención Europea para la asociación, así como para la no discriminación<sup>64</sup>.

#### Límites permisibles a los derechos

Desde que se adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, se ha entendido que, en lo que respecta al ejercicio de sus derechos y al disfrute de sus libertades, "toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del

orden público y del bienestar general en una sociedad democrática"<sup>65</sup>. La cuestión crítica es siempre cómo evaluar si un estado ha logrado el equilibrio adecuado entre derechos e intereses cuando promulga normas que limitan alguna acción, declarando que su objetivo es proteger los derechos de los demás.

Algunos derechos, tales como la protección contra la tortura, el derecho a ser libres de esclavitud, y la libertad de la privación arbitraria de la vida, no pueden nunca verse restringidos por el Estado, bajo ninguna justificación<sup>66</sup>.

Sin embargo, algunos tratados de derechos humanos tienen disposiciones que permiten que una pequeña lista de derechos sea suspendida temporalmente en caso de emergencias que amenacen la vida de una nación, pero aun la suspensión ("derogación") de estos derechos no puede darse de manera discriminatoria<sup>66</sup>. Además, hay algunos derechos que tienen cláusulas generales limitantes en los textos de los tratados: por ejemplo, algunos derechos a la libre asociación podrían suspenderse para proteger la salud de la población en general, pero la evolución de la jurisprudencia ha dejado en claro que esta excepción será analizada detalladamente, pues deberá probarse que la restricción se basa en evidencias de salud pública y que no discrimina innecesariamente a algunos grupos poblacionales. Un caso importante, que fue juzgado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ha sido el derecho a la libertad de movimiento de un hombre seropositivo que había sido restringido, sosteniendo que las medidas obligatorias (aislamiento forzado) al que lo sometieron no se podían justificar con el argumento de la preocupación del Estado sobre las futuras prácticas sexuales del hombre<sup>67</sup>.

Es un principio general que la mayoría de derechos pueden ser expresados solo hasta el punto en que su expresión impida que alguien más goce de un derecho<sup>68,69</sup>. Por ejemplo, los derechos al lenguaje sexual podrán estar sujetos a restricciones de momento, lugar y forma apropiados<sup>70</sup>. Las fundamentaciones de "salud" y "moral" han sido invocadas con regularidad por los Estados para justificar la imposición de leyes que limitan a los individuos, generando impactos serios en su salud sexual. Estas leyes incluyen aquellas que limitan la expresión y asociación de algunos grupos poblacionales,

tales como el de las trabajadoras sexuales o las de personas transgénero; leves que penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo u otros actos sexuales consentidos y leves que prohíben algunos tipos de información sobre salud sexual v reproductiva. Sin embargo, hay principios humanos claves que demuestran que si se evoca la "moral" o la "salud" con el fin de limitar el disfrute de derechos humanos, estos deben darse en situaciones estrictamente necesarias y no pueden ser aplicadas de forma arbitraria o discriminatoria. La decisión Toonen de 1994, mencionada anteriormente, fue un caso precedente que puso en evidencia que ningún alegato sobre moral o "salud" (para la prevención del VIH) presentado por un Estado podía ser por sí solo suficiente para proteger las acciones del Estado de una evaluación sobre discriminación en el marco del PIDCP. Hay casos antiguos y recientes que han dejado en claro que desaprobar la homosexualidad o percibir que la información sobre identidad sexual es "obscena" no son fundamentos suficientes para la censura o negación de derechos de expresión y asociación<sup>60,71,72</sup>

#### El derecho a la reparación y compensación

La legislación internacional en materia de derechos humanos y muchas leyes constitucionales señalan que una de las obligaciones básicas de los Estados es brindar reparaciones efectivas frente a las violaciones de los derechos humanos, sin importar que el perpetrador sea un actor estatal o no<sup>73,29</sup>. No hay una regla general para determinar qué es una reparación efectiva, pero deberá incluir un debido proceso y ser proporcional, lo que significa que el castigo y la compensación deberían ser iguales y no mavores a la naturaleza y la gravedad del daño. Además, para que sea significativo, el Estado deberá mostrar que ha tomado medidas para asegurar que la misma violación no vuelva a ocurrir. Esta acción, llamada "garantías de no repetición", es también un aspecto crítico para las futuras reparaciones<sup>65,66,74-80</sup>. Las garantías deberán ser tales que se pueda ver un verdadero cambio en las prácticas del Estado que conlleve efectivamente a prevenir las violaciones.

En el contexto de la sexualidad y la salud sexual, el derecho a una reparación efectiva incluye una solución que responda a los aspectos sexuales y de género del daño ocasionado<sup>42</sup>. Por ejemplo, si a las mujeres solteras se les niega legalmente el acceso a la planificación familiar, una reparación efectiva debería incluir cambios en la ley que garanticen el acceso a información y servicios de planificación familiar, independientemente del el estado civil.

## Derechos legales específicos para menores de 18 años

De acuerdo a la legislación internacional en materia de derechos humanos, las personas menores de 18 años tienen derecho a todo el conjunto de derechos humanos; sin embargo, las obligaciones legales específicas de los Estados para con los jóvenes cambian cuando estos cumplen 18 años. A esta edad, todas las personas pueden hacer valer sus derechos de acuerdo a los derechos humanos fundamentales, tratados, constituciones y leyes nacionales. Es importante destacar las diferencias entre el régimen legal que rige los derechos de los menores de 18 años y las categorías de salud pública/programática, que incluyen a adolescentes y jóvenes entre las edades de 15 y 24.

Las distinciones que se hacen con base en la edad y que tienen que ver con apoyar los derechos de las personas menores de 18 años no son consideradas como discriminación. Existen normas específicas de derechos humanos que brindan orientación sobre cómo las personas menores de 18 años pueden acceder significativamente a sus derechos y gozar de ellos, incluvendo las Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño con relación a la salud de los y las adolescentes<sup>22,76,81,82</sup>. La aplicación de los principios de los derechos humanos a la infancia se basa en la noción de que la capacidad de pensar y actuar por uno mismo es un proceso evolutivo: a medida que niñas y niños crecen aumenta su capacidad de eiercer sus derechos. El sistema de los derechos humanos reconoce esto al equilibrar el poder de los padres, tutores y del Estado, por encima de los derechos del niño, aumentado los poderes del niño o la niña a medida que crece y disminuyendo el poder y las responsabilidades del Estado y de los padres con el correr del tiempo<sup>22,76,81,82</sup>.

La clara línea que marca los 18 años para la mayoría de edad no significa que todas las personas menores de 18 años sean tratadas de igual manera. El artículo 5 de la Convención de los Derechos del Niño enfatiza que la capacidad evolutiva de los niños y niñas debería ser el principio rector para ayudarles a que ejerzan sus derechos. Significa que se da por entendido que los y las adolescentes mayores tienen más autonomía que los niños más pequeños. Este concepto equilibra el reconocimiento de que niños y niñas son sujetos activos de sus propias vidas, v sujetos de derecho con una autonomía creciente. A la vez, tienen derecho a la protección según su vulnerabilidad. Con relación a la salud sexual, es fundamental que niños y niñas estén protegidos del abuso y de la explotación sexual. Empero, los menores de 18 años también tienen derechos específicos de acceso a la información y servicios con relación a la sexualidad y la salud sexual sin necesitar la autorización de terceros, además del derecho a expresarse y actuar para contribuir a su propio desarrollo<sup>22</sup>.

La jurisprudencia del Reino Unido sobre este tema ha recibido atención y relevancia regional y global. La Cámara de los Lores del Reino Unido estableció que es legal que los doctores brinden orientación sobre anticoncepción y tratamientos a menores sin necesidad de contar con la autorización de sus padres, siempre que se cumpla con algunos criterios<sup>83</sup>. Los criterios mencionados por el juez -que ahora se conocen como las Directrices de Fraser- se usan como principios orientadores para la prestación de servicios a adolescentes en el Reino Unido y en otros foros nacionales, regionales y globales. De acuerdo a estas directrices, es legal proporcionar anticonceptivos y otros tratamientos sin autorización de los padres, si el/ la profesional de salud está convencido/a de que el/la joven entenderá sus consejos profesionales. No se le debe persuadir de informar a sus padres y sí, que por su mayor interés que se le proporciona tanto información como tratamiento anticonceptivo, sin necesidad del consentimiento de sus padres84.

La legislación en materia de derechos humanos también exige que la ley no haga distinciones sobre la base de los estereotipos de género entre niñas y niños o que los establezcan de tal manera que impidan la expresión

de la diversidad de género o las decisiones sobre orientación sexual de las personas jóvenes. Los estereotipos de género no deben ser la base para determinar los derechos relacionados a la sexualidad: la edad mínima para casarse, por ejemplo, debería ser la misma (18 años); y aunque la edad del consentimiento sexual pueda ser menor que la edad para casarse, debe ser la misma en chicos y chicas, tanto para relaciones heterosexuales como para relaciones entre personas del mismo sexo. La no discriminación con relación a las expresiones de género, de sexo, de identidad de género v orientación sexual también son aplicables a los sujetos cuvos derechos están en evolución: es decir, los menores de 18 años<sup>22,30</sup>.

#### Conclusión

La legislación en materia de derechos humanos no es ni estática ni una ley de la selva: evoluciona de acuerdo a reglas muy específicas que guían el desarrollo de todo el derecho internacional y no solo la legislación de derechos humanos. Las nueve reglas de aplicación e interpretación discutidas anteriormente han tenido un papel fundamental en el desarrollo de la estructura actual del derecho nacional e internacional relacionado con los derechos humanos, que apoyan los derechos sexuales y la salud sexual. Se puede decir que esto va mucho más allá que lo que cualquiera de los que elaboraron los tratados en los años 60, 70 v 80 pudieron imaginarse. Así es como debe de ser: la imaginación de quienes elaboraron los tratados no tiene que ser el límite del alcance de la ley. La participación de nuevos denunciantes; nuevas ideas sobre las personas; la interacción de los Estados en los regímenes globales de comercio, conflicto, salud y desarrollo, crean nuevos contextos y aliados en la evolución del entendimiento: ya sea acerca del matrimonio o de la capacidad de las personas jóvenes. Es aquí donde esta guía presenta algunas de las "reglas de tránsito" que pueden ser usadas para alentar a la evolución continua del régimen internacional de derechos humanos con el fin de fomentar la salud y la diversidad sexual.

El régimen actual no es perfecto, se encuentra precisamente en la intersección entre lo posible y lo ideal, con ideas conflictivas de cómo opera el ideal de los derechos humanos. Muchos Estados y otros actores se resisten a la aplicación de estos principios al dinamismo de los derechos y proclaman que los derechos humanos constituyen un catálogo fijo de derechos o que este catálogo no puede ser usado para cambiar sus prácticas nacionales a causa de costumbres ancestrales, o que la sexualidad en particular está exonerada de una evaluación internacional. Como mencionamos en nuestro *Comentario*\* los derechos sexuales

no están exentos de estos cuestionamientos, ni tampoco lo está el proceso que desarrolla derechos sin prejuicios, estereotipos y juegos de poder. Por más que aceptemos los argumentos más conservadores sobre cómo se desarrolla la ley, está claro que *se desarrolla* y que los principios explorados en esta guía han sido parte de este desarrollo. Los derechos sexuales, como componente en evolución de los derechos humanos, son parte de esta evolución de derechos globales: están limitados pero también son libres de moverse en formas medidas que aseguren que todos podamos gozar de nuestros derechos con libertad y dignidad.

#### Referencias

- Hawkes S, Buse K. Sights set on sexual rights in global culture wars: implications for health. The Lancet Global Health Blog, 21 Sept 2015At: http://globalhealth. thelancet.com/2015/09/21/ sights-set-sexual-rights-global- culture-wars-implications-health.
- International Commission of Jurists. Sexual orientation, gender identity and justice: a comparative law casebook. Geneva: ICJ, 2011.
- World Association for Sexual Health. Declaration of sexual rights. http://www.worldsexology.org/resources/ declaration-of-sexual-rights/. 2014Retrieved 30 June 2015.
- Yogyakarta Principles. http://www.yogyakartaprinciples. org/. 2006Retrieved 30 June 2015.
- 5. International Planned Parenthood Federation. Sexual rights: an IPPF declaration. London: IPPF, 2006.
- WHO. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization, 2015.
- 7. WHO. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: WHO, 2010.
- 8. Gender Expression, Gender Identity and Sex Characteristics Act. Malta, 2015.
- United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean [UNECLAC]. Montevideo: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, August 15 2013.
- International Criminal Court Assembly of States Parties. Elements of crimes. The Hague, International Criminal Court, 2011, 2010. (Official Records ICC– PIDS-LT-03-002/11\_Eng).
- European Court of Human Rights. C.R. v. the United Kingdom (para. 42). Application nos 20166/92 and

- 20190/92, decided 22 November 1995. Strasbourg: European Court of Human Rights, 1995.
- European Court of Human Rights. M.C. v Bulgaria.
   Application nos 39272/98, decided 4 December 2003.
   Strasbourg: European Court of Human Rights, 2003.
- HRC. Views on Communication No. 488/1992: Toonen v. Australia. Geneva: United Nations Human Rights Committee, 1994. (UN Doc CCPR/ C/50/D/488/1992).
- Kismödi E, Cottingham J, Gruskin S, Miller AM. Advancing sexual health through human rights: the role of the law. Global Public Health, 2015;10(2):252–267.
- Commonwealth of Australia. Human rights (sexual conduct) Act, No. 179, 1994. An Act to implement Australia's international obligations under Article 17 of the International Covenant on Civil and Political Rights. Canberra: Australian Government, 1994.
- 16. United Nations. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. In: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York: United Nations, 2011 (UN Doc. A/HRC/19/41).
- Republic of Fiji High Court. Nadan and McCoskar v State. [2005] FJHC 500. Suva: Republic of Fiji, 2005. Decided on 26 August 2005.
- Republic of South Africa. Constitutional Court.
   National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Another v. Minister of Justice and Others. Case CCT 11/98, 1998. Decided 9 October 1998.
- CEDAW. L.C. v. Peru. New York: United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2011. CEDAW/C/50/D/22/2009.

<sup>\*</sup> pp. 34 - 44 de este número.

- CEDAW. General Recommendation No. 24: Women and health. New York: United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 1999. (UN Doc A/54/38).
- 21. CESCR. General Comment No.14: The right to the highest attainable standard of health. New York: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000. (UN Doc E/C.12/2000/4).
- 22. CRC. General Comment No. 15: The rights of the child to the highest attainable standard of health. New York: United Nations Committee on the Rights of the Child, 2013. (UN Doc CRC/C/GC/15).
- Roseman M, Miller A. Normalizing sex and its discontents: establishing sexual rights in international law. Harvard Journal of Law & Gender. 2011:34:2.
- 24. CEDAW. General Recommendation No. 19: Violence against women. New York: United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 1992. (Contained in UN Doc A/47/38).
- Constituica Da Republica PortuguesaConstitution of the Portuguese Republic. Article 67 s. 2, 1976. (in Portuguese).
- 26. Portugal. Lei n.º 3/84, de 24 de Março, Educação sexual e planeamento familiar (Law 3/84 on sexual education and family planning). 1984; and Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, Estabelece o regime de aplicação da educação sexual emmeio escolar (Law 60/2009 on sexuality education), 2009.
- Supreme Court of India. National Legal Services
   Authority v. Union of India & Ors. 2012. [Writ Petition (Civil) No. 400 of 2012 ('NALSA')].
- UNFPA. Human rights principles. UNFPA website:. http://www.unfpa.org/fr/node/9206#sthash.kvmP-DzH7. dpufRetrieved 3 July 2015.
- 29. CEDAW. General recommendation No. 28: Core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. New York: United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, 2010. (UN Doc CEDAW/C/GC/28).
- CESCR. General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights. New York: United Nations, 2009. (UN Doc E/C.12/GC/20).
- WHO. Closing the Gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- 32. WHO. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OH-CHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Geneva: World Health Organization, 2014.

- HRC. General Comment No. 18: Non-discrimination. New York: United Nations Human Rights Committee, 1989.
- 34. OAS. General Assembly Resolution: Human rights, sexual orientation and gender identity. Washington DC: Organization of American States, June 3 2008. (OAS Doc AG/RES.2435 (XXXVIII-0/08)).
- OAS. General Assembly Resolution: Human rights, sexual orientation and gender identity. Washington DC: Organization of American States, 4 June 2009. (OAS Doc. AG/RES.2504(XXXIX-0/09).
- OAS. Human rights, sexual orientation and gender identity. Resolution AG/RES. 2653 (XLI-O/11). Washington DC: Organization of American States, 2013.
- 37. Council of Europe. Protocol No. 12 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. (ETS NO. 177) Strasbourg: Council of Europe, 2000.
- 38. CESCR. General Comment No. 16: The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights. New York: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2005. (UN Doc. E/C. 12/2005/4).
- 39. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations, 2006. Adopted 13 December 2006, entered into force 3 May 2008 (UN Doc A/RES/61/106, 2515 UNTS 3).
- 40. CEDAW. General recommendation No. 25, on article 4, paragraph 1, of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, on temporary special measures. New York: United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2004.
- 41. Commission on Human Rights. Report of the United Nations Special Rapporteur on the right to food, Jean Ziegler. Geneva: United Nations Commission on Human Rights, 2006. (UN Doc. E/CN.4/2006/44).
- United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women. New York: United Nations, 1993. (UN Doc A/RES/48/104).
- European Court of Human Rights. Kontrová v. Slovakia. Application no. 7510//04. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2007.
- European Court of Human Rights. Opuz v. Turkey. Application no. 33401/02. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2009.
- European Court of Human Rights. BrankoTomašic and Others v. Croatia. Application no. 46598/06.
   Strasbourg: European Court of Human Rights, 2009.
   Decided on 15 January 2009.

- 46. Inter-American Commission on Human Rights. Jessica Lenahan (Gonzales) et al. v. United States. In: Report No. 80/11, Case 12.626. Washington DC: Inter-American Court on Human Rights, 2011 Decided on 21 July 2011.
- 47. Inter-American Court of Human Rights. Caso González y otras ("Campo algodonero") v. México (Excepciónpreliminar, fondo, reparaciones y costas). Washington DC: Inter-American Court on Human Rights, 2009.
- 48. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations, 1966. (A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3).
- 49. Bueno de Mesquita J, Hunt P. International assistance and cooperation in sexual and reproductive health: a human rights responsibility for donors. Colchester: University of Essex Human Rights Centre, 2008.
- United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW).
   New York: United Nations, 1979. Article 7 (b).
- United Nations. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations, 1994.
- CEDAW. General Recommendation No. 23: Political and public life. New York: Committee on Elimination of forms of Discrimination Against Women, 2007.
- UNDP. Investing in Development. A practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. New York: United Nations Development Programme, 2005.
- 54. United Nations Development Group. The human rights based approach to development cooperation: towards a common understanding among UN agencies. At: http://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-unagencies. 2003(Accessed 1 May 2014).
- 55. United Nations Secretary-General. Global strategy for women's and children's health. New York: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health and the United Nations Secretary-General, 2010.
- 56. Ferguson L, Halliday E. Participation and human rights: impact on women's and children's health. What does the literature tell us? In: Women's and Children's Health: Evidence of impact of human rights. Geneva: World Health Organization, 2013.
- WHO. Women's and Children's Health: Evidence of impact of human rights. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 58. Potts H. Participation and the right to the highest

- attainable standard of health. Colchester: University of Essex, Human Rights Centre, 2008.
- 59. OHCHR. For concise summary see: What are human rights? United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. At: http://www.ohchr.org/en/ issues/ Pages/WhatareHumanRights. aspx(Accessed 1 May 2014).
- HRC. Fedotova v. Russian Federation. Communication No. 1932/2010. New York: United Nations Human Rights Committee, 2012.
- 61. United Nations. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover. New York: United Nations, 2010. (UN Doc. A/HRC/14/20).
- 62. Bedford v Canada (AG) 2013 SCC 72, 3 SCR 1101, 2013 [Supreme Court of Canada, published 2013].
- UNDP. Discussion paper: Transgender health and human rights. New York: United Nations Development Programme, 2013.
- 64. European Court of Human Rights. Baczkowski and Others v Poland. Application no. 1543/06. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2007.
- 65. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations, 1948. (UN Doc. A/RES/3/217A).
- United Nations. International Covenant on Civil and Political Rights. New York: United Nations, 1966. (UN Doc A/6316, 999 U.N.T.S. 171).
- 67. European Court of Human Rights. Kiyutin v Russia App no 2700/10. European Court of Human Rights, March 10 2011.
- 68. United Nations. The Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights. New York: United Nations Economic and Social Council, 1985. (U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex).
- HRC. General comment No. 22: The right to freedom of thought, conscience and expression. New York: United Nations Human Rights Committee, 1993. (UN Doc CCPR/ C/21/Rev1/Add4).
- European Court of Human Rights. KAOS G.L. v. Turkey. Application no. 4982/07. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2007.
- European Court of Human Rights. Handyside v. the United Kingdom. Application no. 5493/72. Strasbourg: European Court of Human Rights, 1976. Decided on 7 December 1976.
- European Court of Human Rights. Alekseyev v. Russia. Application nos. 4916/07, 25924/08 and

- 14599/09. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2010. Decided on 21 October 2010.
- HRC. General Comment No. 31: The Nature of the General Legal Obligation Imposed on States Parties. New York: United Nations Human Rights Committee, 2004. (UN Doc CCPR/C/21/Rev.1/Add.13).
- United Nations. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. New York: United Nations, 1965. (UN Doc. A/6014).
- United Nations. Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. New York: United Nations, 1984. (UN Doc. A/39/51).
- 76. United Nations. Convention on the Rights of the Child. New York: Untied Nations, 1989.
- United Nations. International Convention on the Rights of Migrant Workers and Their Families. New York: United Nations, 1990.
- 78. Council of Europe. European Convention on Human Rights. Rome: Council of Europe, 1950.
- OAS. American Convention on Human Rights. San José, Costa Rica: Organization of American States, 1969.

- 80. Organization of African Unity. African Charter on Human and People's Rights. Banjul: Organization of African Unity, 1981. (OAU Doc. AB/LEG/67/3 rev. 5).
- 81. CRC. General Comment No. 3: HIV and the rights of the child. New York: United Nations Committee on the Rights of the Child, 2003. (UN Doc CRC/GC/2003/3).
- 82. CRC. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. New York: United Nations Committee on the Rights of the Child, 2003. (UN Doc CRC/GC/2003/4).
- House of Lords. House of Lords, Parliament of the United Kingdom. Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority [1985] 3 All ER 402 (HL), 1985.
- 84. British Medical Association. Gillick competency and Fraser guidelines. Available at: https://www.nspcc.org.uk/British Medical Association. Consent, rights and choices in health care for children and young people. London: BMJ Publishing Group, 2001.
- 85. Sexual health, human rights and the law. Reproductive Health Matters, 2015;23(46):193–195.



#### ©2014 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2014;22(44):148-156 0968-8080/11 \$ - see front matter

DOI: 10.1016/S0968-8080(14)44809-2



#### COMENTARIO

## ¿Puede usarse una ley restrictiva con fines de protección? El efecto de las leyes sobre límite de edad en el acceso de las y los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva

Elizabeth Yarrow a, Kirsten Anderson b, Kara Apland C, Katherine Watson d

- a. Investigadora Titular, Coram Children's Legal Centre, Londres, Reino Unido. Correspondencia: elizabeth. varrow@coramclc.org.uk
- b. Gerente de investigación y políticas, Coram Children's Legal Centre, Londres, Reino Unido
- c. Investigadora Socio-legal, Coram Children's Legal Centre, Londres, Reino Unido
- d. Consultora independiente sobre derechos y salud sexual y reproductiva, Cairo, Egipto.

**Resumen:** Este artículo explora el propósito, función e impacto de las restricciones legales impuestas a la participación de niños, niñas y personas jóvenes en la actividad sexual y su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Aunque no existe un consenso en cuanto a la edad a la cual es apropiado o aceptable que los niños y personas ióvenes empiecen a tener

relaciones sexuales, la existencia de una edad legal mínima para el consentimiento sexual es casi universal en las jurisdicciones nacionales; muchos Estados han establecido reglas jurídicas que imponen restricciones sobre el acceso independiente de los niños y las personas jóvenes a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual. Este artículo se basa en evidencia y análisis de un estudio reciente realizado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia en colaboración con Coram Children's Legal Centre, en el Reino Unido, que consistió en el mapeo mundial de las leyes relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos e investigaciones exploratorias cualitativas realizadas en el Reino Unido, El Salvador y Senegal entre personas jóvenes y profesionales de la salud. El artículo examina de manera crítica la base social y cultural para estas reglas y argumenta que el concepto jurídico de protección infantil está usualmente fundado en ideas de género respecto a los límites apropiados para los conocimientos y comportamientos en la infancia. Concluye que las leyes que restringen el acceso de los niños a los servicios posiblemente pongan en riesgo a los niños y los jóvenes: negándoles la posibilidad de obtener información, tratamiento y servicios esenciales. © 2016 edición en español, 2014 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: niños, jóvenes, sexualidad, relaciones sexuales, derechos, restricciones legales basadas en la edad, servicios de salud sexual y reproductiva, edad de libre consentimiento.

¿A qué edad o en qué etapa del desarrollo es apropiado que los niños y personas jóvenes\*

"niños" que se refiere a las personas de hasta 18 años de edad (ver ej. artículo 1 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niños) y la definición de 'personas jóvenes' que adoptó la OMS refiriéndose a las personas de 15 a 24 años. Ambas definiciones son ampliamente usadas en derecho y en políticas.

<sup>\*</sup> Utilizamos el término "niños y personas jóvenes" para referirnos a las personas de hasta 24 años de edad conforme con la definición legal internacionalmente reconocida de

comiencen a tener relaciones sexuales? Esta pregunta quizás caiga en un lugar común pero la respuesta es fuertemente cuestionada, específicamente si está ligada al contexto v encubierta por una niebla plagada de profundas controversias. Mientras que en algunos contextos la expresión sexual puede ser vista como un aspecto normal y hasta valioso del desarrollo de una persona joven, en otros puede ser restringida, desalentada y hasta condenada. A menudo estas dos formas de verla coexisten, de modo que las personas jóvenes deben sortear una variedad de identidades sexuales ambivalentes y en conflicto entre sí. Tal como expresó recientemente un adolescente en Irlanda del Norte, las personas jóvenes pueden ser "maltratadas por ser vírgenes" a la vez que se les alienta a mantener la abstinencia sexual hasta el matrimonio1.

La "infancia" como categoría conceptual a menudo se concibe como un período de inmadurez sexual e inocencia. La falta de conocimiento y experiencia sexual es parte de lo que se piensa que distingue a los niños de los adultos y los pone en dos categorías distintas de personas². La Dra. Stevi Jackson ha enfatizado en el poderoso discurso social que "los niños y las relaciones sexuales deben mantenerse separados" y la antropóloga Barrie Thorne ha explorado cómo específicamente "la sexualidad femenina (...) activamente asociada con los niños tiene connotaciones de peligro y situación de riesgo"<sup>3,4</sup>.

En muchas culturas y a lo largo de gran parte de su historia, la institución del matrimonio ha sido vista como la que marca fundamentalmente el límite de la transición de una persona, de la infancia a la adultez, así como de su paso de la virginidad a la madurez sexual. Ese ha sido el caso especialmente para mujeres y niñas<sup>5</sup> lo que refleja una visión en la cual la sexualidad está ligada tanto al género como a la edad<sup>6</sup>. Significativamente, las interpretaciones ligadas al género y a la edad de la sexualidad no son solo cuestiones v normas culturales v sociales; también son un asunto legal. Casi todos los Estados del mundo han establecido una edad legal mínima para el libre consentimiento sexual; esto es, una edad establecida, antes de la cual cualquier niño o niña es considerado incapaz de dar su consentimiento para la actividad sexual.

Este artículo se basa en la evidencia brindada por el análisis de un estudio reciente que llevó a cabo la Federación Internacional de Planificación Familiar en colaboración con el Coram Children's Legal Centre del Reino Unido que realizó un mapeo global de las leves relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos y con las investigaciones exploratorias v cualitativas del Reino Unido, El Salvador v Senegal entre personas jóvenes y proveedores de servicios de salud. También recoge información de artículos publicados sobre infancia, juventud v la sexualidad v su reglamentación legal. El material se utilizó para recabar hallazgos teóricos más amplios de investigaciones cualitativas, empíricas y legales.

## La reglamentación legal de la sexualidad infantil: la edad legal del libre consentimiento sexual

Establecer una edad mínima legal para el libre consentimiento sexual es una de las muchas formas en que los gobiernos procuran negociar una tensión fundamental, que es precisamente la esencia de los discursos contemporáneos relacionados con la naturaleza de la niñez y el alcance y los límites de los derechos de los niños y niñas. Por un lado, se encuentran los niños como sujetos de derecho, con capacidad y autonomía; por otro lado, constituyen un grupo subordinado, definido por su dependencia y necesidad de protección. De hecho, por definición, los niños no poseen la totalidad de los derechos civiles que van asociados a la personalidad jurídica, que solo son otorgados a los individuos que han alcanzado una cierta edad: la mayoría de edad, generalmente establecida en 18 años.7 Matthew Waites alega que las leyes sobre la edad de libre consentimiento contribuyen a definir el concepto de ciudadanía y constituyen un intento de lograr "un difícil equilibrio entre los derechos de los niños a ser protegidos y el derecho a la autodeterminación de los adultos" [el énfasis es nuestro].8

Las leyes que prohíben las relaciones sexuales antes de una cierta edad tienden, por lo tanto, típicamente, a un fin protector: preservar la naturaleza especial de la infancia; proteger a los niños de la explotación sexual, de ser corrompidos por los adultos y de los riesgos de generarles los daños físicos y mentales que ello conllevaría. Ello se refleja en el hecho de que las leyes sobre la edad de libre consentimiento se incluyen generalmente en la legislación penal de los Estados con relación a los delitos sexuales, que establecen que tener relaciones sexuales con niños menores de cierta edad es legalmente una violación con acceso carnal ilícito o pedofilia.<sup>9</sup>

Hoy en día la existencia de una edad mínima legal para el consentimiento sexual es casi universal en todas las jurisdicciones nacionales (aunque no siempre se expresan como un número discreto y único), además de estar incluidas en la legislación internacional en materia de derechos humanos<sup>8,10</sup>. Si bien dicha legislación internacional sobre derechos humanos exhorta a los Estados a establecer una edad legal para el consentimiento sexual, internacionalmente no se ha acordado todavía un principio que norme cuál debería ser la edad mínima del consentimiento, puesto que esta va desde edades tan precoces como los 12 años en países como Filipinas y México hasta edades tan avanzadas como los 21 en Camerún.9 En algunos sistemas legales, como lo son algunas de las variantes de la aplicación de la ley de Sharia, la edad cronológica de una persona podría ser considerada menos importante que su edad de desarrollo físico. 11 Es más, en muchos contextos legales no hay una edad específica establecida para el consentimiento sexual, per se, sino que un individuo solo tiene la capacidad legal de dar su consentimiento en el contexto del matrimonio.9 Significativamente, es muy común que los Estados establezcan edades legales de consentimiento para individuos casados que no son las mismas que asignan a los solteros; también difieren si son para niños o para niñas y cuando se refieren a relaciones y actos sexuales específicos.9

Si bien existe muy poco consenso sobre qué edad debería definirse como la edad adecuada para el consentimiento sexual, lo que sí parece tener un carácter más universal es la noción de que la sexualidad juvenil y la infantil son cuestiones que deben ser reglamentadas legalmente y que existe, por lo menos, un umbral mínimo, debajo del cual las actividades sexuales que involucren a niños o personas jóvenes se consideren problemáticas y, por lo tanto, queden sujetas a la prohibición y control del Estado. <sup>11</sup> Más aún, la edad mínima establecida

indica que existe un cierto consenso en torno a la idea de que esta edad mínima no debería jamás fijarse antes de la pubertad, por lo menos. De hecho, cuando las disposiciones sobre la edad de libre consentimiento comenzaron a aparecer en las legislaciones nacionales, tendían a reflejar la llegada de la madurez sexual biológica, pues la mayoría de los estados establecían el límite alrededor de los 12-13 años; ésta era también, típicamente, la edad en que se le permitía legalmente a las personas contraer matrimonio.11 Por lo tanto, la historia de la reglamentación de la actividad sexual por el Estado ha establecido, desde hace mucho, una correlación entre el desarrollo físico/biológico. la reproducción, el matrimonio y la sanción legal de la gestión de la sexualidad y la toma de decisiones.4

Con el paso del tiempo, la edad de libre consentimiento sexual en muchos Estados alrededor del mundo ha ido aumentando gradualmente, rompiendo el lazo entre la pubertad y el consentimiento sexual, y extendiendo el período de tiempo durante el cual un niño o una niña pueda ser físicamente capaz de reproducirse y cuando pueda empezar a tener relaciones sexuales legalmente.<sup>11</sup>

Como resultado de los fuertes cambios en la dieta, la nutrición, la salud y el clima, en muchos lugares del mundo existen (aún como tema en discusión) evidencias de que la edad promedio del inicio de la pubertad está disminuyendo. Al mismo tiempo y más significativamente, la edad considerada mayoría de edad aumenta constantemente a medida que las personas jóvenes tienden a retrasar el matrimonio, a permanecer más tiempo en la etapa de la educación y por ende, buscan trabajo y acumulan ingresos y recursos a una edad mayor.6 Es por ello que mientras en las sociedades 'tradicionales' la transición de la niñez a la adultez solía ser rápida y distinta, en el actual contexto de creciente urbanización, de desarrollo económico y globalización, la etapa denominada juventud se ve envuelta en una imprecisa capa gris, en la cual una persona ya no es niña pero tampoco es completamente adulta. Dicha etapa emerge actualmente con el peso de una categoría social significativa<sup>6</sup>, que representa un desafío para las instituciones legales y políticas constituidas que históricamente le habían prestado poca atención a la juventud en tanto división o clase distinta.

Sin embargo, la prohibición de la actividad sexual previa a que el joven sea aceptado como adulto, se afirma en preocupaciones sobre el cuerpo y en ideas acerca de la niñez y la falta de madurez sexual que son de una sorprendente elasticidad. Incluso en contextos donde la edad del libre consentimiento sexual está fijada en el nivel más alto del espectro (18-21 años) es posible llegar a enseñarles a las personas jóvenes a abstenerse de tener relaciones sexuales porque "sus órganos sexuales aún no han crecido lo suficiente". 12 A pesar de que la edad de la pubertad física tiene cada vez menos peso, ya que se tiene que definir cuándo una persona está lista para tener relaciones sexuales, y aunque no hay consenso sobre una edad específica en la cual la actividad sexual se considere 'normal, las ideas sobre los límites apropiados para la sexualidad de niños y jóvenes se basan en nociones biológicas: tener relaciones con menores de edad es percibido como poco seguro, porque se piensa que es anormal o antinatural. Esto refleia el poderoso discurso predominante de que la sexualidad es innata y universal, ignorándose el vasto material antropológico que ha intentado documentar cómo el significado social que se le otorga a distintos actos sexuales ha variado ampliamente a través de la historia y en las diversas culturas.4

## Entender el concepto legal de protección con relación a los niños

La idea de que la sexualidad de niños y niñas no es natural está lógicamente asociada a la idea de que es (física y psicológicamente) dañina o perjudicial. Se tiene la imagen de los niños como inocentes sexuales lo que los hace vulnerables a la corrupción.<sup>4</sup> Las actividades sexuales que involucren a niños no solo son consideradas malas, porque se entiende que los niños no tienen la capacidad de consentir los actos sexuales sino que además, se las percibe como intrínsecamente nocivas en sí mismas puesto que violan ideales que son lugares comunes, con relación al comportamiento adecuado, la expresión y el conocimiento de los niños.2 Estos sentimientos también se ven reflejados en el derecho, donde los delitos de violencia sexual, especialmente cuando hay niños implicados, son a menudo descritos en términos de desfloración y corrupción de menores.\*

Aquí no se trata de discutir los objetivos de las leves que determinan la edad de libre consentimiento con un ánimo protector: lo que queremos es llamar la atención sobre el hecho de que el concepto legal de protección se interpreta en términos de reglas dominantes que describen y prescriben identidades y comportamientos adecuados, asociados al género, la sexualidad y la infancia. De hecho, a pesar de que normalmente se asume lo contrario, las definiciones legales de violencia sexual, incluvendo el delito de violación sexual, a menudo priorizan la importancia de preservar valores relacionados con la edad y el género, poniéndolos por encima de la cuestión del consentimiento. Esto es evidente cuando se examina cómo los estados han establecido típicamente las variantes de edad para el libre consentimiento sexual (v el matrimonio) según el género, orientación sexual y estado civil.

Es significativo que en todos los Estados donde se definen edades desiguales de libre consentimiento sexual y matrimonio basado en relaciones sexuales, la edad establecida es *menor* para las niñas.<sup>9</sup> Si el propósito de estas leyes fuera proteger a las personas jóvenes de tener actividad sexual no consentida (es decir, protegerlas de la violación), tales reglas serían incoherentes e injustificadas, ya que a causa de su posición social subordinada, las niñas son *especialmente* vulnerables a ese tipo de violencia.<sup>13-15</sup> Estas leyes se basan en gran medida en otros supuestos, que son resultado de estereotipos que perjudican y discriminan el género.

En primer lugar, a menudo se sostiene que, en comparación con los niños, las niñas tienen un nivel distinto (más rápido) de desarrollo intelectual, físico y sexual. Esta idea está firmemente arraigada en teorías contemporáneas de desarrollo biológico, neurológico y psicológico, así como en doctrinas religiosas y discursos sociales cotidianos.<sup>8</sup> Snikka Aapola y colaboradores, argumentan que la idea de que las niñas maduran antes que los niños está

<sup>\*</sup> Por ejemplo en el Artículo 167, del Código Penal, 1997 (El Salvador) y en la Ley 2006 del Derecho Penal (delitos Sexuales) en Irlanda.

asociada a expectativas que dictan que las niñas deberían ser la parte "responsable" de la relación, lo que a su vez convierte a las niñas en el blanco principal de la culpa y el enjuiciamiento en caso que ocurra alguna transgresión social y sexual.<sup>4,16</sup>

Sin ser completamente consistente con lo anteriormente expuesto, también existe la noción ampliamente difundida de que es preferible que las niñas sean menos maduras que sus compañeros sexuales (masculinos), a fin de reflejar la naturaleza jerárquica de la relación que debería existir entre ellos.<sup>6</sup>

Además de discriminar a los niños por sus relaciones sexuales, las normas legales a menudo establecen excepciones en la edad mínima de consentimiento sexual para niños, especialmente para niñas, si estas ya se han casado, inclusive en los casos en que no havan llegado aún a la edad mínima para el matrimonio. Por ejemplo, en Brunei, la edad mínima de libre consentimiento para niñas es de 16 años, con excepción de las niñas que ya se han casado, en cuyo caso la edad de libre consentimiento es de 13 años, mientras la edad mínima establecida para el matrimonio es de 14 años. 17 Similarmente, en Tailandia, la edad mínima de libre consentimiento sexual se ha establecido en 15 años, excepto si la niña está casada, en cuyo caso es de 13 años, a pesar de que la edad mínima para casarse es de 17 años. 18

Más preocupante aún, es que las leyes en algunos Estados proporcionen una solución a la violación y estupro de una niña bajo la condición de que el violador se case con su víctima. Por ejemplo, el artículo 344 del Código Penal de Filipinas dictamina que el matrimonio es una reparación y una defensa para una serie de delitos sexuales incluyendo la seducción, actos de lujuria y violación sexual y estupro. 19 Tales leves implican que la actividad sexual temprana solo daña a las niñas cuando ocurre fuera de la institución del matrimonio y que la violación sexual y el estupro de una niña son delitos porque violan normas sociales sobre el contexto apropiado para la expresión sexual y no porque violan la autonomía y capacidad del niño para vivir su sexualidad.

Finalmente, es común para aquellos Estados donde la actividad sexual entre personas del mismo sexo no está completamente prohibida, que establezcan una edad de consentimiento más alta entre hombres en comparación a las relaciones sexuales heterosexuales, lo cual refleja y refuerza la idea de que las relaciones entre hombres del mismo sexo son relativamente más peligrosas y, por lo tanto, deberían ser desalentadas.<sup>9</sup> Por otro lado, respecto al consentimiento para tener relaciones sexuales entre lesbianas, las leyes en todo el mundo –en general e históricamente– no se han pronunciado y han mantenido silencio sobre este tema, lo cual refleja que las instituciones dominantes han obviado casi por completo la existencia de mujeres y niñas lesbianas.<sup>20</sup>

#### Regular el acceso de las personas jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva

Por lo tanto, las leves sobre libre consentimiento sirven como medio para regular la actividad sexual de niños y jóvenes, su identidad (de género) v comportamiento. Pero estas leyes, por supuesto, no garantizan que los jóvenes se abstengan de las prácticas sexuales. En su estudio para recabar información sobre la edad de la primera relación sexual, el Instituto Guttmacher reunió datos de 30 países en distintas zonas del mundo, que claramente demuestran que una gran proporción de niños, niñas y personas jóvenes han tenido experiencias sexuales antes de la edad legal de libre consentimiento de sus países.<sup>21</sup> Asimismo, estadísticas recientes de la Organización Mundial de la Salud estiman que alrededor de 16 millones de chicas de 15 a 19 años y alrededor de un millón de niñas menores de 15 años dan luz cada año, la mayoría de ellas, en países de medianos y bajos ingresos. Es más, cada año, alrededor de tres millones de niñas entre los 15 y 19 años practican abortos inseguros.<sup>22</sup>

Esto presenta un serio desafío si queremos cambiar las políticas del sector de la salud pública; particularmente, en contextos donde la edad de libre consentimiento sexual está establecida del lado más alto del espectro, donde hay muchos niños y personas jóvenes que no son legalmente reconocidas como capaces de consentir relaciones sexuales, pero que son sexualmente activos y necesitan servicios de salud sexual y reproductiva. Este dilema ha provocado una mezcolanza de medidas legales, políticas y programáticas que generan una serie

de limitaciones basadas en la edad y la toma de decisión de los niños, intentando negociar por un lado, un equilibrio entre la protección legal de los niños y, por el otro, su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

El desarrollo de las leves en el Reino Unido es particularmente ilustrativo de cómo estas tensiones han sido negociadas por los poderes judiciales de los Estados. En 1982, se llevó un caso a las cortes del Reino Unido para determinar si era legal darle anticonceptivos a una niña menor de 16 años (la edad de libre consentimiento sexual en el Reino Unido), sin el consentimiento de sus padres. El caso, (Gilick contra La Autoridad del Área de Salud de la zona de West Norfolk & Wisbech) llegó a la Cámara de los Lores, donde se decidió que los profesionales de la salud debían tener el poder de determinar, según el caso, si una persona menor de 16 años tenía la capacidad de dar su consentimiento para un tratamiento médico de manera independiente, incluyendo los servicios anticonceptivos.23 Como muestra de la capacidad legal de los niños de dar su consentimiento para recibir anticonceptivos. Lord Fraser, quien pronunció el fallo decisivo en este caso, anotó que: "una persona, menor de 16 años, puede, dentro de ciertos límites. celebrar contratos. Él o ella también puede hacer una denuncia o ser denunciado, y puede presentar evidencias bajo juramento." 23 A pesar del hecho de que la edad legal para el libre consentimiento sexual era de 16 años. Lord Fraser sintió la necesidad de citar como precedente un caso de 1966 en el que se sostuvo que: "Hav muchas niñas menores de 16 años que saben muy bien de qué se tratan [las relaciones sexuales ] y pueden dar un consentimiento adecuado" y, por lo tanto, para establecer que una niña menor de 16 años ha sido violada: "la fiscalía... deberá probar tanto que [la niña] se resistió físicamente, o... que su entendimiento y conocimiento eran tales que no estaba en posición de decidir entre consentir o resistirse." Lord Fraser concluyó que:

"Una niña menor de 16 años puede dar su consentimiento de forma suficiente y efectiva a una relación sexual que lleve al resultado legal de que el hombre implicado no ha cometido el delito de violación sexual... Del mismo modo. no voy a sostener ahora... que una niña de menos de 16 años carece del poder de dar su consentimiento válido a recibir información o tratamiento anticonceptivo simplemente a causa de su edad". <sup>23</sup>

La manera en que Lord *Fraser* se refirió al tema de si una niña menor de 16 años tiene la capacidad de consentir a tener relaciones sexuales, subraya la desorientación legal que se suscita cuando niños y niñas que legalmente no pueden consentir a las relaciones sexuales necesitan, sin embargo, acceder a métodos anticonceptivos y a otros servicios relacionados con la actividad sexual.

Desafortunadamente, los compromisos que se crean en las leyes y políticas de todo el mundo, podrían ser inadecuados para garantizar el derecho tanto de los niños como de las personas jóvenes a vivir libres de la violencia sexual, o que puedan acceder a los servicios de salud que necesitan para conservar su salud cuando tienen relaciones sexuales. Las normas legales, en general, han impuesto restricciones basadas en la edad para el acceso independiente y confidencial de niños y jóvenes a servicios de salud reproductiva, ya sea solicitando el permiso de los padres o de algún otro adulto antes de permitir que accedan a los servicios, o estableciendo la obligación legal para que los proveedores de servicios de salud denuncien -a las autoridades protectoras de la niñez o a la policía- los casos de actividad sexual que involucren a menores, lo que constituye una limitación en el derecho de niños y jóvenes a la confidencialidad.9

Por ejemplo, en Lituania, los niños menores de 16 años no pueden acceder a anticonceptivos a menos que cuenten con la autorización de sus padres, y en Polonia, la edad mínima de acceso sin autorización de los padres es de 18 años.9 De igual modo, generalmente se ha interpretado que la ley en Zimbabwe prohíbe el acceso de menores de 18 años a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo análisis v tratamiento de VIH sin el consentimiento de los padres.<sup>24</sup> Las leyes en Irlanda del Norte (Sexual Offences Act 2008) imponen a los proveedores de servicios de salud la obligación de elaborar informes, por lo cual deben referir a la policía todos los casos de actividad sexual que involucren a menores de 13 años y todos los casos de personas menores de 16 años que tengan actividades sexuales con alguien de 18 años o más, sin importar la circunstancia particular de cada caso.<sup>1</sup>

Estas restricciones son sumamente problemáticas; particularmente porque la evidencia empírica, incluida a continuación, indica que las leyes que restringen el acceso *independien*te y confidencial de los niños y las personas jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva pueden crear obstáculos significativos y sustanciales a su disposición y capacidad para acceder a cualquier tipo de servicio formal.

#### El efecto de las leyes con restricciones basadas en la edad sobre el acceso de las personas jóvenes a los servicios: la evidencia

Estudios realizados con personas de distintas culturas han demostrado que los sentimientos de vergüenza y temor a ser juzgados (particularmente por las figuras de autoridad adultas), son algunos de los factores más significativos que impiden que los niños, niñas y personas jóvenes accedan a servicios de salud sexual y reproductiva, lo que hace que los niños y personas jóvenes constantemente señalen la confidencialidad como una de las características más importantes de un servicio al que estuvieran dispuestos a acceder.

Por ejemplo, una encuesta en la que participaron 295 niños en el Reino Unido encontró que el 86.1% de ellos estaría más dispuesto a acceder a un servicio si este fuera confidencial, mientras que un 70.8% quisiera que se le hicieran chequeos regulares, el 54.6% no estaría dispuesto a acudir un servicio en lo absoluto si este no fuera confidencial. Un número mayor aún de niños, el 63.1%, informó que no asistiría a un servicio si pensara que los servicios de protección al menor serían informados.<sup>25</sup>

Investigaciones cualitativas recientes, realizadas por encargo de la Federación Internacional de Planificación Familiar (FIPF), indican que una de las mayores preocupaciones de los niños y las personas jóvenes es que la información no llegue a sus *padres*; esto es un hallazgo importante ya que la autorización de los padres es una forma común en la que los Estados legislan la habilidad (formal) de niños y jóvenes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Parece que la privacidad de las personas

jóvenes genera preocupaciones sobre detalles administrativos, tales como que la información del servicio de salud sexual llegue por correo.<sup>1</sup>

Los proveedores de servicios de salud de Irlanda del Norte, expresaron su opinión de que el requerimiento obligatorio de reportar los casos no era lo más conveniente para los niños, puesto que involucrar a la policía y a los servicios sociales podría generar resultados negativos para los niños cuyos casos son reportados, así como podría tener un impacto negativo en su más amplio acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.<sup>1</sup>

La FIPF encargó un estudio que incluía investigaciones cualitativas de El Salvador<sup>5</sup>, Senegal<sup>12</sup> y el Reino Unido<sup>1</sup>. Lo interesante es que estos indicaron que aunque los hallazgos no son necesariamente representativos, en contextos sociales, políticos, económicos y religiosos ampliamente distintos, el deseo de las personas jóvenes a tener confidencialidad y privacidad era notablemente similar. Lo mismo con respecto a las experiencias de vergüenza y la consecuente falta de voluntad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.n. La sensación de vergüenza era particularmente intensa para las jóvenes y niñas. Las jóvenes manifestaron su preocupación de ser objeto de falta de respeto y chismes por los supuestos que se hacen sobre su comportamiento sexual.<sup>1,5</sup> Una chica de Irlanda del Norte dijo que sentarse en una de las salas públicas de espera de una clínica de salud sexual equivalía a "ser tachada de puta".1

Otros estudios que exploran el acceso de las personas jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva alrededor del mundo han llegado a las mismas conclusiones. Por ejemplo, un estudio de 2010 en Nepal descubrió que la vergüenza frente a la posibilidad de "ser descubierto" en un dispensario o consultorio de salud sexual, particularmente por miembros adultos de la familia y el miedo a que los proveedores de servicios de salud no respeten la confidencialidad, eran obstáculos significativos para el acceso de las personas jóvenes a los anticonceptivos.26 Del mismo modo, un estudio del 2012 en Zimbabwe concluyó que la vergüenza es un motivo más fuerte que la falta de conocimiento o conciencia para que las personas jóvenes no comuniquen sus problemas de salud.27

Los estudios de la FIPF exploraron cómo las restricciones de los derechos sexuales de los jóvenes v su acceso a los servicios es tanto un reflejo de las normas socioculturales como de la fuerza reguladora que normaliza ideas sobre lo que es aceptable e inaceptable en el comportamiento sexual.<sup>5</sup> El estudio concluvó que<sup>1,5,13</sup> el derecho penal que prohíbe la actividad sexual con menores de una cierta edad, podría servir para controlar el comportamiento sexual de los jóvenes y penalizar a las personas jóvenes que tienen relaciones sexuales en lugar de protegerlas de la violencia sexual, (incluyendo la perpetrada por hombres mayores, que a menudo es masiva y llevada a cabo con impunidad).28

En El Salvador, la prohibición legal absoluta del aborto refleja las ideologías sobre la feminidad, el matrimonio y la maternidad que promueven el rol social de madre como patrimonio exclusivo de mujeres casadas y único objetivo aceptable para la sexualidad y los derechos de la personería jurídica de las mujeres. La ley que penaliza el aborto restringe el acceso de las mujeres a los derechos sexuales que no están asociados a la reproducción y consolida tabúes y estigmas asociados a la capacidad sexual de mujeres jóvenes y niñas que no están casadas. Por lo tanto las restricciones legales sobre el aborto equivalen a una estrategia para promover la abstinencia entre los niños.12

Y sin embargo, teniendo en cuenta la importancia de la confidencialidad y el poder de la vergüenza con relación a la vida sexual de los menores de edad, el fuerte impacto de las leves restrictivas basadas en la edad solo serviría para poner en riesgo a los niños y personas jóvenes al negarles negándoles la capacidad de acceder a la información, recomendaciones y servicios de salud que necesitan para tomar decisiones saludables y autónomas con respecto a las relaciones sexuales. Carmen Barroso argumenta que la ley que penaliza las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes de 14 a 18 años en el Perú "hacía que los proveedores de servicios médicos no tuvieran claridad sobre los tipos de cuidados que podían brindarles a los/as adolescentes y que las personas jóvenes se volvieran reacias a buscar los servicios que necesitaban por miedo a ser castigados." Concluye que como resultado,

las tasas de embarazo juvenil e infección de VIH entre personas jóvenes en Perú se mantiene obstinadamente alta.<sup>29</sup> De modo similar, un estudio de 2012 sobre los obstáculos relacionados con la edad para recibir servicios de VIH v SIDA en Ruanda<sup>30</sup> reveló que las leves que regulan la actividad sexual o protegen el derecho de los adolescentes a recibir servicios de salud reproductiva en ese país, no reflejan la edad promedio de la iniciación sexual. El documento argumenta, por lo tanto, que las disposiciones legales que le niegan a las personas menores de 21 años el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva independientes v confidenciales, incluyendo las pruebas de VIH, son al menos parcialmente responsables de que las tasas de infección de VIH sean alarmantemente altas entre adolescentes.30

#### Reflexiones finales

A pesar de la evidencia sustentada, aún persiste una gran resistencia a la idea de que las restricciones basadas en la edad respecto al acceso de niños y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva deberían ser, como mínimo, reducidas por no decir erradicadas. Obviamente, debe reconocerse que los niños y las personas jóvenes necesitan protección legal. A causa de su estatus social más bajo y su relativa indefensión son, sin lugar a dudas, vulnerables a correr el riesgo de ser dañados. Como Matthew Waites alerta sabiamente:

"Los argumentos a favor de darle a los niños menores autonomía sobre la toma de decisiones sexuales están... errados ya que subestiman las relaciones estructurales de poder. Buscan otorgar a los niños el reconocimiento formal de su capacidad moral sin cuestionar los contextos de desigualdad social en los cuales están arraigados."8

Lo preocupante, sin embargo, es la idea de que se pueda lograr proteger efectivamente a los niños y a las personas jóvenes contra los daños, mediante leyes que penalicen su comportamiento y/o restrinjan su acceso a servicios. Existe una auténtica paradoja en esta posición: por un lado, la imagen del niño "objeto", la víctima pasiva de violencia sexual, y por otro, el niño "sujeto", que participa activamente con un

tipo de comportamiento que no debería ser fomentado. Esta paradoja solo puede ser resuelta de dos maneras: va sea que este razonamiento constituva la culpabilización de la víctima, donde a la víctima de la violencia sexual se le asigna, por lo menos una responsabilidad parcial por la perpetración del propio abuso que sufrió; o debemos reconocer que el intento de limitar el acceso de los niños a los servicios de salud sexual se basa en la idea de que la sexualidad de los niños es inherentemente dañina y debería ser completamente suprimida, va que la estrategia de restringir el acceso a los servicios no puede, lógicamente, estar conectada al objetivo de prevenir la perpetración de la violencia sexual.

Este análisis constituye un replanteamiento sutil del paradigma de la protección versus la autonomía, por lo menos en la forma en la que se aplica generalmente al acceso de las personas jóvenes a la salud y servicios sexuales y reproductivos. Aun en jurisdicciones como el Reino Unido, donde el marco legal se considera (relativamente) liberal y es diseñado y aplicado de forma flexible, se mantiene la cuestión de si *cualquier* restricción sobre el acceso a servicios para niños y jóvenes puede tener un fin racional. Si vamos a argumentar que la ley restrictiva sirve para proteger, deberíamos comenzar por preguntarnos a nosotros mismos qué es lo que entendemos por 'protección'.

#### **Agradecimientos**

Las autoras quisieran agradecer a Jennifer Roest, del Coram Children's Legal Centre, por sus invalorables contribuciones y a la Prof. Carolyn Hamilton, del Coram Children's Legal Centre, por su valiosa supervisión. También quisiéramos agradecer a la Federación Internacional de Planificación Familiar por su apoyo. Los puntos de vista expresados en este artículo pertenecen únicamente a las autoras.



Tuvalu, 2004

#### Referencias

- Coram Children's Legal Centre. Over-protected and under-served: a multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services – United Kingdom Case Study. London: IPPF; 2014. http://www.childrenslegalcentre.com/index.php? page=international\_research\_projects.
- Kehily MJ, editor. Introduction to Childhood Studies. Maidenhead, UK: Open University Press; 2004.
- Stevi Jackson, quoted in Kehily MJ, editor. Introduction to Childhood Studies. Maidenhead, UK: Open University Press; 2004.
- Kehily MJ, Montgomery H. Innocence and experience, a historical approach to childhood and sexuality. In: Kehily MJ, editor. Introduction to Childhood Studies. Maidenhead, UK: Open University Press; 2004.
- Coram Children's Legal Centre. Over-protected and under-served: A multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services – Senegal Case Study. London: IPPF; 2014. http://www.childrenslegalcentre.com/index.php? page=international\_research\_ projects.
- Eerdewijk A. The ABC of unsafe sex: the sexualities of young people in Dakar (Senegal). http://repository.ubn.ru. nl/bitstream/hand-le/2066/56076/56076.pdf?sequence=1.
- 7. Allen R. The nature of responsibility and restorative justice. In: Walgrave L, editor. Restorative Justice for Juveniles: Potentialities, Risks and Problems. Leuven: Leuven University Press; 1998.
- 8. Waites M. The Age of Consent: Young People, Sexuality and Citizenship. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2005.
- 9. Coram Children's Legal Centre. Qualitative Research on Legal Barriers to Young People's Access to Sexual and Reproductive Health Services Inception Report. London: IPPF; 2014. http://www.childrenslegalcentre.com/index.php?page=international\_research\_projects.
- 10. UN Committee on the Rights of the Child (CRC). CRC General Comment No. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child, 1 July 2003. CRC/GC/2003/4. http://tbinternet.ohchr.org/\_layouts/treatybodyexternal/ Download.aspx?symbolno=-CRC%2fGC%2f2003%2f4&t Lang=en.

- 11. Graupner H. Sexual consent: the criminal law in Europe and overseas. Archives of Sexual Behaviour 2000;29(5):415–61. Doi: 10.1023/A:1001986103125.
- 12. Coram Children's Legal Centre. Over-protected and under-served: A multi country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services – El Salvador Case Study. London: IPPF; 2014. http://www.childrenslegalcentre.com/index.php?page= international\_research\_projects.
- 13. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women. Geneva: WHO; 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\_eng.pdf.
- 14. UN Women. Violence against women prevalence data: Surveys by Country. New York; 2012. http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vawprevalence\_matrix\_june2013.pdf.
- UN-HABITAT. State of the World's Cities. Nairobi; 2006/2007. p. 144.
- Aapola S, Gonnik M, Harris A. Young Femininity, Girlhood Power and Social Change. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2005.
- Unlawful Carnal Knowledge Act 1984 (Brunei). http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/oeur/lxwebri. htm.
- Penal Code Amendment Act 2003 (Thailand). http://www. no-trafficking.org/resources\_laws\_thailand.html.
- Revised Penal Code 1930 (Philippines). http://www.chanrobles.com/acts/.
- 20. Waites M. Inventing 'A lesbian age of consent'? the history of the minimum age of consent between women in the UK Social and Legal Studies 2002;11(3):323–42. Doi: 10.1177/096466390201100301.
- 21. Guttmacher Institute. Demystifying Data: A Guide to using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights. New York; 2013. http://www.guttmacher.org/pubs/demystifying-data.pdf.
- 22. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Fact sheet No. 364. Updated September 2014. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/.
- 23. Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority (1985) 3 All ER 402. http://www.hrcr.org/ safrica/ childrens\_rights/Gillick\_WestNorfolk.htm.
- 24. UNFPA. Legal and policy issues relating to HIV and young people in selected African countries. Preliminary information Compiled by the Centre

- for Human Rights, Faculty of Law, University of Pretoria as part of the African Human Rights Moot Court Competition, 2010. April 2011. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/iattyp/docs/Legal%20&%20Policy% 20issues%20on%20HIV%20&%20YP%20%20rapid% 20survey.pdf.
- 25. Thomas N, Murray E, Rogstad KE. Confidentiality is essential if young people are to access sexual health services. International Journal of STD and AIDS 2006;17(8):525–29.
- 26. Regmi P, Teijlingen E, Simkada P, et al. Barriers to sexual health services for young people in Nepal. Journal of Health Population and Nutrition 2010;28(6):629–27. Doi: 10.1258/095646206778145686.
- 27. Y Care International. Neglected health issues facing young people in Zimbabwe. November 2013.

- http://www. ycareinternational.org/publications/neglected-health- issues-facing-young-people-in-zimbabwe/.
- 28. Hume M. 'It's as if you don't know, because you don't do anything about it': gender and violence in El Salvador. Facing gender-based violence in El Salvador. Environment and Urbanization 2004;16(2):63–72.
- 29. Barroso C. Beyond Cairo: Sexual and reproductive rights of young people in the new development agenda. Global Public Health 2014;9(6):639–46. Doi: 10.1080/17441692.2014.917198.
- 30. Binagwaho A, Fuller A, Kerry B, et al. Adolescents and the right to health: Eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. AIDS Care 2012;24(7):936–42. Doi: 10.1080/09540121. 2011.648159.



## © 2015 Reproductive Health Matters. All rights reserved.

Reproductive Health Matters 2015;22(43):53–64 0968-8080/11 \$ – see front matter DOI: 10.1016/S0968-8080(14)43770-4



## Cómo enfrentar reacciones negativas a la educación sexual utilizando un marco multicultural de derechos humanos

Vera Paiva a, Valeria N. Silva b

- a Profesora de Psicología Social, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, SP Brasil. Correspondencia: veroca@usp.br
- b Máster en Medicina Preventiva, Instituto de Psicología/Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, SP Brazil

Resumen: Tanto la educación sexual como sus protocolos y planificación dependen de un siempre cambiante ambiente político que caracteriza el campo de la sexualidad en la mayoría de los países. En Brasil, las perspectivas de derechos humanos influyeron en la respuesta del país a la epidemia del SIDA, e Indirectamente, en la aceptación del público a la educación sexual en las escuelas. Sin embargo, a partir del año 2011, a medida que surgieron múltiples movimientos fundamentalistas en la región que produjeron recurrentes oleadas de respuestas negativas en todo lo relacionado con la sexualidad, tanto las políticas de salud como las educativas, se empezó a dar marcha atrás. Este artículo explora los enfoques en la salud que se basan en los derechos humanos y se centra en un marco multicultural con base en los derechos y estrategias productivas para ampliar el diálogo sobre el consentimiento sostenido a favor de la educación sexual. Los enfoques multiculturales de derechos humanos (MHR, por sus siglas en inglés) son dialógicos en dos campos: el proceso de comunicación que garantiza consentimiento y acuerdos comunitarios, y las metodologías construccionistas psicosocialeseducativas. En su continuo proceso de consentimiento, el enfoque de MHR permitió una traducción específica de los valores, difundió la resistencia a la educación sexual en las escuelas/ciudades de los participantes y logró sostener las nociones de igualdad y protección del derecho a una educación sexual integral que no rompe los lazos de solidaridad grupal y garantiza la aceptación de diferencias. © 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: derechos humanos, educación sexual, VIH/SIDA, adolescentes, prevención.

#### Introducción

La educación sexual, sus protocolos y planificación, están supeditados a un ambiente político en constante cambio, que es lo que distingue al campo de la sexualidad en la mayoría de países. En América Latina, la transición de regímenes autoritarios a democracias, que tuvo lugar entre 1980 y 1990 generó políticas públicas innovadoras basadas en derechos humanos que han creado la noción de que promover y proteger la salud está intrínsecamente ligado a promover y proteger los derechos. En Brasil, esta perspectiva ha dado forma a la respuesta del país al

VIH/SIDA e indirectamente ha influenciado la aceptación pública de la educación sexual en las escuelas. Desde 2011, sin embargo, han ido surgiendo varios movimientos fundamentalistas en la región, lo que ha causado oleadas recurrentes de reacciones negativas contra todos los temas que se relacionen con la sexualidad y, por lo tanto, las políticas de salud y educación han empezado a dar marcha atrás. Los conceptos de "ciudadanía" (incluyendo la "ciudadanía sexual") que fueron centrales para la elaboración de las políticas sanitarias en las últimas décadas están ahora sujetos a cuestionamientos que han llegado a caracterizar el ambiente

político actual. Inesperadamente, Brasil ahora parece ser un caso emblemático de retroceso.<sup>12</sup>

En 1996, a medida que el país se embarcaba en dar una respuesta progresista de salud pública a la pandemia del VIH, el Ministerio de Educación de Brasil, con la cobertura del provecto de Salud y Prevención en las Escuelas, el SPE (Saúde e Prevenção nas Escolas), ubicó la implementación de la educación sexual en la categoría de tema transversal fundamental para los planes de estudios de las escuelas en 27 Estados de la federación (v alrededor de 600 ciudades).3 Durante casi dos décadas, el SPE difundió información preventiva y promovió tanto el uso de preservativos y anticonceptivos, como el fin de estigmas y discriminaciones relacionadas con la sexualidad. Su esfuerzo intersectorial enfatizaba el derecho a la información científica. la necesidad de pensar y hablar sobre relaciones de género y diversidad sexual, y fomentar la educación cívica y antidiscriminatoria. La perspectiva del SPE incluía la reducción de daños con la promoción de la "cultura de la paz" (no a la discriminación y no a la violencia) no permitiendo la existencia de programas de "solo-abstención" en las escuelas públicas e inspirando a las escuelas privadas a que lancen iniciativas que se concentren en el uso de preservativos y, siempre que fuera aceptable, haciendo que hubiera preservativos disponibles en los centros educativos.

Sin embargo, el escenario religioso ha cambiado a causa de fieles cada vez más conservadores y principalmente evangelistas. Según el censo de 1980, el 90% de los brasileños eran católicos: durante las décadas del proceso de democratización que llevó a la adopción de la Constitución de 1988, el movimiento católico de la Teología de la Liberación desempeñó un papel fundamental en la alianza a favor de políticas basadas en derechos humanos que recibió el apoyo tanto de organizaciones de base como de importantes obispos. Sin embargo, en 1989, el Vaticano empezó a reemplazar a los obispos y organizaciones "pastorales" por grupos "canónicos" y vaticanistas, una estrategia instrumental del Vaticano para desmantelar el movimiento de la Teología de la Liberación e influenciar la políticas sexuales como respuesta al VIH/SIDA.5 Los años noventa vieron un aumento en el número de movimientos evangélicos difundidos por grandes cadenas de TV

y radio, quienes se beneficiaban de políticas de exoneración tributaria. El censo del 2010 muestra que los evangelistas crecieron de 15% en el 2000 a 22% en 2010 (los católicos eran 65% y los no-religiosos 8%)<sup>6</sup>. Los movimientos evangélicos recurren a métodos de conversión que enfatizan que las otras creencias religiosas son "no creyentes" o "demoníacas" y han sido una fuerza en acción que busca el poder político como ya se ha visto en otras partes del mundo.

En junio 2015 una acción nacional de políticos conservadores cristianos-católicos (la "coalición bíblica") eliminó con éxito toda mención de "género", "diversidad" y "sexualidad" de varios planes educativos municipales. A nivel nacional. la misma coalición propone redefinir la homosexualidad como una enfermedad y penalizar la transmisión del VIH y a los médicos que atiendan a mujeres que sufran las complicaciones de abortos inseguros. En este retroceso orquestado -una versión brasileña de lo que Richard Sennet llama "la política de la tribu (en lugar de la ciudad)"7- aún las más grandes zonas metropolitanas y las capitales de Estados se han visto golpeadas por un movimiento político que afectará el futuro de las siguientes generaciones.

Desafortunadamente, las consecuencias de dos décadas de movilización política de los cristianos conservadores podrían ser aún peores: la educación preventiva y el uso de preservativos está disminuyendo; en cambio, la incidencia de VIH entre personas jóvenes (de 15 a 24 años) nacidas en los años noventa es 3.2 veces mayor que en las personas jóvenes de ese mismo grupo etario nacidas en los años setenta; para los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros hombres MSM (por sus siglas en inglés) es 6.4 veces más alta.8 Como sucede en muchos países,9 la incidencia del VIH en Brasil está en aumento principalmente entre mujeres jóvenes, y jóvenes MSM, y se estima que 12 000 mujeres embarazadas por año son VIH+10, mientras que la transmisión de madre a hijo se ha estabilizado alrededor de 3.5% desde 2008. Además, un análisis reciente de la implementación del Programa de Prevención y Salud en las Escuelas-SPE muestra que, generalmente, la mayoría de las escuelas públicas del país invitan a "expertos" (principalmente profesionales de la salud sin experiencia en educación sexual) para presentar los riesgos y peligros del sexo y no su prevención.11

En términos más generales, se ha notado que hay un énfasis cada vez más fuerte en los valores cristianos, sin llamarlos exactamente así, en varias instituciones supuestamente laicas, como las escuelas y los servicios de salud reproductiva.

Los enfoques basados en derechos humanos con relación a la salud plantean que el incremento de las violaciones o negligencias en derechos humanos resultaría en mayor sufrimiento psicosocial, morbilidad y mortalidad.12 En el escenario global, ya se han visto evidencias que muestran el impacto negativo de las malas legislaciones en casos de epidemia, que penalizan las sexualidades, prácticas y poblaciones.<sup>13</sup> Como lo propone Sennet, el tribalismo puede ser destructivo; el desafío está en "responder al resto en sus propios términos" y, mientras tanto, ir construyendo lazos de cooperación entre personas que valoran la diversidad y difieren religiosa, económica, racial y étnicamente, así como en la forma como conceptualizan el género y el sexo.7

Este artículo se focaliza en un marco multicultural basado en lo derechos y en enfoques productivos para la ampliación del diálogo sobre el consentimiento sostenido a la educación sexual.

Para expandir y sostener el acceso a la educación sexual integral necesitábamos algunas respuestas: ¿cómo dialogar sobre distintos conceptos de feminidad, masculinidad y conyugalidad en un contexto escolar con estudiantes, padres, profesores y distintas autoridades educativas? ¿Cómo promover el derecho a la prevención y a los derechos sexuales y reproductivos a estudiantes de distintas creencias religiosas y éticas? En este artículo se presentará el continuo proceso de desarrollo de la aceptación de la prevención del VIH y la promoción de la salud reproductiva. El consentimiento sostenido es el proceso clave que indica cuáles son los programas de educación sexual más fuertes y duraderos: el consentimiento que resulta del involucramiento de la comunidad en la salud y la participación que genera aceptación, dos principios fundamentales en el enfoque basado en derechos humanos que le da forma a este marco de trabajo. 14,15

#### El marco

Este marco ha sido construido sobre perspectivas de *construccionismo social* en sexualidad,

inspiradas en teorías de género y experimentos locales de *educación popular constructivista* para la prevención del VIH y la educación sexual de los años noventa. 16,17 Con el objetivo de reducir la prevalencia del VIH y enfermedades relacionadas al estigma del VIH, y mejorando paralelamente la comprensión de lo que es el género, la diversidad sexual, étnica y racial, y promoviendo y permitiendo un ambiente de aprendizaje escolar, los inicios del segundo milenio vieron un aumento en el número de proyectos que promovían el respeto a la diversidad en las escuelas. 18 Ambos fueron inspirados principalmente por pedagogías críticas y la tradición latinoamericana representadas por el trabajo de Paulo Freire. 19

Para contestar algunas de nuestras preguntas críticas, el enfoque basado en derechos humanos a la salud<sup>20</sup>, ha sido redefinido a través de proyectos piloto de educación sexual <sup>14</sup> en contraste con las metodologías que se concentran en el resultado (tales como el uso de anticonceptivos y preservativos). Tanto el enfoque construccionista como el basado en derechos humanos se concentran en los procesos.<sup>12,14,15</sup>

## El enfoque multicultural en derechos humanos (MHR)

El concepto de derechos humanos multiculturales de Santos<sup>21</sup> es la base del enfoque de MHR en educación sexual: lidia con el dilema de reconocer la diferencia y afirmar la igualdad en la promoción de derechos, sin perder de vista las dimensiones universales y particulares de los derechos humanos.

Para reinventar los derechos humanos como un lenguaje emancipador, Santos señala que los distintos conceptos de dignidad humana coexisten en diferentes tradiciones culturales: tales como dharma en la tradición hindú, o umma en la tradición islámica. Cada tradición cultural considera que sus propios valores son válidos (y superiores) más allá del contexto; en otras palabras, desde la perspectiva de cada cultura, todas las otras culturas siempre estarán incompletas. Además, todas las culturas tienden a distribuir a las personas y grupos sociales en dos jerarquías primarias: la de la igualdad entre unidades homogéneas (ciudadanos y extranjeros) y la de la diferencia que produce una jerarquía entre identidades sociales distintas (entre sexos, entre etnias y entre religiones).

Por lo tanto, reconocer que nuestras culturas y tradiciones están incompletas es la base necesaria de nuestra humildad cultural: vivimos en un proceso de globalizaciones articuladas, que interactúan con distintas tradiciones culturales, todas las cuales apuntan a la validez universal: "hablan desde un autoproclamado lugar de universalidad".<sup>22</sup> Para realizar los objetivos de igualdad, así como paz y justicia, siempre dependeremos del diálogo entre distintas concepciones de la dignidad humana, un diálogo intercultural.

Las "hermenéuticas diatópicas" brindan tres principios para la acción. Primero, el diálogo debe calificar y hacer mutuamente inteligibles ("traducir" distintas posturas) los distintos conceptos de la dignidad humana basados en discursos y tradiciones. Segundo, las interpretaciones deberán reconocer lo incompleto de todas las tradiciones culturales (y como tales, de todos los discursos sobre sexualidad). En el proceso de diálogo surgirán tensiones inevitables a medida que la historia crea hegemonías, poderes y desigualdades. Finalmente, la apertura para lograr acuerdos podrá suceder cuando se reconozcan dos imperativos interculturales:

- a. De las distintas versiones, debería elegirse la versión que mejor logra reconocer al otro, pues representa el círculo más amplio de reciprocidad.
- b. Defender la igualdad cada vez que las diferencias generen inferioridad y defender la diferencia, cada vez que la igualdad produzca la desnaturalización.

Al contrario de lo que esperaban los funcionarios de educación y las autoridades de las escuelas, quienes inicialmente temían que hubiera una reacción de firme oposición, estos dos caminos, presentados y discutidos a través de un proceso continuo de consentimiento, contribuyen a un diálogo sostenido.

Otro aspecto del enfoque MHR con relación a la educación sexual es reconocer que todos tenemos igualdad de derechos: al reconocerse a uno mismo como un sujeto de derecho y un agente activo de derechos humanos, uno debería reconocer también simétricamente ese derecho en los demás, ¡de lo contrario estaríamos frente a un *privilegio* y no frente a un *derecho!* 

Los procesos de MHR fomentan diálogos basados en hermenéuticas diatópicas y promueven la solidaridad y reciprocidad entre sujetos de derechos, respetando los cuatro momentos que se describen en el Cuadro 1.

En síntesis, la educación sexual basada en derechos humanos multiculturales (MHR) es una intervención psicosocial que promueve la comprensión de las dimensiones culturales y sociales de la sexualidad, expande el acceso a instrumentos de prevención (incluyendo los análisis hormonales y antirretrovirales) necesarios para practicar el autocuidado y el cuidado de otros, y mejora la educación sexual a través de diálogos que reconocen las diferencias sin reforzar la desigualdad y las violaciones de derechos, produciendo por lo tanto igualdad y solidaridad. Como alternativa a metodologías más predominantes que se basan en la promoción del uso de preservativos y anticonceptivos o en programas de solo abstinencia, las metodologías MHR son dialógicas en dos ámbitos: el proceso de comunicación que garantiza el consentimiento y los acuerdos con la comunidad (según la perspectiva de MHR resumida anteriormente); y las metodologías construccionistas, psicosociales y educativas, desarrolladas a partir de las pedagogías críticas y emancipadoras desde los años noventa. 12,14,15,17,18,24

#### Cuadro 1. Cuatro momentos del enfoque multicultural en derechos humanos en educación sexual

1. Definir la interacción como colaboración de los especialistas a través de un proceso duradero de consentimiento. Los profesionales en educación sexual tienen conocimientos tecnológicos y científicos que por definición, son competencias temporales. Estas competencias técnico-específicas deberían actualizarse continuamente e interactuar con el conocimiento cotidiano de las personas y sus competencias en la vida diaria. Por consiguiente los siguientes momentos son tareas colaborativas con los participantes.

#### 2) Analizar las dinámicas de sexualidad y derechos para cada grupo y comunidad.

2.1 ¿Qué definiciones circulan entre las personas y a través de los medios electrónicos sobre la sexualidad, el género y las prácticas sexuales?

- 2.2 ¿Cómo definen los políticos las políticas públicas en el territorio?
- 2.3 ¿Qué leyes afectan la sexualidad?
- 2.4 ¿Qué entienden por educación sexual los funcionarios y proveedores de servicios educativos y de salud? Cuanto más se respeten los derechos sexuales y reproductivos, habrá menos violencia y abuso, embarazos no deseados y VIH.

#### 3) Analizar la calidad de los servicios relacionados a la sexualidad en diferentes dimensiones.

- 3.1 ¿Qué servicios hay disponibles para adolescentes y personas jóvenes en la municipalidad?
- 3.2 ¿Qué tipo de accesibilidad deben tener los servicios que deberían estar orientados a la juventud, cómo hacerlos físicamente accesibles y no discriminatorios?
- 3.3 ¿Cuál es el grado de aceptación de los servicios? Lo que indica su calidad o, más bien, una garantía de que los valores de las personas y las tradiciones culturales de la comunidad o grupo están siendo respetadas, sin descuidar las cuestiones éticas de la atención profesional.
- 3.4 ¿Se garantiza la participación de los grupos o personas para que puedan interpelar a los responsables de promover y proteger sus derechos?
- 3.5 ¿Se garantiza la difusión y educación en materia de derechos humanos?
- 3.6 ¿La integración multisectorial y entre los programas aborda las distintas facetas de la desigualdad? Los profesionales que comparten información completa y son conscientes de las implicancias ético-políticas y técnico-científicas de las prácticas recomendadas y pueden evaluar y re-concebir técnicas y prácticas tienden más a respetar a los usuarios como sujetos de derechos humanos.

#### 4) Identificar desigualdades cotidianas, como mínimo:

- 4.1 Las diferencias de poder y jerarquías en la escuela
- 4.2 Discusiones sobre valores y tradiciones culturales
- 4.3 El contexto político y económico
- 4.4 Desigualdades raciales, étnicas y de género
- 4.5 Las diferencias entre las distintas generaciones
- 4.6 Las diferencias en el acceso a los servicios de salud

El punto de entrada más interesante para el análisis de las desigualdades es recopilar y discutir escenas de la vida diaria que expresan violaciones a los derechos humanos.

Se trata a los participantes como ciudadanos-sujetos (sujetos de derechos) que entablan diálogos con expertos y tienen conocimientos para co-construir su propio bienestar. Ese diálogo incorpora diversos valores y trayectorias, y examina los contextos sociales y programáticos que mitigan la vulnerabilidad de los participantes frente a consecuencias imprevistas del comportamiento sexual en un ambiente de respeto mutuo en las escuelas o los centros de salud.

#### Metodología

Este artículo se concentra en el proceso de ob tener y sostener consentimiento para un proyecto de prevención de embarazos no deseados y VIH<sup>25</sup> en escuelas secundarias públicas, incluyendo el consentimiento por parte de los funcionarios educativos, y la comunidad escolar adulta (administradores de la escuela, padres y profesores) y estudiantes. El estudio sobre la aceptación del programa, la creciente participación y sostenibilidad del constante proceso de consentimiento –analizado a través de un marco de MHR y desarrollado en proyectos anteriores–<sup>14,26</sup> fue llevado a cabo y liderado por la investigadora principal y primera autora del presente artículo. Los miembros del equipo de investigación llevaron a cabo observaciones rigurosas y registraron el proceso en notas de campo, videos y grabaciones, siempre que esto fuera aceptado y luego de recibir un consentimiento informado y firmado.

Las reuniones dialógicas y las entrevistas con los funcionarios educativos inspiraron el proyecto. Luego de obtener permisos a nivel federal y regional, buscamos la autorización de los directores y coordinadores pedagógicos de las escuelas. A través de una presentación del marco de MHR, el equipo de investigación consiguió que la participación de funcionarios en todos los niveles y que los miembros

de cada comunidad educativa discutieran sobre los principios básicos de la participación comunitaria y la autonomía. Estas conversaciones seguían la metodología del proyecto al incluir la noción de solidaridad subrayando las perspectivas de derechos humanos, a la vez que recalcaban la noción del respeto a las diferencias. Un tema clave que incluyó el equipo de investigación fue el laicismo constitucional que debía ser respetado por las distintas religiones y valores.

En 2013, dos reuniones en los Ministerios de Salud y Educación crearon una idea común de cómo navegar el contexto político actual protegiendo los proyectos de SPE/Proyectos de Salud y Prevención en las Escuelas. El primer acuerdo fue proteger la identidad de las ciudades y escuelas públicas que participaban, a menos que toda la comunidad educativa se pusiera de acuerdo y decidiera lo contrario. El segundo paso fue conocer a los funcionarios educativos locales, y luego a la comunidad escolar para incentivarlos a participar del proceso de consentimiento.

#### Obstáculos y limitaciones

El miedo a una posible reacción negativa por parte de los padres y representantes de la fe evangélica, los llamados "evangelistas", fueron descritos como obstáculos en dos ciudades. Los funcionarios de esas ciudades se negaron al proyecto sin devolver nunca la carta-acuerdo (sin firmar) al equipo de investigación o sin siquiera comunicar un simple "no"; las conversaciones informales nos dieron a entender que las elecciones locales y las manifestaciones políticas fundamentalistas cada vez más frecuentes eran la razón de esas actitudes.

Siete escuelas públicas aceptaron participar en el proyecto, expresando –pero no representando– la diversidad del país. Estas escuelas se encontraban en lugares empobrecidos que describimos a continuación:

(A) Una ciudad costera conocida por su eco-turismo y como zona de peregrinaje católico; (B) una ciudad al interior que se caracteriza por la agroindustria y como centro de transporte de la región con fuertes comunidades evangelistas; (C) pueblos rurales aislados en la Sierra, originalmente sirvieron de refugio para esclavos afro-brasileños que se resisten a las políticas de Estado y hogar de crecientes y

austeras comunidades evangelistas; (D, E, F, G) territorios empobrecidos en zonas urbanas.

En cada lugar, se realizaron de tres a cinco reuniones con los administradores de las escuelas, y por lo menos una reunión con funcionarios locales de salud y educación. De dos a cuatro "círculos de conversación" se realizaron con padres y profesores para lograr consenso sobre el proyecto, y muchas más con directores, profesores, padres y estudiantes que participaron del proceso de consentimiento.

La primera dificultad que encontró el equipo de investigación fue la gestión del tiempo, que puede limitar el uso de la metodología de MHR. Las conversaciones sobre las experiencias de la vida diaria y las hermenéuticas diatópicas requieren la disponibilidad de tiempo para hablar y escuchar los relatos. La metodología se centra en la participación de los "sujetos-ciudadanos" –o sujetos de derecho que están a cargo de su sexualidad y auto-cuidado– lo que garantiza todas las demás dimensiones de la metodología de MHR, especialmente la aceptación de las acciones propuestas en las que se enfoca este artículo; inada simple en un contexto de retroceso!

La segunda dificultad fue la falta de recursos económicos que las escuelas requerían para ampliar el proyecto bajo nuestra supervisión después de finalizar el estudio de 18 meses.

Pudimos expandirlo a dos ciudades, y elegimos las ciudades B y C donde los profesores incorporaron la educación sexual en la elaboración de planes de estudio (2015-2016).

### El consentimiento de la comunidad escolar

La necesidad de realizar reuniones adicionales al principio del proceso significó una mayor resistencia al consentimiento del proyecto. En algunos casos, sin embargo, el creciente interés en el proyecto y la participación de la comunidad motivó un mayor número de reuniones.

El primer acercamiento que resultó ser el más productivo en todas las escuelas fue comenzar hablando de la historia de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Preguntas como "¿de dónde vienen los Derechos Humanos?" y "¿qué significan para ti?" hicieron que algunos padres y profesores hablaran de experiencias de genocidio o violen-

cia extrema en la historia de su propia comunidad. Otros recordaron las primeras bombas atómicas en Japón como un "ejemplo de las capacidades destructivas finales en conflictos humanos sin mediación" (conclusión de la reunión entre padres-profesores y estudiantes). Muchos de los padres que participaron tenían un nivel bajo de alfabetización. Pero aun en los pueblos de montañas y bosques remotos y aislados, ellos pudieron explicar lo que consideran un derecho humano, lo que es una señal de cambio cultural positivo en Brasil, luego de que adoptaran la Constitución de 1988, basada en los derechos humanos y que se dio al finalizar la dictadura.

Fue potente abrir el diálogo con la elaboración colectiva de una lista de derechos humanos, o leyendo el preámbulo de la declaración: que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad, con derechos inalienables que establecen la libertad, justicia y paz en el mundo.

Los líderes del provecto concentraron el debate alrededor de los factores psicosociales y estructurales que producen y dan poder a las jerarquías (o la falta de las mismas), promoviendo la conciencia colectiva para lidiar con ellas. El desafío era abordar la igualdad y el derecho a la educación sexual integral sin romper la solidaridad de grupo, y asegurando la aceptación de todas las distintas posturas. Se invitaba constantemente a los participantes a entablar diálogos como "sujetos de derechos" (sujeito de direitos, agentes), en un ambiente laico. La palabra "agente" conceptualiza a un individuo que está haciendo o siendo algo: como agentes de derechos, los participantes deberían ser guiados por el principio de reciprocidad.

De lejos, la cuestión más útil para superar la resistencia de los funcionarios de la ciudad, directores de las escuelas, líderes comunitarios y padres fue: "¿deberíamos quitarle a todos los estudiantes el derecho a tener nociones de prevención y autocuidado y a estar informados sobre los últimos hallazgos científicos en educación sexual no obligatoria solo porque algunos no van a permitir que sus hijos participen?" Ese era un excelente punto de entrada para discutir "el derecho a la salud" como obligación de los Estados para asegurar el acceso a servicios integrales de salud y educación, que en Brasil es un derecho constitucional *universal* ("libre y gratuito").

Hemos visto en repetidas ocasiones cómo la sexualidad y la idea de los derechos sexuales es uno de los campos más emblemáticos para discutir nociones de igualdad, libertad v dignidad.<sup>27</sup> Las intervenciones de los padres eran generalmente a favor del acceso de sus hijos a educación sexual y prevención en las escuelas: "¡no sabemos cómo hacerlo!"; "la escuelas deben apovarnos en estos temas". Los padres nunca expresaron oposición al programa. Los adultos que pensaban que la educación sexual puede llevar a la actividad sexual escuchaban atentamente las preguntas productivas: "¿es peor que mirar la tele o surfear el Internet?" o "¿puede usted controlar lo que intercambian a través de las redes sociales v conversan con sus amigos?"

Algunos adultos manifestaron su preocupación sobre cómo lidiar con identidades de género no tradicionales o con orientaciones no heterosexuales, y la pregunta más productiva para el debate fue: "¿cómo podemos asegurarnos de que las personas jóvenes que deseen retrasar su iniciación sexual o no estén interesadas en el sexo, no sean blanco de bullying o estigmatización y discriminación por ser "asexuales", una discriminación similar a la que experimentan los estudiantes de la comunidad LGTB como observamos en todas las escuelas?, ¿cómo hacemos que la asexualidad así como la homosexualidad y las distintas identidades de género y otros comportamientos ligados al género sean parte de un diálogo sobre igualdad v prevención?"

## "Es bueno saber quiénes son nuestros estudiantes e hijos y lo que en verdad hacen"

La discusión sobre la información nacional acerca de la edad promedio de la iniciación sexual, el uso de preservativos, la prevalencia del VIH y las tasas de embarazo entre adolescentes, presentada a los participantes desde una perspectiva de derechos humanos, fue decisiva para lograr el consentimiento y mayor participación de la comunidad educativa.

En las reuniones a todos los niveles –con los funcionarios locales, profesores, padres solos y padres con sus hijos– el equipo de investigación resaltó que mientras los valores y creencias religiosas podrían afectar las opiniones y actitudes relacionadas con la sexualidad, la diversidad del comportamiento sexual entre

los jóvenes brasileños es un hecho, como lo muestra la información recogida por encuestas en todo el país. Los y las adolescentes de distintas creencias religiosas no tienen prácticas sexuales distintas, aun si investigáramos la vida cotidiana de los jóvenes en las iglesias.<sup>14</sup>

En todas las escuelas, se hizo evidente que la educación sexual es necesaria. Por ejemplo, cuando se preguntó a qué edad debería empezar la educación sexual los estudiantes no levantaron la mano a las edades de 18, 17... 16 años: la mayoría indicó que la edad ideal era entre 12 y 14 años. Permitir que los adultos y los funcionarios gubernamentales locales de educación y salud vayan a estas reuniones a conocer los puntos de vista de los estudiantes fue muy importante para lograr el apoyo al proyecto.

Estas reuniones ayudaron a aclararles a todos los presentes que el pánico causado por el SIDA en las décadas de los ochenta y noventa había sido reemplazado por la idea errónea de que "el SIDA ya no es problema (porque) está controlado". Las reuniones también demostraron que los anticonceptivos de emergencia habían sido adoptados por las muchachas jóvenes.

El consentimiento se hizo más fuerte luego de que se conocieran los resultados de la encuesta sobre conocimientos, creencias y prácticas en sexualidad y prevención del proyecto y mostrara vacíos a nivel local con relación a la información nacional. La encuesta cumplió con obtener el consentimiento que se requería de los padres, y utilizó dispositivos portátiles para reunir información individual v anónima. La tasa de adhesión a la encuesta y a las actividades del estudio fue alta y reflejó los perfiles de las escuelas: 42% católicas, 37% evangelistas, 14% declaradas no religiosas y 7% afiliadas a otras religiones. La edad promedio fue de 16.7 años, 59% fueron chicas y 41% chicos: el 34% de los estudiantes se autodenominó blanco, el 66% como no blancos (afrobrasileños, indígenas y mestizos).

De igual modo la información nacional para los resultados entre los 14 y los 19 años en todas las escuelas incluyeron: 97% apoyaba la educación sexual y el acceso a preservativos; la edad promedio de la iniciación sexual era de 14.6 años (15 para niñas, 14.3 para niños); 69% de los estudiantes informaron que utilizaron preservativos en su primera relación sexual; y 10-17% de los estudiantes informaron haber tenido rela-

ciones sexuales con una persona del mismo sexo por lo menos una vez. La mayoría creía que la educación sexual debería iniciarse alrededor de los 12 años; entre el 20 y el 40% no sabía cómo usar un preservativo o dónde hacerse el análisis de VIH; y 40% declaró "amar y confiar en su pareja" como método de cuidado. Las creencias religiosas no causaron diferencias significativas en ninguno de estos factores.

La comunidad escolar adulta consideró que estos resultados "requieren atención" y expresaron su "fe en la ciencia" y la sensación de que "hay que hacer algo, entre todos". La aceptación fue el primer resultado del proceso en las escuelas, donde la alta participación indica que la participación de la comunidad sí es viable.

En una ciudad –en contraste con el consentimiento expresado por los padres, la adhesión de los profesores a la construcción de aptitudes y el entusiasmo de los estudiantes–, el director de la escuela intentó limitar la participación de los padres y profesores, creando obstáculos para la implementación del proyecto y logrando, eventualmente, que el proyecto perdiera impulso.

## ¿Salud y riesgo sexual, o derechos y agentes (sujetos) sexuales?

La capacitación de profesores, la inclusión de los estudiantes en condición de "agentes del proyecto", el discurso de la salud pública sobre los riesgos y peligros del comportamiento sexual y las definiciones normativas que prevalecen de que la salud sexual es un (buen) comportamiento que debería ser moldeado, generaron animadas discusiones con los jóvenes. Esta es la última etapa que se espera del marco del proyecto en este período y constituye un buen indicador de la participación y compromiso de la comunidad.

Como lo anticipamos en el marco de MHR, cada escuela adoptó actividades distintas, que requerían colaboración y coproducción en conjunto con la comunidad escolar. Las actividades del SPE y otros proyectos similares se reinventaron con frecuencia, respetando los contextos locales. Una mayor participación de la comunidad hacía que hubiera más tiempo para las actividades y más actividades para ser incluidas en el plan de estudios, además del constante consentimiento y compromiso de la comunidad.

Las actividades clave del plan de estudio consideraban: 1. discusiones en pequeños grupos usando sus propias palabras, conocimientos e imaginación para describir sus cuerpos y sexualidades y discutir con los profesores y sus pares cómo las parejas heterosexuales y homosexuales pueden prevenir el VIH y otras ETS. 2. Proyectos artísticos que usaban arcilla o masas de harinas locales para modelar "partes sexuales y reproductivas del cuerpo" y luego hablar de la cultura sexual local y procesar la actividad decodificando significados y parafraseando a los estudiantes. 3. Involucrar a los participantes en la creación de cosas, palabras y escenas o situaciones, que luego cobran vida a través de historias cortas sobre el amor, las citas, el sexo como obligación social o sobre situaciones reales o imaginarias que puedan causar una infección de VIH, un embarazo no deseado o violencia por parte de la pareja sexual, para luego procesarlas y decodificarlas. 4. Sesiones en grupos más grandes, que usen películas para discutir escenas específicas. 5. Hacer que los es-



tudiantes participen en competencias para ver "quién puede inflar más rápido los preservativos como globos, si los chicos o las chicas" para mostrar que los preservativos son difíciles de romper y cuánto pueden expandirse.

Los estudiantes también entrevistaron a miembros mayores de sus respectivas familias sobre sus experiencias con la educación sexual cuando eran adolescentes, construyendo una perspectiva histórica. En las festividades escolares, los estudiantes crearon imágenes para decorar un dispensador de preservativos, algunos utilizaron sus imágenes religiosas.

Las diferencias en el conocimiento de la prevención entre chicos y chicas, y las actitudes discriminatorias con relación a guiones o vivencias sexuales no normativas como quedar embarazada, fueron la forma de introducir la discusión sobre poder y relaciones sexuales en la mayoría de escuelas; en dos escuelas, la violencia y el abuso sexual eran el tema emergente de género, mientras que en otra escuela el proceso de salir del closet de una chica transgénero fue el punto de entrada para este debate.

En territorios metropolitanos, escenas y guiones sexuales<sup>28</sup> desconocidos causaban especial atención. Nos enteramos sobre las almondegas (albóndigas) y el lavajato (lavaauto). La albóndiga es un fuerte abrazo entre docenas de personas que bailan y es vista como pura carne para ser consumida sexual y anónimamente mientras se baila. Las chicas sin pantalones se paran al lado de las paredes en la fiesta de baile funk (pancadão) las cuales son muy populares en las *favelas* esperando que distintos chicos las laven por dentro con "sus potentes eyaculaciones", como en los lugares donde se lavan autos. Los chicos y chicas jóvenes que adhieren a estos tipos de guion van a las escuelas y pudimos escuchar sus relatos sobre el uso de la anticoncepción de emergencia, o tener que enfrentar la discriminación por haber quedado embarazada. Una de ellas estaba huyendo de sus padres que eran muy estrictos y recientemente se habían convertido en evangelistas y estaba encarando su socialización.

"Tu futuro depende de tus elecciones": una imagen creada para un dispensario de preservativos utilizando imágenes religiosas de los niños.

#### Reflexiones finales

La historia de la sexualidad ha sido definitivamente "la historia de un tema en flujo constante". Flujo también es un buen término para describir el compromiso de la comunidad con la educación sexual a través del consentimiento constante que construye la aceptación, ambos aspectos son fundamentales para su sostenibilidad.

En el enfoque de MHR, la sexualidad y la educación sexual se conciben como actividades sociales que fluyen y dependen del contexto. En el proceso continuo de consentimiento, este enfoque permitió que se tradujeran valores distintos y superó la resistencia a la educación sexual en las ciudades/escuelas que participaron; las familias y adolescentes que no participaron no se opusieron a que se desarrolle la actividad en su escuela. La información que se recogió con la participación activa de profesores y estudiantes, superó la negación de la (inaceptable) sexualidad activa de los adolescentes, un argumento que se utilizaba para suspender la educación sexual y que es bastante prevalente en otras partes del mundo,13 a excepción de los países de Europa occidental.<sup>30</sup> Se cuestionaron los modelos normativos moralizadores de prevención de riesgo de los últimos años: los guiones sexuales no pueden ser los mismos para todos, o para cada situación o contexto sexual, ni para todas las perspectivas morales y religiosas; la ciudadanía sexual no debería ser reducida a "los derechos de los consumidores" (el derecho a una sexualidad predefinida, a un buen comportamiento predefinido). La educación (al igual que la salud) no se consume sino que se coproduce.19

El lenguaje de los derechos humanos ha mediado con éxito el debate sobre las distintas definiciones de autonomía y dignidad y de la organización social de la sexualidad. El lenguaje de derechos mostró que las definiciones de "deseable" o "inaceptable" son construcciones discursivas, particulares a una comunidad y a un momento histórico.

El cumplimiento de los derechos se asociaba frecuentemente a las responsabilidades programáticas de los gobiernos locales, así como a la falta de lugares para análisis serológicos de fácil acceso para adolescentes. Los expertos y resultados obtenidos por la ONU han apoyado los proyectos de educación sexual basados en derechos humanos, tales como el MHR.<sup>31</sup> Reconocerse y reconocer a otros como sujetos de derechos ha aumentado la participación y garantizado la diversidad de otros proyectos, como en un proyecto que respondía a los programas de solo-abstinencia en los EE.UU.<sup>32</sup> Pero debería considerarse la historia de cada país ya que marca una diferencia sobre cómo conceptualizamos y vivimos los enfoques en derechos humanos.

La limitación más fuerte para adoptar este enfoque es el concepto que tienen las personas de lo que son los derechos humanos: los enfogues multiculturales en derechos humanos (MHR) son productivos cuando la historia política enfatiza nociones de dignidad asociadas a la justicia social y definen la ciudadanía en términos de derechos. Aun así, cuando los enfogues en derechos humanos no valoran el concepto de reciprocidad y un grupo, hablando desde un lugar de universalidad que se ha adjudicado a sí mismo, proclama que sus valores son los únicos válidos -tal como hacen quienes adoptan (o temen) a los movimientos de cristianos fundamentalistas en el actual contexto brasileño- los derechos de quienes tienen valores distintos se verán afectados.

Dado que no existe una educación sexual universal que carezca completamente de fallas, los diferentes enfoques pueden ser más o menos dañinos según los estudiantes o grupos sociales en los que se encuentren. Un anhelo central de la educación sexual basada en MHR es prevenir y mitigar los daños y sostener un programa fuertemente participativo asegurando el derecho de los adolescentes a una educación sexual integral.

En este mundo conectado por Internet, la creciente diversidad y las sexualidades alternativas, las identidades de género y los comportamientos que requieren ser reconocidos por la educación sexual no serán eliminados a fuerza de leyes o sermones religiosos. Los retrocesos también generan nuevas oportunidades para desarrollar resistencias e innovaciones productivas. Esperamos que este enfoque multicultural de derechos humanos pueda inspirar otras iniciativas a seguir en la misma dirección: las diferencias y la diversidad no deben ser convertidas en desigualdades.

#### Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a Louisa Allen y a los correctores por sus comentarios, y Magaly Marques por su gentil apoyo y enseñanzas durante el proceso de revisión.

También deseamos reconocer el trabajo de nuestros colaboradores y de nuestro equipo de investigación en los lugares estudiados: Ximena Pamela Diáz Bermúdez, Edgar Hamman, Maria Cristina Antunes, Ricardo Casco, Grazielle Tagliamento, Mauro Niskier Sanchez, Bárbara Ribeiro de Souza Dias, Laura Malaguti Modernell, Joao Paulo Fernandes, Isabelle Picelle, y Clelia Prestes

La principal investigadora del proyecto de investigación "Avaliação da estrategia de prevenção da gravidez não planejada e das DST / AIDS por meio da inclusão de dispensadores de preservativos em escolas de ensino médio" fue Vera Paiva y el proyecto fue financiado por el Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq/Universal &Pq1C). Se recibieron fondos del Ministerio de Salud/DN SIDA, UNESCO y UNFPA.

#### Referencias

- Malta M, Beyrer C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. JIAS, 2013;16:18817.
- Silva, Guerra, Sperling. Sex education in the eyes of primary school teachers in Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brazil. Reproductive Health Matters, May 2013;21(41):114–123.
- Brasil/Ministério da Educação. Home Page. http:// portal.mec. gov.br/index.php?Itemid=578(& accessed in April 2015).
- Brasil/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 5. Paiva V, Ferrara AP, Parker R, et al. Religious Coping and Politics: Lessons from the Response to Aids. Temas em Psicologia, 2013;21(3):883–902(http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/en\_v21n3a10.pdf).
- 6. Teixeira F, Menezes R. Religões em movimento: o censo de 2010. Vozes: Petrópolis, 2013.
- Sennet R. Together. London/New York: Yale University Press, 2012.
- Grangeiro A. A política de saúde para o enfrentamento da aids. Apresentação na audiência pública.
   11 de junho de 2015. Brasília: Câmera dos Deputados, 2015.
- Idele P, Gillespie A, Porth T, et al. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2014;66(Suppl. 2):S144–S153.
- Brasil/Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. 2014. (Ano III (1)).
- Lombardi CA. Relatório Final da Avaliação (produto 4). Brasília: UNESCO, 2014.

- Paiva V. Social Psychology and Health: Socio-Psychological or Psychosocial? Innovation of the Field in the Context of the Brazilian Responses to AIDS. Temas em Psicologia, 2013;21(3):551–569.
- 13. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, et al. The Current State of Play of Research on the Social, Political and Legal Dimensions of HIV. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015;31(3):477–486.
- 14. Paiva V, Garcia J, Santos AO, et al. Religious communities and HIV prevention: an intervention-study using human rights based approach. Global Public Health, 2010;5: 280–294.
- Gruskin S, Tarantola D. Universal access to HIV prevention, treatment, and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. AIDS, 2008;22(Suppl. 2):S123–S132.
- Paiva V. Sexuality, condom use and gender norms among Brazilian teenagers. Reproductive e Health Matters, 1993;2:98–109.
- 17. Paiva V. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian Teenagers. In: Parker, Aggleton (Org.). Culture, Society and Sexuality. A reader. 2nd edition. New York: Routledge. 2007. pp. 427-442.
- Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos /CLAM. Diversity in School. Rio de Janeiro: CEPESC, 2012.
- Gadotti M, Torres CA. Legacies. Paulo Freire: Education for Development. Development and Change, 2009;40(6): 1255–1267.
- Gruskin S, Tarantola D. Health and Human Rights.
   In: Gruskin, Grodin, Marks, editors. Perspectives on Health and Human Rights. London: Routledge, 2005.

- 21. Santos BS. Subjetividade, cidadania e emancipação. In: Santos, editor. Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2003.
- 22. Santos BS, Nunes JA. Introdução. Para Ampliar o cânone do reconhecimento. In: Santos (Org.) Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multi-cultural.Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003. pp 23.
- 23. Ayres JRC, Paiva V, Franca-Jr I. From Natural History of Disease to Vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker, editor. Routledge Handbook of Global Public Health. London: Routledge, 2010. p.98–107.
- 24. Paiva V. Analysing sexual experiences through 'scenes': a framework for the evaluation of sexuality education. Sex Education, Londres, 2005;5(4):345–359.
- 25. Paiva V, Merchan-Hamann E, Bermudez XPD, et al. Avaliação da Estratégia de Prevenção da Gravidez não planejada, das Dst / Aids em Escolas De Ensino Médio. In: Projeto CNPq/Universal. Brasil: Conselho Nacional de Pesquisa, 2012.
- 26. Paiva V. Everyday Life Scenes: methodology to understand and reduce vulnerability in a human rights perspective [Cenas da Vida Cotidiana: Metodologia para Compreender e Reduzir a Vulnerabilidade na Perspectiva dos Direitos Humanos]. In: Paiva, Ayres, Buchalla. (Org.). Vulnerabilidade

- e Direitos Humanos. vol I .Curitiba: Juruá Editora, 2012, p. 165-208.
- 27. Garcia J, Parker R. From global discourse to local action: the makings of a sexual rights movement? Horizontes Antropológicos, 2006;12(26):13–41.
- 28. Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts. In: Parker, editor. Culture, society and sexuality. London: UCL Press, 1999. p.29–38.
- Weeks J. The importance of being historical. In: Aggleton, Parker, editors. Routledge handbook of sexuality, health and rights. New York: Routledge, 2010. p.28–36.
- The Alan Guttmacher Institute (AGI). Can more progress be made? Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Executive Summary. New York: AGI, 2001.
- Boonstra HD. Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. Guttmacher Policy Review, 2011;14(3)(https://www.guttmacher.org/pubs/gpr/14/3/gpr140317.html).
- 32. Marques M, Ressa N. The Sexuality Education Initiative: a programme involving teenagers, schools, parents and sexual health services in Los Angeles. Reproductive Health Matters, 2013;21(41):124–135.
- Jones T. A Sexuality Education Discourses Framework: Conservative, Liberal, Critical, and Postmodern. American Journal of Sexuality Education, 2011;6(2):116.



## © 2015 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2015;23(46):85–95 0968-8080/11 \$ - see front matter

0968-8080/11 \$ - see front matter Doi: 10.1016/j.rhm.2015.11.003



#### **ARTÍCULO**

# "¿Sexualidad? Un millón de cosas vienen a la mente": reflexiones sobre género y sexualidad de adolescentes chilenos

Anna K-J Macintyre, a Adela R Montero Vega, b Mette Sagbakken Gd

- a Investigadora, Departamento de Medicina Comunitaria, Instituto de Salud y Sociedad, Universidad de Oslo, Noruega. Correspondencia: annakjmacintyre@gmail.com
- b Profesora asociada y Directora del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
- Profesora asociada, Departamento de Promoción de Atención y Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Oslo y Akershus University College, Oslo, Noruega
- d Investigadora, National Centre for Minority Health Research (NAKMI), Oslo, Noruega

Resumen: Aunque Chile es un país tradicionalmente conservador, en la última década considerables avances legales en derechos sexuales y reproductivos han puesto los discursos sobre sexualidad en las agendas políticas, sociales y en los medios de comunicación. En vista de estos cambios, es importante explorar cómo los adolescentes conceptualizan la sexualidad, lo cual a su vez influye en su comprensión de los derechos sexuales. Este estudio se basa en cuatro discusiones de grupos focales, 20 entrevistas semiestructuradas con adolescentes y siete entrevistas con informantes clave en Santiago de Chile. Los resultados indican que las formas en que los adolescentes conceptualizan la sexualidad son diversas, a menudo expresadas como actitudes u observaciones de su contexto social, y principalmente definidas por pares, padres y profesores. Las actitudes hacia personas con orientaciones no heterosexuales variaron desde el apoyo al rechazo, y las conceptualizaciones de la diversidad sexual también fueron influenciadas por los medios de comunicación, medicalización y explicaciones biológicas. Las diferencias en cómo se expresa la sexualidad según género fueron descritas por medio del lenguaje y comportamiento de hombres y mujeres; en particular, observaciones de estereotipos de género, sexualidad femenina censurada y discursos que destacan el riesgo de la sexualidad femenina. Muchos adolescentes describieron el cambio social como mayor igualdad de género y sexualidad. Para optimizar este cambio y ayudar a reducir la brecha entre el reconocimiento legal y social de los derechos sexuales, se debe motivar a los adolescentes a reflexionar críticamente sobre los temas relacionados con la igualdad de género y la diversidad sexual en Chile. © 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

#### **Antecedentes**

La sexualidad es un componente central de la vida humana. Las definiciones de "sexualidad" son, en general, amplias e incluyen elementos como "sexo, identidad y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción" así como "ideales, deseos, prácticas, preferencias e identidades". La sexualidad es reglamentada a través de normas,

creencias, morales y tabúes socioculturales y, además, es "controlada por una amplia gama de instituciones religiosas, médicas, legales y sociales". En la mayoría de las sociedades, la religión es el organismo regulador por excelencia del tema sexual<sup>3</sup> y en el contexto latinoamericano, la Iglesia católica sigue siendo la principal opositora al pleno reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. La influencia de la religión es más notoria en paí-

ses con políticas asociadas a la criminalización del aborto, negación de servicios reproductivos para adolescentes que no estén casados, restricciones para que se brinde educación sexual en forma integral y discriminación contra individuos con orientación no heterosexual.

La globalización del sexo, de las identidades sexuales y de los derechos sexuales ayuda a disolver las diferencias entre comportamientos públicos y privados, lo cual a menudo crea tensiones entre los discursos mundiales y los discursos nacionales en torno a la sexualidad v a los derechos sexuales. En Chile, estas tensiones entre lo global y lo local son evidentes en los informes publicados por organizaciones internacionales de derechos humanos que critican al Estado chileno por brindar una protección inadecuada a los derechos sexuales y reproductivos. Aunque es muy importante, la presión global por sí sola no basta para lograr cambios perdurables a nivel local, es necesario además contar con el apoyo de redes y organizaciones de la sociedad civil dentro de un país. En Chile, organizaciones locales no gubernamentales como la Fundación Iguales y el Movimiento para la Integración y Liberación Homosexual son ejemplos de organizaciones de la sociedad civil que promueven los derechos sexuales.

Los derechos sexuales están intrínsecamente relacionados con las políticas relacionados con la sexualidad. En Chile, los años que sucedieron inmediatamente al momento del retorno a la democracia, en 1990, se caracterizaron por tener gobiernos de coalición cautelosos. Durante este período hubo una fuerte oposición a toda discusión sobre temas de derechos sexuales y reproductivos que pudieran poner en riesgo el frágil equilibrio del poder político. Esta oposición estaba también vinculada a posiciones clave de poder en manos de políticos religiosos conservadores y los que apoyaban a estos políticos en el período posterior a la dictadura.

A mediados de la década del 2000 hubo un cambio significativo en la voluntad política para enfrentar temas de derechos sexuales y de género en Chile. Estos incluveron: la legalización del divorcio en 2004; un decreto lev de 2005 que explícitamente estipula los derechos de estudiantes embarazadas o con hijos a no interrumpir su educación; la aprobación de una ley en 2010 que garantiza el acceso a la anticoncepción de emergencia y a la educación sexual; la inclusión de la orientación sexual en una ley anti- discriminación en 2012; y la aprobación de un proyecto de lev sobre la unión civil en 2015. A pesar de que estos avances son muy significativos, hay varios asuntos que están aún por resolver, siendo probablemente la despenalización del aborto el más controvertido. Casas y Vivaldi afirman que Chile actualmente se encuentra en una encrucijada en lo que atañe a la reforma de la ley del aborto y es probable que el intento más reciente ponga fin a 24 años de criminalización y a fallidos intentos de reforma.

A pesar de que en Chile se están experimentando considerables cambios políticos y legales con respecto a igualdad de género y a los derechos sexuales y reproductivos, aún no se sabe en qué medida dichos cambios legales y políticos reflejan, a su vez, un cambio sustancial en las conceptualizaciones culturales y sociales sobre género y sexualidad. A raíz de estos cambios políticos y legales, es interesante investigar el cambio social, explorando cómo los adolescentes conceptualizan la sexualidad, lo cual a su vez tiene repercusiones en la forma en que ellos entienden los derechos sexuales.

La adolescencia es un período de considerable desarrollo, caracterizado por la exploración, la experimentación y el descubrimiento. Durante esta etapa, hay numerosos "agentes de socialización" que intervienen de manera fundamental en la formación de la identidad sexual del individuo, tales como la familia, los pares, la educación formal escolar, la religión, los medios de comunicación y la medicina. Los jóvenes deben procesar la información sobre sexualidad que reciben de una gran variedad de fuentes; desde sus padres, amigos y profesores hasta la pornografía y el marketing co-

mercial. Por lo tanto, lo que entiendan como una sexualidad buena o mala, sana o dañina, aceptable o inaceptable, habrá sido moldeada por su contexto social particular.

En este artículo se reportan las conclusiones de un estudio más amplio que tuvo como objetivo explorar las fuentes de información y las formas en que los adolescentes aprendían sobre temas de salud sexual y sexualidad en Santiago de Chile. La palabra "información" debe ser entendida en un sentido amplio que incluva información aparentemente objetiva presentada como hechos y como parte de las mallas curriculares de educación sexual, así como información más subjetiva presentada mediante actitudes, opiniones y conductas que puedan ser observadas. El término "aprendizaje" debe ser entendido ampliamente como un proceso tanto formal como informal, tanto activo como pasivo y tanto individual como grupal, el cual orienta el desarrollo de actitudes, opiniones y comportamientos.

#### Metodología

Los datos se recolectaron entre setiembre y diciembre de 2013 e incluyeron discusiones en grupos focales y entrevistas semiestructuradas. La primera autora realizó todas las entrevistas y discusiones en español; sin embargo, como este no era su idioma nativo, se formó un equipo para entrevistas que incluía a una asistente de investigación. Dicha asistente estuvo presente durante todas las entrevistas y discusiones con adolescentes, tomaba notas, controlaba el tiempo, aclaraba malentendidos del idioma y explicaba conceptos o terminología específicos de la cultura. Todas las discusiones y entrevistas fueron grabadas y luego transcritas palabra por palabra. Para obtener una descripción más detallada de los métodos de investigación, ver Macintyre, Montero Vega y Sagbakken.

Las entrevistas piloto realizadas con dos estudiantes universitarios y las dos discusiones en grupos focales en un colegio público, brindaron la oportunidad para ensayar las técnicas

de entrevistas y adaptar las guías de estas al contexto chileno. Una vez completadas, se llevaron a cabo dos discusiones adicionales en grupos focales con estudiantes de antropología de una universidad pública para discutir los resultados preliminares y los temas emergentes. Estas discusiones también brindaron valiosas oportunidades para observar la forma en que los y las adolescentes discutían el tema de la sexualidad en un ambiente de grupo con pares. Un total de 24 adolescentes con una edad entre 18 y 19 años participaron en las cuatro discusiones de grupos focales divididas por género: siete mujeres v siete hombres en los grupos focales de colegiales, y cinco mujeres y cinco hombres en los universitarios. Los participantes fueron seleccionados utilizando un muestreo homogéneo para limitar las variaciones y promover una comunicación abierta en un ambiente seguro, pero también se usó un muestreo oportunista como respuesta a la baja asistencia en las fechas programadas para las discusiones en el colegio14.

En total, se llevaron a cabo 20 entrevistas individuales semiestructuradas con adolescentes de 16 a 19 años reclutados de tres colegios secundarios de las municipalidades de Independencia, Recoleta y Las Condes. El propósito de tomar muestras en diferentes colegios fue maximizar las variaciones dado que los colegios diferían en tamaño, religiosidad (un colegio católico y dos laicos), enfoque académico, programas de educación sexual v nivel socio-económico de los estudiantes. A pesar de que el principal enfoque del muestreo estaba dirigido a maximizar la variación, las limitaciones prácticas obligaron a usar también muestreos intencionalmente aleatorios así como muestreos intencionales de padres adolescentes. La muestra final incluía 10 mujeres v 10 hombres.

A los participantes se les preguntó primero cómo definirían los términos salud sexual, educación sexual y sexualidad para asegurarse de que ellos y los investigadores entendían los términos de la misma forma. El resto de las preguntas se estructuró en torno a las fuentes de información de salud sexual y sexualidad descritas en la literatura, entrevistas piloto y discusiones en grupos focales: profesores, familia, amigos, parejas, profesionales de la salud, Internet, televisión, películas, comerciales, radio y religión. Se preguntó a los participantes sobre el contenido de la información que buscaban o recibían; la forma en que esta fue comunicada, la confiabilidad de las fuentes y de qué manera el género influía en su aprendizaje. La guía de entrevistas fue usada en forma flexible ya que algunos adolescentes daban respuestas detalladas a preguntas abiertas mientras que otros necesitaban mayor indagación.

Finalmente, se entrevistó a siete informantes clave para poder triangular los datos obtenidos de las entrevistas con adolescentes e incluir puntos de vista de adultos sobre temas desarrollados por aquellos. Las informantes fueron tres psicólogas escolares, tres profesionales de la salud (una matrona, una pediatra y una ginecóloga) y un sacerdote católico con amplia experiencia de trabajo con adolescentes. Las preguntas de las entrevistas se basaron en los resultados preliminares y en anécdotas de las entrevistas y discusiones con los adolescentes.

Durante el reclutamiento, la primera autora presentó el estudio a participantes potenciales describiendo los objetivos, métodos y consideraciones éticas de su participación. Antes de iniciar las entrevistas, se recolectó el consentimiento verbal y escrito de todos los participantes. Para aquellos adolescentes menores de 18 años, se recolectó el consentimiento por escrito de los padres o tutores legales además del asentimiento de los participantes.

El análisis de datos durante el período de colección de datos incluyó la toma de apuntes y transcripciones diariamente, así como reportes verbales y sesiones formales de pre-análisis entre los miembros del equipo de entrevistas. Durante estas sesiones se revisaron las transcripciones completas y se discutieron los temas recurrentes y emergentes. Esto permitió ajustar la guía de entrevistas, mejorar las téc-

nicas de entrevistas, evaluar la saturación de datos v explorar nuevos temas emergentes. El análisis estructurado al terminar la recolección de datos se basó en los cinco pasos de análisis de contenido según Taylor-Powell y Renner. Todas las entrevistas y discusiones fueron codificadas manualmente por la primera autora. Inicialmente, los datos fueron codificados en forma descriptiva usando categorías actuales y basándose en las fuentes de información sobre salud sexual de la literatura y de la guía de entrevistas. Luego, estos códigos se expandieron y fueron recodificados analíticamente a categorías más amplias basándose en el contenido de información sobre salud sexual y sexualidad. Por último, al fusionar las categorías surgieron tres temas principales, uno de los cuales se reporta en este artículo. Los otros dos temas se reportan por separado.

Este estudio tiene varias limitaciones que podrían afectar la transferibilidad de los resultados. Dado que la participación fue voluntaria, la muestra podría estar sesgada hacia adolescentes con mayor interés en el tema de sexualidad en comparación con sus pares. Además, como los estudiantes universitarios seguían la carrera de antropología, pudieron haber estado más dispuestos a la crítica social que la mayoría de los adolescentes. Por último, algún sesgo de memoria pudo haber afectado la capacidad de los participantes de recordar y describir en detalle sus experiencias de aprender sobre sexualidad durante su niñez y adolescencia. A pesar de sus limitaciones, este estudio proporciona valiosas revelaciones sobre los puntos de vista de los adolescentes chilenos acerca de la sexualidad.

El Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago y el Servicio de Datos de Ciencias Sociales de Noruega aprobaron este estudio.

#### Resultados

### Definiciones de salud sexual, educación sexual y sexualidad

Las definiciones de los adolescentes sobre salud sexual se concentraron en las relaciones biológicas heterosexuales y cómo estas se asociaban con el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y la anticoncepción. La educación sexual por lo general se definió con respecto a la forma de aprendizaje que se percibía como pasiva o activa, o como teórica o práctica. Cuando se les pedía definir la sexualidad, los participantes tendían a tomar largas pausas, indicando que era difícil poner en palabras el significado de la palabra sexualidad. Las respuestas incluían definiciones cortas tales como "hombre y mujer", y "homosexual y heterosexual", así como definiciones más amplias como:

"Sexualidad... eso tiene más significado. Sexualidad puede ser como estar, o lo relacionado directamente con el acto sexual, con la sexualidad de una persona, como con su personalidad." (Hombre, 18 años, entrevista)

Las respuestas más frecuentes incluían temas de identidad como "hombre o mujer", "orientación sexual", "relación de pareja" y "desarrollo biológico".

## Sexualidad por género: estereotipos y representaciones

Las definiciones de sexualidad dadas por los adolescentes incluían la identidad como hombre o mujer. Las diferencias en los estereotipos y representaciones de sexualidad masculina o femenina fueron particularmente notables durante las entrevistas y las discusiones en grupos focales. Varios participantes discutieron acerca de una doble moral entre el discurso y el comportamiento apropiado para cada género, especialmente en las discusiones de los grupos focales. Los principales agentes de socialización mencionados fueron los padres, los profesores y los pares.

Los participantes explicaron cómo los padres y profesores hablaban sobre la sexualidad femenina como un tipo de riesgo, tanto en relación a la carga biológica y sociocultural asociada al embarazo durante la adolescencia, como al mayor riesgo de estar expuestas a

violencia sexual. Una participante universitaria criticó la educación sexual recibida en su colegio:

"Siento que con las mujeres, siempre como que el tema del sexo se habla muy seriamente porque es visto como una especie de riesgo, el sexo juvenil para la mujer, porque puede quedar embarazada jóven. Siento que esto está muy estigmatizado por eso. En cambio para los hombres es más como una exploración, es como mucho más relajado." (Mujer, 18 años, discusión en grupo focal)

Igualmente, un hombre describió un tratamiento diferenciado por parte de sus padres entre él y su hermana menor, debido a la diferencia de riesgo:

"A ella yo creo que si le van a hablar más que a mí como hombre, porque ella es una mujer y... y bueno, está más expuesta." (Hombre, 17 años, entrevista)

La sexualidad femenina también fue descrita como algo escondido; las mujeres proyectaban una imagen de ignorancia acerca de su salud sexual y temas de sexualidad. Esto fue demostrado por una autocensura parcial delante de pares masculinos o incluso autocensura completa delante de pares femeninos. Los participantes en los dos grupos focales masculinos comentaron sobre esto como una decisión consciente de las mujeres para diferenciar entre sus imágenes privadas y públicas:

"Es súper diferente lo que hablan en público y lo que hablan más entre ellas en su intimidad, es como que son mucho más soeces, más vulgares quizás entre sus amigas y por fuera son más como... recatadas, más como 'Lady'. "(Hombre, 19 años, discusión en grupo focal) La idea de que las mujeres mantienen su imagen de ser una "lady' o "dama" también se reflejó en discusiones de cuán aceptable era que las mujeres vieran pornografía, comparado con los hombres:

"Yo diría que es mucho menos aceptado. Podría ver alguien pero se quedaría callada. No hablaría sobre eso... La mujer se espera que sea una dama. El hombre se espera que sea más tirado a lo cavernícola." (Hombre, 17 años, entrevista)

Dicha analogía reitera la doble moral por género según la cual la expresión de la sexualidad femenina o el interés en el placer o la estimulación sexual se percibe como impropio para una "dama". Es más, las palabras usadas a lo largo de las entrevistas para describir a las mujeres durante las clases de educación sexual incluyeron "calladas", "reservadas", "retraídas", "tímidas", "nerviosas", "introvertidas", "pudorosas", "no quieren ver", "incómodas"; en tanto los hombres fueron descritos como "impulsivos" y "curiosos", haciendo bromas y riendo durante las clases. Un participante masculino describió de la siguiente forma esta doble moral:

"El hombre está acostumbrado a ser el centro de atención entonces nadie le va a renegar lo que está diciendo. Si un hombre dice 'pico' [nombre vulgar del pene], se ríen todos, si una mujer dice 'pico', [todos se preguntarán] '¿Por qué dijo pico?', ¿Me entiendes? Como que está estigmatizada la mujer." (Hombre, 18 años, discusión en grupo focal)

En relación al comportamiento, una madre adolescente describió de esta forma la doble moral que celebra la actividad sexual masculina, y a la vez que estigmatiza la femenina:

"Las mujeres tienen que ser mas reservadas y, por decirlo vulgarmente, no acostarse con todos... Pero si un hombre llega y hace lo mismo que la mujer, a la mujer se va a ver feo y el hombre se le va a ver como macho. Entonces eso también es parte de la vida." (Mujer, 18 años, entrevista)

Por el contrario, los participantes describieron cómo un hombre que se abstenía de tener sexo era sujeto de bromas entre sus pares masculinos. Las bromas incluían el preguntarle "¿Cuándo vas a convertirte en un hombre?", decirle que "estás hecho de hierro", que "no tienes sentimientos", que "eres frío" o interrogarlo para saber si era homosexual.

Otro aspecto mencionado como dominado por la doble moral basada en el género fue el placer. Los adolescentes explicaron que la masturbación había sido el único tema relacionado con el placer sexual que había sido discutido en el colegio, como un proceso natural del desarrollo sexual de los hombres. Una psicóloga escolar compartió sus observaciones al enseñar sobre el tema de autoconocimiento:

"Las mujeres, en general, guardaban en silencio, porque decían 'las mujeres no hacen esto', decían '¿Como lo va a hacer?' [...] Les decía 'las mujeres también se masturban, para ellas también es algo normal porque es parte de la exploración del cuerpo'. Se quedaban un poco con una expresión de '¿por qué?'." (Psicóloga escolar)

A pesar de estas observaciones sobre desigualdad de género con respecto a lenguaje y comportamiento, muchos de los participantes más jóvenes describieron un cambio generacional según el cual las dobles morales tradicionales ya no eran válidas en la sociedad chilena. Pero muchos de los participantes universitarios fueron más escépticos, y declararon que Chile seguía siendo un país "machista" y "conservador".

#### Diversidad sexual: actitudes y explicaciones

Muchas de las definiciones de los adolescentes con respecto a la sexualidad incluían la orientación sexual, y se tanteó específicamente sobre dónde y qué habían aprendido del tema. Mencionaron que los principales agentes de socialización que les habían dado información u opiniones sobre orientación sexual habían sido los profesores, los padres, los pares, los profesionales de la salud y los medios de comunicación. Se utilizaba el término "homo-

sexualidad" en las preguntas sobre temas de diversidad sexual, ya que muchos de los participantes adolescentes no conocían el término "orientación sexual".

Se observó que los participantes hablaron sobre el tema de diversidad sexual con fluidez; muchos de ellos declararon que el tema ya no era tabú en Chile. Como ejemplos de este cambio, se mencionó haber visto parejas del mismo sexo en los colegios, en las calles de Santiago y en los medios de comunicación. Dos mujeres dijeron lo siguiente:

"Cuando uno es chica es raro ver a un hombre o una mujer homosexual. Pero yo creo que ya es parte de la sociedad en la que estamos viviendo... Si uno ve dos hombres de la mano, ya es como da lo mismo... Antes era súper renegado, ni una posibilidad." (Mujer, 18 años, entrevista)

"Ahora es más visto [parejas del mismo sexo]. Ahora se atreven más." (Mujer, 18 años, discusión en grupo focal)

A pesar de que esta visibilidad parece indicar un cambio en la aceptación social con respecto a parejas del mismo sexo, el uso de la palabra "atreven" indica que persiste cierto elemento de riesgo. Otra mujer, quien declaró que respetaba a las personas homosexuales, habló sobre discusiones con amigas acerca del efecto contagioso que podría tener para los niños el ver parejas del mismo sexo:

"Ninguna de nosotras encontramos que es bueno que los niños vean eso [parejas del mismo sexo]... Porque después van a pensar que eso está bien y después todos van a ser homosexual." (Mujer, 16 años, entrevista)

Una participante llamó a este aumento de visibilidad una "moda de bisexualidad", y mencionó haber visto parejas del mismo sexo en el patio de recreo del colegio, fotos de parejas en las redes sociales, y grabaciones de sus pares participando en marchas de "orgullo gay" en

televisión. Un profesional de la salud relacionó esta "*moda de bisexualidad*" a los discursos adultos de derechos sexuales y a la amplia cobertura de los movimientos a favor de estos derechos por los medios de comunicación:

"Creo que tiene mucho que ver con nosotros los adultos, en este discurso que le damos, no especialmente a los adolescentes, sino dirigida a la sociedad, en que la homosexualidad es aceptada. No hay drama en eso, ya es una forma de expresión distinta. Pero en el adolescente... por su proceso de maduración pasa por esta etapa de buscar en el fondo su identidad sexual... y el adolescente actual ya no solamente se queda en reflexionar [sobre su sexualidad], sino que va a probar. "(Profesional de la salud)

Otros informantes clave y participantes universitarios de las discusiones en grupos focales compartieron sus observaciones sobre la falta de reflexión de los adolescentes chilenos con respecto a comportamientos sexuales, sin importar la orientación sexual. Ello se describió como el resultado del aumento de sexualización de la cultura juvenil, principalmente debido a los medios de comunicación. Los ejemplos de esta sexualización incluyeron la música erótica como el reggaetón, marketing comercial hipersexualizado, pornografía en Internet, publicación de contenido erótico en redes sociales y abuso sexual por Internet como la captación.\* Dos informantes clave también describieron la erotización del comportamiento juvenil mediante movimientos juveniles

<sup>\*</sup> En el texto original en inglés se usa el término *online grooming*, para referirse a una forma de abuso sexual cibernético mediante el cual el abusador construye una relación emocional con la víctima a través de Internet, frecuentemente haciéndose pasar por un par de la misma edad en sitios de *chat* o en redes sociales. Una vez que se ha desarrollado la relación, el abusador puede iniciar contacto sexual a través de Internet alentando a la víctima a posar para fotos eróticas, tener conversaciones sexuales, o mirar o realizar actos explícitamente sexuales frente a una cámara web. Alternativamente, el abusador puede organizar un encuentro en persona con la víctima.

altamente sexualizados, dando como ejemplo el "ponceo" y las tribus urbanas de Santiago de fines de la primera década del 2000.\*\* La exposición a contenidos hipersexualizados sin reflexión crítica fue percibida como una influencia sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.

La orientación sexual también había sido discutida en los colegios, hogares y entre pares desde la perspectiva de la no-discriminación. Al preguntar a los adolescentes qué habían aprendido sobre homosexualidad, fue común que los participantes primero describieran su aprendizaje en relación a sus opiniones personales sobre diversidad sexual y luego describieran quién o qué había moldeado su opinión. Muchos adolescentes explicaron cómo sus profesores y padres les enseñaron a respetar o aceptar a individuos con orientación no heterosexual. Una mujer describió el mensaje que su madre le había dado:

"Ella desde chica me dijo que hay gente que es tal [homosexual], y te puedes encontrar con una variedad de personas y de gustos, entonces tienes que aceptarlas, en verdad son personas." (Mujer, 18 años, entrevista)

Otros recibieron mensajes que abiertamente rechazaban la diversidad sexual:

"Mi mamá no le gusta los homosexuales, no cree en eso, porque es religiosa, mi mama es evangélica. Si yo fuera lesbiana mi mama se muere. No lo aceptaría." (Mujer, 17 años, entrevista)

A pesar de que muchos adolescentes inicialmente compartieron sus opiniones sobre la homosexualidad usando palabras como "respeto" y "aceptación", se notaron algunas inconsistencias; un participante masculino luego describió a los hombres homosexuales como "repulsivos", mientras que una participante femenina declaró que tener una amiga lesbiana sería "terrible". Otros expresaron su respeto como condicional:

"Sé que debo respetarlas [personas homosexuales] porque son personas y tienen desviaciones sexuales. Al menos si a mí no me afectan, no transgreden mi espacio, yo las respeto." (Hombre, 16 años, entrevista)

La idea de "desviaciones sexuales" puede ser asociada con observaciones de una medicalización de la diversidad sexual. Los profesionales de la salud y los colegios medicalizaban la diversidad sexual al referirse a adolescentes de quienes sospechaban ser homosexuales, lesbianas o bisexuales para que acudieran a psicólogos y psiquiatras para un seguimiento especializado. Al indagar qué esperaban estos informantes clave de los servicios de salud mental, ellos explicaban que los individuos con orientaciones no heterosexuales tenían necesidades especiales para ser guiados en el proceso de descubrimiento de su orientación sexual, así como de apoyo para poder revelar dicha orientación dentro de sus redes sociales. Un profesional de la salud también comentó que era importante investigar si había indicios de abusos sexuales durante la niñez para explicar una orientación homosexual, aunque indicó que creía que en la mayoría de los casos la homosexualidad era genética.

Finalmente, varios participantes contaron que en los colegios se explicaban las orientaciones no heterosexuales como condiciones biológicas causadas por desequilibrios hormonales o genéticos. Un participante describió un debate en el aula sobre si las personas nacían homosexuales o se convertían en homosexuales, mientras que otro describió una presentación en clase en la cual los alumnos discutieron si la homosexualidad era o no una enfermedad.

Estos hallazgos sobre las diferencias de género en relación a la sexualidad y sobre la

<sup>\*\*</sup> Las tribus urbanas eran movimientos sociales donde los jóvenes formaban grupos identificados por estilos particulares de vestimenta y actitud. Dichos jóvenes se reunían en lugares públicos o en grandes fiestas de menores de edad para participar en actividades como el "ponceo", que involucraba besar y tocar o acariciar a cuantos pares fuera posible, a menudo sin distinción de género.

diversidad sexual nos permiten ver el rango de opiniones, experiencias y actitudes compartidos por los participantes de este estudio. La discusión a continuación explorará ciertos temas clave que han aparecido a raíz de estos hallazgos con relación a las construcciones sociales de género y sexualidad, que a su vez afectan la aceptación social de los derechos sexuales y reproductivos en Chile.

## Reflexiones y discusiones sobre la construcción de género y sexualidad

### Socialización de los roles de género y la doble moral

La socialización de género empieza temprano en la vida, cuando los niños aprenden cuál es su género v cuáles son las expectativas sociales y el comportamiento adecuado que su género implica dentro de su contexto social. Estos estereotipos se enseñan en el hogar y luego son reforzados por los pares, en el colegio y por los medios de comunicación, y son difíciles de cambiar. 1 La sexualidad también puede ser entendida como una construcción social. formada por agentes socializadores capaces de controlar y definir objetos y comportamientos sexuales apropiados e inapropiados. En este estudio se pudo percibir el poder de la influencia de la familia, la educación formal escolar, la medicina, la religión y los medios de comunicación en las conceptualizaciones de los adolescentes sobre sexualidad y género.

En Chile (y en América Latina en general) la Iglesia católica históricamente ha promovido una separación binaria de género, así como estrictos roles de género dentro de la familia. Estos roles se basan en un sistema patriarcal en el cual el hombre representa el poder económico como proveedor, mientras que la mujer es venerada en su rol de madre y cuidadora del hogar. La diversidad sexual y el empoderamiento del género femenino (incluyendo la participación económica y política) amenazan estos roles tradicionales, lo cual prepara un terreno fértil para la discriminación basada en el género y la homofobia. La homosexualidad puede ser vista como una menor amenaza

al sistema de género en una sociedad en la cual los roles por género son más fluidos y hay menos supuestos respecto a características innatamente masculinas o femeninas.3 Pero en contextos con altos grados de homofobia, el miedo de ser clasificado socialmente como homosexual puede propiciar la adopción de conductas hiperfemeninas en las mujeres e hipermasculinas en los hombres.4 En América Latina, el término "machismo" es comúnmente usado para describir una exagerada masculinidad, virilidad, poder v dominio de los hombres, mientras que las mujeres (y los hombres homosexuales) son encasilladas como pasivas y débiles. Se espera que las mujeres se comporten como "damas" y en forma hiperfemenina, permaneciendo pasivas y obedientes,5 además de ser virtuosas y castas como la Virgen María.

En este estudio, la socialización de los estereotipos por género fue evidente a través de la doble moral en el discurso y comportamiento. Los participantes explicaron cómo se esperaba que una mujer mantuviera la reputación de "ser una dama" y, por lo tanto, no debía bromear ni utilizar palabras explícitas cuando hablara de sexo, no debía ver pornografía ni masturbarse, ni tener múltiples parejas sexuales; en cambio se esperaba que los hombres fueran sexualmente dominantes para probar su masculinidad y heterosexualidad. Esta doble moral sexual no es única para el caso de Chile; mediante una revisión sistemática de 268 estudios cualitativos de un amplio rango de contextos globales, se encontraron notables similitudes en esta doble moral que determina el comportamiento sexual y restringe la expresión sexual femenina.<sup>6</sup> Las descripciones de una autocensura femenina parcial o total, las observaciones de un comportamiento femenino tímido durante las clases de educación sexual y el escepticismo ante la idea de la masturbación femenina, pueden ser interpretados como una representación de la expectativa de recato e ignorancia por parte del género femenino. También evidencian las barreras internas en contra de la igualdad de género que las adolescentes llevan consigo como resultado de haber estado expuestas, desde la infancia,

a una socialización que apunta a comportamientos femeninos "adecuados". De esta forma, la sexualidad femenina (en particular la asertividad sexual y el placer) es reprimida y estigmatizada. Las repercusiones de esta represión por género se proyectan más allá de un derecho desigual al placer sexual, llegando incluso hasta la violencia sexual. Un estudio sobre el embarazo de adolescentes en Ecuador encontró que la libertad sexual y reproductiva de las mujeres estaba limitada por la expectativa social de pasividad y obediencia femenina. Esta subordinación por género no solo era perpetuada abiertamente por concepciones simbólicas de pasividad femenina, sino que también era forzada a través de la violencia sexual.

#### Discurso del riesgo de la sexualidad femenina

El comportamiento sexual femenino también está restringido a través de representaciones implícitas o explícitas según las cuales la sexualidad femenina es más riesgosa que la masculina. Las adolescentes llevan una mayor carga socio-económica y consecuencias de salud con respecto a embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.7 Sin embargo, inculcar a los adolescentes que este riesgo justifica el control social de la sexualidad femenina, ignora los roles fundamentales que la discriminación legal, social y económica, y la desigualdad de género juegan en aumentar esta carga para las mujeres. Lupton<sup>8</sup> critica el concepto racionalizado de riesgo como un fenómeno objetivo y, más bien, describe el riesgo como algo que cumple una función política, cultural y social. En el campo de la salud, la medicina y la epidemiología se busca constantemente cuantificar objetivamente este riesgo; sin embargo, se presta poca atención a los contextos sociales, económicos y culturales en los cuales este se manifiesta. En su revisión sistemática de la literatura, Marston y King describen los factores socioculturales que influyen en el comportamiento sexual de la juventud, que a su vez tiene implicancias sobre la salud sexual. Estos factores incluyen: expectativas sociales que hacen imposible la comunicación sobre sexualidad y, por ende, la planificación y negociación de sexo seguro; el estigma social que impide que las mujeres lleven consigo condones a pesar de que son ellas quienes son vistas como responsables de la anticoncepción, la normalización social del sexo forzado y la violencia contra las mujeres. Muchos de estos factores se basan en desequilibrios de poder en las relaciones de pareja que impiden compartir la responsabilidad de asegurar que el sexo sea seguro, consentido y placentero para ambas personas.

### Heteronormatividad y medicalización de la sexualidad

El discurso del riesgo de la sexualidad femenina limita la discusión de temas más amplios tales como el placer sexual, la masturbación v los diversos actos sexuales como sexo oral o anal, además, ignora las formas alternativas de formar pareja, tales como las relaciones lesbianas y de personas transgénero. Este tema conduce directamente a una discusión sobre la forma en que los conceptos de diversidad sexual son construidos socialmente mediante información heteronormativa proporcionada por los colegios y padres. Lo que se define como "normal" solo se hace legítimo en relación al opuesto "anormal". Por lo tanto, la superioridad de las relaciones heterosexuales constantemente se legitima a través de comparaciones con la homosexualidad, presentada como una desviación de la norma, implicando cierta jerarquía en la orientación sexual. En este estudio, la distinción entre orientaciones sexuales "normales" y "anormales" fue ilustrada por el deseo de explicar la homosexualidad a través de la biología, la genética, el contexto social (por ejemplo, una moda) o antecedentes de abuso sexual durante la niñez. Este deseo de explicar orientaciones no heterosexuales se refleja en extensas investigaciones sobre factores biológicos y ambientales que podrían influir en el desarrollo de la orientación sexual.<sup>10</sup> Sin embargo, el enfoque en tratar de explicar la orientación sexual eclipsa la exploración esencial de las condiciones sociales y culturales que hacen que la distinción entre una orientación sexual "normal" y "anormal" siga siendo tan significativa en muchos contextos.

La medicina también juega un rol en la categorización de la sexualidad dentro de una escala de normalidad-anormalidad. En Chile, la medicalización de la homosexualidad tiene una larga historia, abarcando las disciplinas de psiquiatría, psicología, genética y endocrinología.11 Como herencia de esto tenemos el ejemplo de la discusión en una clase sobre si la homosexualidad es una enfermedad o no. La medicalización descrita por los informantes clave en este estudio no se enfocó en intentos de curar o explicar la homosexualidad, sino más bien en proveer apovo v guiar a los jóvenes en el proceso de descubrir su orientación sexual. Los profesionales de la salud han sido identificados como importantes fuentes de información para la juventud lesbiana, gay y bisexual.12 Es por ello una desafortunada paradoja que el hecho de derivar a estos jóvenes a servicios de salud mental corre el riesgo de estigmatizar su sexualidad como "anormal", cuando en realidad el objetivo de estos servicios parece ser darles apovo para enfrentar actitudes potencialmente hostiles en sus redes sociales.

#### Actitudes hacia la diversidad sexual

Las actitudes hacia la diversidad sexual compartidas por los y las adolescentes en este estudio se dieron dentro de un rango amplio, variando desde el rechazo abierto hasta el apovo total. Ello puede ser un reflejo del amplio espectro de actitudes existentes en la sociedad chilena actual. A pesar de que muchos jóvenes dijeron que fueron instruidos por parte de profesores y padres a no discriminar, usando las palabras "aceptación" y "tolerancia", estas también pueden ser consideradas como actitudes discriminatorias ya que implican que una orientación no heterosexual no es deseable y debe ser aceptada o tolerada por los individuos heterosexuales. De esta forma, el promover la tolerancia puede ser visto como lo opuesto a aceptar la diversidad. Como se observó en este estudio, el hecho de aceptar o respetar la diversidad sexual puede estar condicionado por a ciertas formas de comportamiento o a una cierta distancia, que parecería enmascarar una discriminación subyacente o un temor al contagio.

Muchos adolescentes describieron un cambio en la sociedad mediante el cual ya no existía el tabú de hablar sobre la homosexualidad; y mientras que las organizaciones que luchan por los derechos sexuales describen en general un cambio cultural positivo con respecto a la diversidad sexual en Chile.<sup>13</sup> A pesar de ello, el riesgo permanece; los continuos y violentos ataques homofóbicos sirven como un recordatorio constante sobre los peligros de la discriminación por orientación sexual.

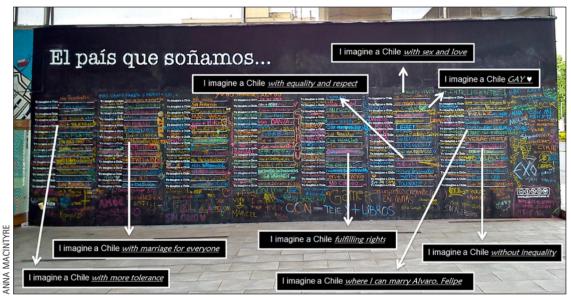
#### **Reflexiones finales**

La posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos a nivel personal está intrínsecamente ligada a los derechos legales y a la aceptación social. Es un desafío asegurar la protección legal y social de estos derechos en un contexto donde existen complejas ideologías culturales, religiosas y moralistas que definen y controlan la expresión sexual y de género "apropiada". Por lo tanto, aunque se eliminaran las barreras legales, financieras o institucionales, las barreras socioculturales externas e internas podrían evitar que los individuos ejercieran estos derechos en forma plena..

Para complicar estos desafíos, los adolescentes hoy se enfrentan a una variedad de mensajes contradictorios sobre género y sexualidad del mundo social que los rodea. Los tradicionales valores morales y religiosos acerca del comportamiento sexual que muchos adolescentes reciben en el hogar o en el colegio, contrastan con los mensajes hipersexualizados de los medios de comunicación a los cuales muchos adolescentes están expuestos. De igual manera, la cobertura mediática de los movimientos sociales a favor de la mayor igualdad de género y de los derechos sexuales, contrasta con la continua presión que sienten muchos adolescentes de parte de sus familias y pares de conformarse a lo que se espera de su género.

Para manejar esta amplia variedad de información contradictoria, es importante enseñar a niños, niñas y adolescentes a juzgar de forma crítica la información que reciben de cualquier fuente y así poder tomar decisiones bien informadas acerca de su sexualidad y salud sexual. Adicionalmente, para enfrentar las barreras internas y externas que limitan la igualdad de género y la diversidad sexual, es sumamente importante que niños, niñas y adolescentes

sean igualmente alentados a reflexionar sobre el significado de la sexualidad y el género dentro de su contexto social. Los facilitadores clave para esta reflexión pueden ser aquellos adultos de confianza, tales como profesores, padres y profesionales de la salud, de forma que, desde una edad temprana, se promueva el pensamiento crítico y el amplio entendimiento del tema de género y la sexualidad, teniendo como base los derechos humanos y la igualdad de género.



"El país que soñamos..." Arte callejero participativo, Santiago, Chile. Octubre, 2013

#### Agradecimientos

Agradecemos a todos los participantes por compartir sus experiencias y opiniones con el equipo de investigación. Un agradecimiento especial a Magdalena Rivera por sus valiosos aportes como asistente de investigación en el campo. Este estudio recibió una donación de la Helle Foundation para cubrir costos en el trabajo de campo.

Esta investigación se basa en la Tesis de Magister de Anna K-J Macintyre en Salud Comunitaria Internacional, presentada en mayo de 2014 al Instituto de Salud y Sociedad, de la Universidad de Oslo, Noruega.

#### Referencias

- WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva: WHO, 2006. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\_health/defining\_sexual\_health.pdf].
- Chant S, Craske N. Gender and sexuality. In: Chant, Craske, editors. Gender in Latin America. London: Latin American Bureau, 2003.
- Altman D. Global Sex. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2001.

- 4. Shepard B. The "double discourse" on sexual and reproductive rights in Latin America: The chasm between public policy and private actions. Health and Human Rights, 2000;4(2):110–143.
- CEDAW. Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Chile. New York: United Nations, 2012. [http://www2. ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/ CEDAWCCHLCO5-6.pdf].
- Craske N. Gender, politics and legislation. In: Chant, Craske, editors. Gender in Latin America. London: Latin American Bureau, 2003.
- Guzmán V, Seibert U, Staab S. Democracy in the country but not in the home? Religion, politics and women's rights in Chile. Third World Quarterly, 2010; 31(6):971–988.
- Casas L, Ahumada C. Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment. Reproductive Health Matters, 2009;17(34):88–98[http://www.rhm-elsevier. com/article/S0968-8080(09)34471-7/pdf].
- 9. Decree 79, Law 18.962. March 24 2005.
- Casas L, Vivaldi L. Abortion in Chile: the practice under a restrictive regime. Reproductive Health Matters, 2014; 22(44):70–81.
- DeLamater J. The social control of human sexuality. In: McKinney, Sprecher, editors. Human Sexuality: The Societal and Personal Context. Norwood, N.J.: Ablex Publishing, 1989.
- Schutt-Aine J, Maddaleno M. Sexual health and development of adolescents and youth in the Americas: Program and policy implications. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 2003. [http://www1.paho. org/English/HPP/HPF/ ADOL/SRH.pdf].
- 13. Macintyre AKJ, Montero Vega AR, Sagbakken M. From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. BMC Public Health, 2015;15(945)[http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12889-015-2253-9.pdf].
- 14. Patton MQ. Qualitative Research and Evaluation Methods. Thousand Oaks, C.A.: Sage, 2002.
- Taylor-Powell E, Renner M. Analysing Qualitative Data. Madison, W.I.: University of Wisconsin Extension, 2003. [http://learningstore.uwex.edu/assets/pdfs/g3658-12.pdf].
- 16. Bryson V. Feminist Political Theory: An Introduction. New York: Palgrave MacMillan, 2003.
- 17. Melhuus M. Configuring gender: Male and female in Mexican heterosexual and homosexual relations.

- Ethnos: Journal of Anthropology, 1998;63(3-4):353–382.
- Kamano S, Khor D. Toward an understanding of cross-national differences in the naming of same-sex sexual/ intimate relationships. NWSA Journal, 1996;8(1):124–141.
- 19. Worthen MGF. The cultural significance of homophobia on heterosexual women's gendered experiences in the United States: a commentary. Sex Roles, 2014;71:141–151.
- 20. Goicolea I. Adolescent pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: a rights and gender approach to adolescents' sexual and reproductive health. Global Health Action, June 24 2010;3[http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5280/5726].
- 21. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. Lancet, Nov 4 2006;368:1581–1586.
- UNFPA. Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFPA, 2013. [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN- SWOP2013-final.pdf].
- Lupton D. Introduction: Risk and sociocultural theory. In: Lupton, editor. Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- 24. Franck KC. Rethinking homophobia: Interrogating heteronormativity in an urban school. Theory and Research in Social Education, 2002;30(2):274–286.
- 25. Saewyc EM. Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma, and resilience. Journal of Research on Adolescence, 2011;21(1):256–272.
- 26. Cornejo JR. Configuración de la homosexualidad medicalizada en Chile. . Sexualidad, Salud y Sociedad, 9, Dec 2011109–136. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid= S1984-64872011000400006&cript=sci\_arttext].
- 27. Rose ID, Friedman DB. We need health information too: A systematic review of studies examining the health information seeking and communication practices of sexual minority youth. Health Education Journal, 2013 July;72(4):417–430.
- Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH). XIII Informe anual de derechos humanos de la diversidad sexual chilena (Hechos 2014). Santiago, Chile: MOVILH, 2015. [http://www.movilh.cl/documentacion/2014/XIIIInformedeDDHH2014-web.pdf].



## ©2013 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2013; 21(41):136–142 0968-8080/11 \$ - see front matter DOI: 10.1016/S0968-8080(13)41684-1

REPRODUCTIVE HEALTH matters

# Cuando la decisión de una joven involucra a la comunidad: la vida de las adolescentes mayas en zonas rurales e indígenas de Guatemala

Heather Wehr, a Silvia Ester Tum b

- a Estudiante de maestría en antropología, Universidad de Kansas, Lawrence, KS, EEUU. Correspondencia: heather.wehr@ku.edu
- b Kaqchikel Maya, consultora del Population Council Guatemala, investigadora y estudiante de Trabajo Social. Universidad Rafael Landívar. Ciudad de Guatemala. Guatemala

Resumen: Las adolescentes mayas constituyen una de las subpoblaciones más vulnerables y marginadas de Guatemala, un país en su mayoría joven, indígena y pobre. Las adolescentes mayas tienen un acceso limitado a la enseñanza secundaria, a las oportunidades para trabajar o tener ingresos, y a la información y servicios de salud sexual y reproductiva. En este artículo se explora hasta qué punto ellas pueden adoptar lo que aprendieron en un programa comunitario de desarrollo de habilidades y educación sexual en aisladas comunidades indígenas rurales de Guatemala. Ello se presenta a través de una entrevista entre los autores, quienes se conocieron y trabajaron conjuntamente en el programa del Population Council "Abriendo Oportunidades" para niñas de 8 a 19 años de edad. Durante la entrevista se examina qué se puede hacer para que las adolescentes indígenas no solo obtengan la información sobre salud sexual que necesitan, sino también desarrollen habilidades para tomar decisiones, comunicarse con sus pares y padres y ejercer sus derechos. Se debe hacer mucho trabajo cultural que sea lingüísticamente sensible y utilice un enfoque participativo comunitario, de manera que cada joven que desee usar condones para protegerse u otros métodos anticonceptivos no solo tenga acceso a los métodos, sino también el apoyo de su familia y comunidad, así como programas de educación sexual auspiciados por el gobierno para que puedan usarlos. © 2016 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras clave:** adolescentes y jóvenes, políticas, Wehr, valores, programas e intervenciones a nivel comunitario, educación sexual. Guatemala

as adolescentes mayas constituyen una de las subpoblaciones más vulnerables y marginadas de Guatemala, un país en su mayoría joven, indígena y pobre, donde el 70% de la población es menor de 30 años y el 83% de la población originaria vive en condición de pobreza. La presión para casarse a edad temprana y tener hijos es muy común, especialmente para las adolescentes indígenas. Casi el 40% establece una unión consensual o formal antes de los 18 años, lo cual es el doble del porcentaje de adolescentes no indígenas

que contraen matrimonio a esa edad.<sup>2</sup> Ello se debe, en gran parte, a que tienen un acceso más limitado a la enseñanza secundaria y a información sobre salud sexual y reproductiva, y también a que tienen muy pocas oportunidades de mejorar su economía.

Para comprender la situación de las adolescentes mayas es necesario entender la historia de Guatemala, una nación que ha pasado por muchos conflictos. Estuvo marcada, durante la segunda mitad del siglo XX, por una guerra civil que duró 36 años, la cual llegó hasta el

genocidio y causó la desaparición y muerte de más de 200,000 personas.<sup>3</sup> Pero la tensión racial y étnica en Guatemala no empezó durante la guerra civil. Las poblaciones indígenas, así como sus idiomas y su cultura, han sido marginados y perseguidos desde la conquista española en el siglo XVI. Los mayas viven como ciudadanos de segunda clase e históricamente han sido excluidos tanto de la economía como de la vida política oficial guatemalteca.

Las jóvenes y mujeres mayas arrastran la doble carga de ser discriminadas, tanto por su etnia como por su sexo. Tradicionalmente, los estereotipos por género en la cultura maya presentan a los hombres ocupando puestos públicos y a las mujeres dedicadas a su hogar, a preparar la comida y a atender a los hijos, colocándolas en una posición subordinada, no solo ante los hombres sino también ante el Estado y ante los ladinos (guatemaltecos de origen español).4 Además, la violencia sexual contra las mujeres es de larga data en en el país. Se estima que, durante la guerra civil, el 90% de las víctimas de violaciones fueron mujeres mayas.4 De hecho, como argumenta David Carey, desde la conquista, la violencia contra mujeres mayas ha sido aceptada dentro de la sociedad guatemalteca.5

Con respecto a temas de salud sexual y reproductiva, es imposible exagerar la gravedad de la posición históricamente subordinada y de vulnerabilidad a la violencia de las mujeres mayas. Estas jóvenes y mujeres no solo tienen un acceso muy restringido a métodos anticonceptivos y a información sobre la salud, sino que su capacidad para tomar decisiones autónomas sobre el uso de anticonceptivos y de muchas otras cosas en su vida es sumamente limitada. Esto significa que el trabajo sobre salud sexual y reproductiva en las comunidades rurales de Guatemala nunca es solo sobre salud sexual y reproductiva, sino que además debe enfrentar ciclos de opresión que han marginado al lenguaje, a la cultura y a las mujeres mayas durante siglos.

## Un programa para mejorar los recursos personales y sociales de las jóvenes mayas

Quienes deseen brindar información sobre salud sexual y reproductiva a adolescentes mayas (tanto hombres como mujeres), deben conocer y trabajar dentro del contexto de esta historia. En 2004, el Population Council y un grupo de ONG guatemaltecas en Patzun, Chimaltenango, Coban, Quetzaltenango y Totonicapan lanzaron un programa llamado Abriendo Oportunidades, cuyo objetivo es mejorar los recursos personales y sociales de las adolescentes mayas, incluyendo la provisión de un lugar seguro para reuniones periódicas con sus pares, brindarles mejores redes de apoyo, acceso a modelos femeninos positivos, y un programa de capacitación para mejorar sus conocimientos y habilidades, incluyendo el área de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

El programa se focaliza en desarrollar una base de habilidades críticas para la vida y el liderazgo lo que, por lo general, las jóvenes no reciben en casa o en el colegio. Las actividades se efectúan en colegios o centros comunitarios locales, como clubes, en los cuales las jóvenes se pueden reunir. Hay dos clubes por comunidad: uno para niñas de 8 a 12 años y otro para jóvenes de 13 a 19 años. En el pasado, los clubes se organizaban en pueblos donde las organizaciones locales asociadas ya tenían conexiones, pero cada vez es más frecuente que los líderes de alguna comunidad contacten al Population Council para empezar un club en su localidad, luego de escuchar sobre el programa en algún pueblo vecino.

Los clubes de Abriendo Oportunidades son dirigidos por lideresas que tienen entre 15 y 24 años de edad, quienes son seleccionadas mediante un proceso de entrevistas en cada comunidad. Dos veces al año asisten a una capacitación intensiva de una semana, donde se forman para enseñar el currículo estándar de Abriendo Oportunidades. Este incluye clases sobre empoderamiento personal, educación financiera, prevención de la violencia por género y salud sexual y reproductiva. Las lideresas entonces regresan a sus comunidades a repetir o replicar las clases con las participantes del club local. Una mentora (jóvenes indígenas ligeramente mayores, capacitadas y apoyadas por el programa) visita periódicamente la comunidad para ayudar en las negociaciones con madres y líderes, llevar los registros de asistencia y, en general, brindar apoyo a la lideresa. Para ser una mentora, una joven debe haber sido lideresa por lo menos dos años y debe haber terminado la secundaria. A la fecha, el programa ha llegado a más de 5,000 jóvenes indígenas cuyas edades van de los 8 a los 19 años de aproximadamente unos 50 pueblos de la sierra occidental de Guatemala y Alta Verapaz.

Heather Wehr trabajó con Silvia Tum, como practicante en Population Council en 2011 y 2012. Silvia había trabajado con Abriendo Oportunidades en varios roles desde 2004; empezó como lideresa y luego trabajó como mentora para otras lideresas de Abriendo Oportunidades. Durante los dos últimos años ha trabajado en varios grupos de estudio del Population Council con adolescentes rurales. Ella promueve y aboga por la educación sobre salud sexual y reproductiva para niñas y jóvenes indígenas.

La siguiente entrevista, donde Heather (la primera autora) hace las preguntas y Silvia (la segunda autora) las responde, empezó como conversaciones que tuvimos entre nosotras, en las cuales tratábamos de reflexionar sobre nuestras experiencias particulares con Abriendo Oportunidades. Decidimos grabar estas conversaciones en un formato de entrevista para poder compartir los resultados. La entrevista empieza con la conversación sobre los distintos programas en los que Silvia ha participado. Después, procedemos a hablar sobre lo que podría hacerse para abordar el tema de las realidades de sexo, anticoncepción e intervención de los padres en zonas rurales e indígenas de Guatemala.

#### Entrevista con Silvia Tum

P: ¿Qué puedes contarme sobre las experiencias que tuviste en educación sexual antes de trabajar con Abriendo Oportunidades? En mi caso, no me enseñaron nada en el colegio. En mi familia me enseñaron un poco, pero solo sobre la menstruación; mi madre y mi prima me hablaron de eso. Mis amigas y yo conversamos sobre la primera vez que nos vino la regla, pero solo eso y nada más. En mi colegio no había mucha información al respecto.

P: ¿Y durante tu tiempo como lideresa y mentora en Abriendo Oportunidades?

Cuando recién entré al programa, empezamos a aprender pues nos dieron varias sesiones de capacitación y había una parte sobre salud sexual y reproductiva. Aprendimos principalmente sobre el cuerpo: conocer mi cuerpo, mis derechos y métodos para planificación familiar. Posteriormente, siendo mentora, me interesó aprender más, porque vo tenía que enseñar a otras adolescentes. Desde entonces empecé a buscar más información, también para mí. Siendo lideresa aprendí lo que nos enseñaron [en Abriendo Oportunidades] y, como mentora, aprendí de los módulos y guías para poder dirigir los talleres. En el intermedio entre mi tiempo como lideresa v mi formación para mentora, participé en un programa de becas llamado Liderando y allí aprendí aún más. Ese programa se enfocaba solo en educación sexual y VIH. Me sentí más preparada teniendo la información sobre salud sexual y reproductiva porque estábamos en un grupo mixto de chicos y chicas. Allí perdí el miedo y la vergüenza que sentía al hablar de estas cosas. En Abriendo Oportunidades aprendí mucho, pero era un grupo solo de mujeres. Allí llegamos a conocernos mutuamente y hablamos sobre los mismos temas que en Liderando, pero el interactuar con hombres fue diferente. Me hizo cambiar de mentalidad, me volvió más receptiva. Fue parte del proceso que atravesé para aprender más sobre salud sexual y reproductiva.

P: Pensando en quienes conoces, como compañeros de clase, jóvenes que conociste al ser una mentora o al facilitar grupos focales, ¿qué es lo que los jóvenes conocen en realidad sobre salud sexual y reproductiva?

Bueno, depende. Conozco muchos jóvenes que trabajan en el campo de salud sexual y reproductiva, así como muchos otros que no lo hacen. Las mujeres jóvenes que no trabajan en el campo poseen un conocimiento muy limitado. No conocen sus propios cuerpos y no saben cómo cuidarlos. Solo saben lo básico, lo más necesario. Por ejemplo, creo que saben más sobre sexo, pero no conocen las precauciones que hay que tomar; solo conocen lo mínimo. En el caso de los hombres, pueden conocer más sobre el cuerpo femenino por pura curiosidad pero no conocen su propio cuerpo. Están interesados en las partes del cuerpo de una mujer y lo que sucede en el cuerpo de una mujer, pero nunca en el suyo propio. Tengo amigos hombres a quienes les avergüenza hablar sobre estas cosas. Es lo opuesto con jóvenes que trabajan en el campo de salud sexual y reproductiva. Tengo amigos que saben bastante. Conocen sus derechos, qué precauciones hay que tomar, las partes de sus cuerpos y los métodos anticonceptivos.

P: Pensando en las lideresas, ¿cuánto crees que aprendieron de todo lo que les enseñaste? Pienso que el aprendizaje sobre salud sexual y reproductiva no es cosa que se aprenda de una sola vez. No es cuestión de dedicarle solamente un año o dos, sino un proceso largo. Yo he estado en el programa durante ocho años v sigo aprendiendo. Las lideresas que solo han estado en el programa por uno o dos años no han tenido la oportunidad de seguir aprendiendo. Si terminan su año como lideresas y no hay cierto seguimiento o continuación, su aprendizaje se corta abruptamente. Mientras más se repitan las clases, más aprenderán las lideresas, pues no puedes aprender todo en un solo taller. Estoy convencida de ello pues cada vez que he participado en un taller he aprendido cosas nuevas. Puedo haber escuchado las mismas cosas más de una vez, pero no las aprendí la primera vez. Cuando las adolescentes están en un taller podrían no estar interesadas, pero luego se dan cuenta de que necesitan aprender. Las lideresas han participado en varios talleres, pero necesitan mucho más que un solo taller para aprender.

P: A partir de tus experiencias con Liderando y Abriendo Oportunidades, ¿cuál te parece que funciona mejor?, ¿o qué programas funcionan bien y cuáles son las partes de los programas que logran sus metas?

La primera vez que aprendí sobre salud sexual y reproductiva fue en Abriendo Oportunidades y estuvo bien empezar con un grupo formado solo de mujeres. Si hubiera empezado a aprender sobre el tema en un grupo mixto de chicos y chicas hubiera sido muy intenso e impactante. Así que estuvo bien iniciar el proceso de aprendizaje solo con mujeres, con temas como autoestima y comunicación. Empezamos a hablar sobre salud sexual y reproductiva poco a poco, y pienso que eso fue bueno. En Abriendo Oportunidades hice mis primeros pasos; lo veo de esa forma. Empecé mi aprendizaje en

Abriendo Oportunidades, así que allí fue donde todo empezó para mí. Después de eso, los otros programas reforzaron aquel conocimiento y eliminaron mis dudas. Liderando fue un programa de becas específico sobre temas de salud sexual y reproductiva, Abriendo Oportunidades provee más información aparte de lo que enseña sobre salud sexual y reproductiva, pero lo que le falta es tocar los temas sobre educación sexual con mayor profundidad. Pero en mi opinión, Abriendo Oportunidades fue el que me abrió la puerta y los demás programas vinieron como refuerzos.

P: ¿Piensas entonces que los programas deberían empezar despacio, primero solo con mujeres adolescentes, y luego empoderarlas más? Creo que es importante empezar con grupos formados solo por mujeres adolescentes. Para esas jóvenes que no hayan tenido previamente ninguna educación en salud sexual y reproductiva, sería abrumador empezar de frente con un grupo mixto. Puede ser traumático para ellas interactuar con chicos y así más difícil. Empezar solo entre mujeres pondrá el proceso en el camino correcto.

P: Ahora quisiera preguntarte si hay algo de lo que los jóvenes aprenden sobre educación sexual que realmente pueden aplicar en sus vidas.

Creo que al menos ponen en práctica la información sobre salud sexual y reproductiva. Según lo que las lideresas y participantes de los clubes nos dicen, el mayor cambio causado en sus vidas por Abriendo Oportunidades es la forma cómo interactúan con sus padres. Eso significa que están usando lo aprendido sobre comunicación, negociación y autoestima. Creo que eso es lo que más ponen en práctica porque empiezan a decir: "ahora mi papá me da permiso para hacer esto o aquello, ahora hablo con él, ahora me valoro, me amo a mí misma. Me acepto por lo que soy". Ponen en práctica esos temas, pero la salud sexual y reproductiva y los derechos asociados es lo que menos usan.

P: Pero de temas de salud sexual y reproductiva, ¿cuáles aspectos sí utilizan?

Usan la información de cómo cuidar su cuerpo – las clases sobre higiene y sobre cómo aceptar su cuerpo. Toman en cuenta esos aspectos.

P: ¿Y qué aspectos definitivamente no ponen en práctica?

No practican cómo protegerse a sí mismas durante las relaciones sexuales. Las adolescentes más jóvenes no ejercen su derecho a decidir cuándo quieren o no quieren tener sexo. Las adolescentes no hacen esto pues todavía están bajo la fuerte influencia de sus padres, amigos o hasta de sus enamorados cuando no pueden negociar con ellos. Creo que habría que poner más énfasis en estos aspectos.

P: ¿Pero la mayoría de las adolescentes utiliza anticonceptivos, aunque sea con métodos naturales?

No lo creo.

#### P: ¿Ninguna?

Tal vez haya algunas, pero no son muchas. Desde que nacimos nuestros padres nos educaron y nos enseñaron cómo comportarnos y es parte de nuestra cultura. No es fácil para un proyecto o una ONG venir y cambiar a las adolescentes de un año para el otro, o de un mes para el otro, porque no es así. En el caso de la anticoncepción, será difícil para una joven decir: "Sí, voy a usar un método". Es muy, muy difícil para las adolescentes tomar esa decisión porque en las comunidades todavía existe mucho machismo. Si la joven ha decidido usar protección, pero su pareja no, la joven no puede hacer nada. Es muy difícil, incluso cuando algunas adolescentes piensan en usar anticonceptivos. Podrían decir "sí, quiero usar anticonceptivos cuando tenga una pareja o cuando me case. Algún día, cuando quiera tener sexo, voy a usar algún método". Pueden decir eso, pero en el momento es muy difícil tomar la decisión porque están sus padres, la comunidad y otras personas. Se cierran y no pueden decidir por sí mismas. Creo que eso es lo que falta: reforzar su capacidad para tomar sus propias decisiones, porque no solo depende de una. Aun cuando están dispuestas a tomar sus propias decisiones, estas incluyen a otras personas.

P: Muchas personas dicen que el principal problema con temas de salud sexual y reproductiva es que no hay acceso a anticonceptivos. Pero digamos que eso mejora y que se provee de métodos a la comunidad. ¿Crees que

esto producirá un cambio o todavía habrá trabajo por hacer dentro de la comunidad?

Creo que la cultura es un factor importante en las comunidades. No es fácil decir, "miren, aquí tienen los métodos", a pesar de que eso ayudaría bastante. Por ejemplo, si los adolescentes quieren conseguir condones en la comunidad, no los van a encontrar. Y si van a algún lugar que sí los tenga, no se los van a vender a una adolescente mava; no se los darán porque es joven, porque es mujer, porque es indígena. Pero creo que incluso si hubiera acceso, igual sería difícil porque se sentirían avergonzadas y pensarían en lo que sus padres dirían. No se trata solo de empoderarlas y de cambiarles la mentalidad, sino que también hay que cambiar la mentalidad de sus padres. ¿Qué tanto aceptan los padres que sus hijas usen anticonceptivos y se protejan? Hay muchas personas que no creen en las enfermedades transmitidas sexualmente. Eso hace que muchas adolescentes tampoco crean en ellas y que no se protejan. Incluso si hubiera acceso a anticonceptivos, creo que hay que trabajar bastante en ambos ángulos, tanto con las adolescentes como con la comunidad. Cambiar la mentalidad de alguien es muy difícil porque hemos sido educados para pensar de cierta manera. Pero el acceso ayudaría al mostrar que hay anticonceptivos disponibles y entonces la comunidad se familiarizará con ellos y pensará: "sí, es bueno que las adolescentes utilicen anticonceptivos v se protejan".

P: Bueno, hemos hablado sobre el contenido de los talleres de educación sobre salud sexual y reproductiva. ¿Qué es lo que falta entonces? Seguimiento, no solo sobre las clases sino también para tener alguien que acompañe a las lideresas que lo necesiten. Lo que falta es confianza. Muchas veces la relación entre lideresas y mentoras es vista como una relación profesional, no como una de amistad y de confianza. Es poco frecuente que una lideresa acuda a su mentora y le diga, "mira, esto es lo que me está pasando"; en el sentido inverso definitivamente no sucede, porque la mentora sabe que se trata de una relación de trabajo con la lideresa. Es muy importante que las lideresas tengan personas en quien confiar para acercarse a ellas y hacerles preguntas.

# Recomendaciones para los encargados de planificar los programas para adolescentes, para los responsables de políticas y para los investigadores.

Silvia menciona varias observaciones importantes sobre programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, así como para programas de componentes como Abriendo Oportunidades. Un análisis más detallado de las intervenciones a largo plazo para adolescentes, el trabajar con chicos y la sugerencia de un enfoque ecológico que involucre a toda la comunidad, son todos una llamada a la acción para funcionarios de salud pública, responsables de crear políticas e investigadores. Abriendo Oportunidades no constituye solo una intervención sobre salud sexual v reproductiva sino también un programa de elementos que proporcionan estrategias a las jóvenes para tener mayor información y mejor control sobre sus vidas. Está dirigido a niñas que aún no se han vuelto sexualmente activas y que todavía están en el colegio. Como se explicó en la introducción, históricamente las mujeres mayas han estado subordinadas a los hombres. Lo mismo se aplica para las adolescentes mavas, incluso en mayor medida, va que como menores de edad tienen menor acceso a beneficios del gobierno. Por ejemplo, sería difícil para una joven maya tener acceso a servicios de salud sin el permiso y apoyo de sus padres. Debido a esta opresión, el elemento de empoderamiento de los programas para adolescentes es clave si se espera que las jóvenes indígenas lleguen a tomar sus propias decisiones. Silvia señala que Abriendo Oportunidades parece estar funcionando bien para apoyar en las negociaciones con los padres dentro del hogar. Muchas lideresas y participantes del programa son capaces de negociar con sus padres y obtener permiso para ir a las reuniones de los clubes, viajar fuera de la comunidad para asistir a cursos de capacitación o incluso para regresar a la escuela. Sin embargo, aunque se están desarrollando sus habilidades de comunicación con respecto a estos temas, las negociaciones sobre anticonceptivos y parejas románticas tienen que ser abordadas con mayor profundidad. Quienes desarrollen programas sobre salud pública y adolescentes tienen que tener estos aspectos en mente cuando los desarrollen y los pongan en práctica. Silvia propone un enfoque de ciclo de vida, uno que acompañe a los jóvenes antes, durante y después de la adolescencia (desde los 8 hasta los 24 años de edad). Liderando funcionó bien para ella pues fue el siguiente paso lógico para completar su liderazgo y convertirse en alguien que aboga por la salud sexual y reproductiva y por la prevención del VIH. Ella era un poco mayor v por lo tanto estuvo lista para interactuar con hombres adolescentes, así como para enfrentar los temas de adolescentes sexualmente activos. Para poder lograr este acompañamiento por etapas y a largo plazo, los que elaboran programas para adolescentes deben pensar no solo en extender la duración de las intervenciones, sino en retroalimentar varios programas entre sí.

La colaboración es clave en este caso, no solo para las relaciones entre organizaciones sino también para las vidas de las adolescentes a quienes los programadores desean servir. Como explicó Silvia, cuando la información sobre salud sexual y reproductiva se presenta en solo uno o dos talleres, las jóvenes no absorben todo el conocimiento y su aprendizaje se corta abruptamente. En la práctica, un enfoque de ciclo de vida es más difícil de lograr que una serie de talleres cortos, pero es un elemento esencial para empoderar a las adolescentes mayas.

Silvia sugiere que el proceso de educación sobre salud sexual y reproductiva empiece en grupos del mismo sexo antes de integrar a chicos con chicas. Este es un argumento a favor de programas paralelos para hombres y mujeres adolescentes que finalmente serían integrados a la edad en la que empiezan a interactuar dentro de sus comunidades. Se necesita investigar más para tener evidencia sobre la sincronización de estas intervenciones, así como contar con recomendaciones para trabajar con hombres adolescentes.

La comunidad es el elemento final que debe involucrarse para mejorar las intervenciones en salud sexual y reproductiva como un paquete. Las decisiones que toma una adolescente indígena no ocurren en un vacío, intervienen en ellas su pareja, familia, comunidad y proveedores de salud. Todas estas partes constituyen barreras para que la adolescente tome sus propias decisiones. Incluso cuando los anticonceptivos

estén disponibles, es probable que los servicios de planificación familiar no se brinden en el lenguaje maya local.<sup>6</sup> Se han hecho llamados a la acción similares en Guatemala con respecto a la salud reproductiva de las madres, pero no se puede dejar de lado la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.<sup>7</sup>

Cuando los programadores que trabajan con adolescentes se asocien con las organizaciones que brindan atención sanitaria en idiomas mayas, tal como Wuqu' Kawoq, no solo asegurarán que los servicios de salud sexual v reproductiva estén disponibles, sino que a la vez servirán para crear instituciones de desarrollo v ambientes de apovo para el lenguaje v la cultura maya. Estas instituciones de desarrollo podrían incluir tanto iniciativas gubernamentales como no gubernamentales para mejorar el acceso a servicios de salud y a la educación. Estos servicios deben ser ofrecidos en lenguajes mayas no como una ocurrencia tardía, sino que deben ser usados activamente durante las etapas de planeamiento y puesta en marcha en la comunidad. Wugu' Kawog puede servir como un modelo va que fue creado con este objetivo en mente: desarrollar proyectos que no alteren los lenguajes y culturas mayas, sino que los fortalezcan. Sus provectos a la fecha incluyen servicios de salud básicos, educación en salud sexual y reproductiva y tecnologías para agua limpia, así como capacitación en el idioma maya. El tomar un enfoque respetuoso hacia la cultura y el lenguaje de organizaciones tales como Wuqu' Kawoq y ponerlo en práctica en el trabajo con adolescentes, especialmente en programas de salud sexual y reproductiva, brindará nuevas oportunidades para hablar sobre temas tales como la planificación familiar o los anticonceptivos.

De esta discusión se desprenden varias alternativas que atañen a cambios de políticas. Lo más importante es que hay mucha información errónea, rumores y sospechas sobre la anticoncepción, el uso de condones y enfermedades transmitidas sexualmente en las comunidades rurales. La información errónea puede ser aclarada mediante programas de educación, pero un cambio de políticas a un nivel más alto, como hacer disponibles los servicios de salud sexual y reproductiva no solo a las poblaciones mayas sino a todos los adolescentes guatemaltecos, enviaría el mensaje firme

de que la anticoncepción es aceptable y deseable. Este tipo de cambio de política mejoraría el apoyo a los anticonceptivos, tanto a nivel comunitario como nacional.

#### Conclusiones

Programas como Abriendo Oportunidades y algunas ONG como Wuqu' Kawog están tratando de llenar los vacíos existentes en la educación sexual para mujeres mayas, adolescentes y adultas, en Guatemala. En 2008, el gobierno de Guatemala firmó una declaración con otros 30 países de Latinoamérica y el Caribe para incluir un componente de educación sexual en los currículos de todas las escuelas del país para el año 2015.8 Falta ver si el gobierno cumplirá con esta promesa. A la fecha en muchos colegios se imparte una clase sobre partes del cuerpo masculinas y femeninas, pero generalmente esta clase es impuesta a los profesores v no se desarrolla posteriormente. Debe trabajarse bastante a nivel de la comunidad para que los jóvenes que quieran usar condones y métodos anticonceptivos como protección, no solo tengan acceso a ellos sino que además cuenten con el apoyo de sus familias y comunidades para usarlos. Los programas que no respeten o carezcan de sensibilidad social hacia la cultura y el lenguaje de las poblaciones que viven en comunidades rurales e indígenas no solo no tendrán éxito sino que podrían perjudicar a las personas que hablan idiomas mayas u otras lenguas indígenas al excluirlas e impedir que reciban los servicios que estarían disponibles para ellas si se les hablara en su idioma, así como comunicarse con los proveedores de servicios. Un enfoque participativo a nivel comunitario es clave para abordar temas de salud sexual y reproductiva en estas comunidades. Se requiere mucho trabajo por parte de los programadores que trabajan con adolescentes, de los responsables de crear políticas, y de los investigadores para poder proveer evidencias y hacer cambios en todo el país. El empezar la educación sexual en forma separada para chicos y chicas, y más adelante integrarlos dentro del proceso, puede ser un punto de partida importante para reducir la desigualdad por género que existe actualmente en Guatemala. Una vez que las mujeres jóvenes estén empoderadas para actuar, y que

los hombres jóvenes estén empoderados para negociar y escuchar a sus parejas, se puede llevar a cabo una sana conversación sobre sexo, anticoncepción y prevención de enfermedades transmitidas, conversación no solo entre ellos sino también involucrando a los adultos y a la comunidad.

Nota: La entrevista fue originalmente traducida del español al inglés por Heather Wehr.

#### Referencias

- Guatemala ¿un país de oportunidades para la juventud? Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011/2012. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala; 2012.
- Hallman K, et al. Multiple disadvantages of Mayan females: the effects of gender, ethnicity, poverty and residence on education in Guatemala. Population Council: 2006.
- Guatemala: Nunca Más (versión resumida).
   Informe del Proyecto Interdiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala; 1998.
- Carey D. Engendering Maya history: Kaqchikel women as agents and conduits of the past, 1875–1970. New York: Routledge; 2006.

- Carey D, Torres M. Precursors to femicide: Guatemalan women in a vortex of violence. Latin American Research Review 2010:45:3.
- 6. Tummons E, Henderson R, Rohloff P. Language revitalization and the problem of development in Guatemala: case studies from health care. In: Mac-Cormack S, editor. Proceedings of the Symposium on Teaching and Learning Indigenous Languages of Latin America: 30 October–2 November 2011. Notre Dame: University of Notre Dame; 2012.
- Ishida K, Stupp P, Turcios-Ruiz R, et al. Ethnic inequality in Guatemalan women's use of modern reproductive health care. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2012;38:2.
- 8. Prevenir con educación. Guatemala: Red de Jóvenes para la Incidencia Política; 2010.



# ©2013 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2013;21(41):143–153 0968-8080/11 \$ - see front matter DOI: 10.1016/S0968-8080(13)41693-2



#### **ARTÍCULO**

# Fuera del establecimiento de salud: empoderando a las personas jóvenes mediante el programa Proveedores Pares de Jóvenes en Ecuador y Nicaragua

Claire Tebbets <sup>a</sup>, Dee Redwine <sup>b</sup>

- a Funcionaria Principal del Programa de Aprendizaje, Planned Parenthood Global, Planned Parenthood Federation of America, New York, NY, EE.UU. Correspondence: claire.tebbets@ppfa.org
- b Directora Regional, América Latina, Planned Parenthood Global, una división de Planned Parenthood Federation of America, Miami, FL, EE.UU.

Resumen: En América Latina existen altas tasas de embarazo y de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Los servicios tradicionales de salud no atienden las necesidades de salud de las personas ióvenes, quienes necesitan acceso a información y servicios de salud adaptados a sus necesidades y así poder tomar decisiones informadas y saludables. Para eliminar las barreras a estos servicios vitales de salud sexual y reproductiva, Planned Parenthood Global, una división de Planned Parenthood Federation of America, creó el modelo Proveedores Pares de Jóvenes, que empezó a aplicarse en Latinoamérica a comienzos de la década de los noventa. El modelo va más allá de la educación de pares al capacitar a proveedores de personas jóvenes menores de 20 años para que suministren a sus pares: condones, píldoras anticonceptivas orales, anticoncepción oral de emergencia, anticonceptivos inyectables e información sobre salud sexual y reproductiva. Los pares, quienes tienen mayores necesidades de las que los proveedores puedan atender, reciben referencias a profesionales de la salud aue ofrecen servicios acoaedores para la juventud. Los resultados de una encuesta revelan un alto nivel de uso de anticonceptivos entre las personas jóvenes atendidas por Proveedores Pares de Jóvenes: el 98% de las personas encuestadas que mantiene relaciones sexuales y desea evitar embarazos manifestaron continuar con el uso de anticonceptivos por lo menos cinco años después de haberse inscrito en el programa. Entre los resultados de las evaluaciones cualitativas del programa se destaca en los participantes una mayor autoestima, mejores habilidades de comunicación y toma de decisiones, relaciones cercanas con amistades y familiares, más interés en la escuela, entendimiento de la responsabilidad en relaciones y otros resultados positivos. © 2016 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras clave:** adolescentes y jóvenes, programas e intervenciones a nivel comunitario, anticoncepción, educación entre pares.

In todo el mundo, los jóvenes enfrentan obstáculos para poder ejercer sus derechos humanos incluyendo, entre ellos, su derecho a la salud sexual y reproductiva<sup>1-3</sup>. Anualmente, dieciséis millones de mujeres jóvenes cuyas edades oscilan entre los 15 y los

19 años dan a luz; en esa cifra están comprendidas dos millones de latinoamericanas<sup>4,5</sup>. En el 2008, el 95% de los nacimientos en madres jóvenes de 15 a 19, ocurrió en países de ingresos medios y bajos.<sup>5</sup> En el 2005, aproximadamente el 60% de todas las infecciones de

transmisión sexual se detectaron en jóvenes cuyas edades se encuentran entre los 15 y los 24 años<sup>6</sup>. En el 2004, dos tercios de los abortos practicados en condiciones de riesgo en los países en desarrollo lo sufrieron mujeres que tenían entre 15 y 30 años, y el 14% en mujeres menores de 20<sup>7</sup>. Sin embargo, en el 2007, solo la mitad de las jóvenes sexualmente activas de América Latina que no querían quedar embarazadas, empleaban algún método anticonceptivo moderno<sup>8</sup>.

Los obstáculos que impiden que las personas jóvenes tengan acceso a la información v a la atención de salud se debe precisamente a su edad. Si bien es cierto que muchos jóvenes tienen fácil acceso a la información a través de Internet, otros jóvenes que viven en países de ingresos medios y bajos, especialmente los que viven en zonas rurales o en barriadas urbanas, no cuentan con esa facilidad y, con frecuencia, no saben dónde encontrar información o servicios. No creen en la confidencialidad de los servicios en los centros de salud o que los tratarán bien, ni tampoco en que el personal comprenderá o atenderá sus necesidades. El transporte hacia los centros de salud y el costo de los servicios, además, pueden estar totalmente fuera de su alcance. Por otro lado, la desaprobación de parte de la comunidad de la actividad sexual de los jóvenes crea mayores barreras<sup>5,9,10</sup>.

Como resultado de esta situación, se hace necesaria la información y servicios que ayuden a los jóvenes a tomar decisiones informadas y saludables y a evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual<sup>1,3,11-13</sup>. Además, los jóvenes deberían tener acceso a la gama de métodos anticonceptivos; la Organización Mundial de la Salud no excluye a los adolescentes del acceso ni el empleo de ninguno de los métodos<sup>14</sup>.

Cuando se trata de tomar decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva, los pares ejercen una gran influencia en los jóvenes<sup>15</sup>. Los estudios realizados en todo el mundo han revelado que los jóvenes que han recibido educación entre pares se jactan de haber mejorado sus conocimientos, actitudes y conductas en salud sexual y reproductiva; que los educadores sean de su misma edad y condición resulta un elemento fundamental para que el programa tenga éxito<sup>16–21</sup>. Es más probable que los jóvenes que discuten la salud sexual y reproducti-

va con sus pares desplieguen conductas positivas y más saludables que los jóvenes que lo discuten con adultos. Los jóvenes sexualmente activos también están mucho más dispuestos a discutir su salud sexual y reproductiva con sus pares que con los adultos<sup>17</sup>, y son más abiertos a tratar temas de género cuando son sus pares quienes tocan esos temas<sup>22</sup>. La educación entre pares puede aumentar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva entre jóvenes marginados en apenas tres meses<sup>16</sup>, y tiene un efecto positivo en la autoestima relacionada con la salud sexual<sup>20</sup>. Todo esto conlleva a que los jóvenes se encuentren en una posición única para servir de orientadores a sus pares. Por todas las razones expuestas, Planned Parenthood Global ha desarrollado y apoyado la implementación del programa modelo Proveedores Pares de Jóvenes.

## Algunos antecedentes y las actuales organizaciones ejecutoras

El programa modelo Proveedores Pares de Jóvenes se empezó a ejecutar en América Latina desde los inicios de la década de 1990. En ese momento, Planned Parenthood Global, una división de Planned Parenthood Federation of America, apoyaba programas de educación entre pares, manejados por una serie de organizaciones no gubernamentales (ONG) locales. Sin embargo, ni Planned Parenthood Global ni sus asociados advirtieron un aumento en el uso de anticonceptivos entre jóvenes. Por consiguiente, Planned Parenthood Global desarrolló el modelo de Proveedores Pares de Jóvenes y apoyó a una organización contraparte en México para que se asociara al modelo, ejecutara un programa piloto que fuera más allá de la educación tradicional entre pares y que incorporara en su programación la entrega de anticonceptivos. En los últimos 20 años, el modelo se ha ejecutado con 16 organizaciones en América Latina y ha crecido hasta ofrecer una variedad de anticonceptivos, llegando a los jóvenes de zonas de escasos recursos en toda América Latina y en partes de África. El modelo ha ido adaptándose para satisfacer las necesidades de grupos marginados que abarcan sectores formados por grupos marginales que van desde jóvenes nativos de zonas rurales, hasta jóvenes de barrios urbanos.

Actualmente, Planned Parenthood Global apoya a siete ONG en América Latina en la administración de programas de Proveedores Pares de Jóvenes para ampliar el acceso a la información y atención de salud sexual y reproductiva para jóvenes que viven en Ecuador (1), Nicaragua (1), Guatemala (2) y el Perú (3). Este artículo se concentrará en las dos organizaciones que tienen los programas de más larga duración.

En Nicaragua, la Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMN-LAE) gestiona una red de centros comunitarios que ofrecen servicios de asistencia social a las mujeres desde los años 1980. En 2011, 7484 jóvenes recibieron servicios a través de su programa de Proveedores Pares de Jóvenes. La cobertura del programa abarca una considerable proporción de jóvenes sexualmente activos en las comunidades que participan en este modelo. AMNLAE proporciona métodos anticonceptivos a casi el 18% de los adolescentes de estas comunidades y brinda educación aproximadamente al 60%<sup>23</sup>.

En Ecuador, CEMOPLAF (Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar) ha sido uno de los principales proveedores de servicios de planificación familiar del país desde que inició sus actividades en 1974, además proporciona servicios e información en 26 centros ubicados en 11 provincias. En 2011 CEMOP-LAF atendió a 7986 jóvenes en los 21 locales de su programa. En zonas rurales y ciudades menos pobladas, el alcance del programa llega hasta al 35% de adolescentes con consejería y métodos anticonceptivos y hasta al 95% con educación. En grandes ciudades como Quito, el programa atiende al 1% o menos de los jóvenes; en estas ciudades el alcance es significativamente mayor en los sectores específicos cubiertos por el programa, pero la precisión de los cálculos se ve limitada por la escasez de datos disponibles 24.

Estas dos organizaciones se concentran exclusivamente en llegar a los jóvenes de bajos ingresos o marginados por otras razones. En numerosas comunidades, sobre todo en aquellas rurales y muy remotas, estas organizaciones son las únicas que les permiten a los jóvenes tener acceso a métodos anticonceptivos y, para los jóvenes urbanos de sectores desfavorecidos, también son la única fuente de servi-

cios accesibles y asequibles. Aunque es verdad que algunos jóvenes de zonas urbanas buscan servicios en el sistema de salud pública o en el sector privado, rara vez consiguen servicios que sean amigables con los jóvenes.

### Modelo del programa: más allá de la educación entre pares

El modelo de este programa va un paso más allá de la educación entre pares y capacita a jóvenes menores de 20 años. Se le denomina Proveedores Pares de Jóvenes y brinda métodos anticonceptivos e información sobre salud sexual y reproductiva a pares en sus comunidades.

En Ecuador, los centros de salud de CE-MOPLAF son los centros focales o centros de referencia del programa; en ellos, el personal realiza los cursos de capacitación y almacena los suministros. En Nicaragua, en las comunidades donde AMNLAE cuenta con un centro comunitario, el personal realiza esas mismas tareas. En comunidades que carecen de un centro, el personal crea un espacio aparte para la capacitación: puede ser una escuela o un centro comunitario o la casa de alguno de los Proveedores Pares de Jóvenes.

Cada programa tiene su propio personal, que incluye a los directores de programa y a los coordinadores locales. Los directores de programa supervisan las operaciones desde la sede central de las organizaciones y visitan con regularidad los otros locales para monitorear las actividades del programa, capacitar al personal, y evaluar la calidad de la atención que ahí se brinda. En cada local, uno de los coordinadores locales es responsable de seleccionar, contratar, capacitar y supervisar a los Proveedores Pares de Jóvenes y, además, realizar actividades educativas en las comunidades. En Ecuador, los coordinadores son parte del personal del centro de salud que trabaja a tiempo completo, incluyendo a las enfermeras, educadores y consejeros quienes dedican al menos la mitad de su tiempo al programa. En Nicaragua, AMNLAE emplea coordinadores a tiempo parcial. Los directores de sus programas realizan visitas de supervisión más frecuentes a los locales, a veces llegan a ser visitas mensuales, puesto que los coordinadores no son profesionales de la salud.

Los coordinadores y los Proveedores Pares de Jóvenes invitan a nuevos jóvenes para que se incorporen al programa. Ambos realizan actividades educativas en las escuelas de la localidad v en la comunidad e invitan a los jóvenes que muestran interés en involucrarse. Ambos también buscan a los jóvenes que no acuden a la escuela, valiéndose de grupos de su comunidad que agrupan a jóvenes, practican deportes y participan en las actividades comunitarias para asegurarse de que se unirán a estos grupos. Los Proveedores Pares de Jóvenes igualmente invitan a los compañeros de clase, amigos y familiares interesados en el tema. En 2011. CEMOPLAF atendió a 231 Proveedores Pares de Jóvenes, con un promedio de 12 por local. AMNLAE atendió a 198, con un promedio de 20 por local.

En la selección de Proveedores Pares de Jóvenes, los criterios prioritarios son el interés de los postulantes en ofrecer servicios e información a sus pares y su nivel de compromiso con esa tarea. Hay otros criterios como la iniciativa personal, las habilidades de contacto interpersonal y de comunicación, responsabilidad y tiempo suficiente para dedicarle a las actividades del programa. La mayoría de Proveedores Pares de Jóvenes informan que participan para aprender sobre la salud sexual y reproductiva y para ayudar a sus pares a evitar embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual. Las características demográficas de los Proveedores Pares de Jóvenes son similares a las de los jóvenes a quienes atienden. Los Proveedores Pares de Jóvenes de menos edad suelen atender a adolescentes menores, en tanto que los mayores orientan a adolescentes de mayor edad. Siguiendo el mismo criterio, los proveedores pares varones de chicos se encargan con más frecuencia de orientar a sus pares masculinos; las chicas atienden a sus pares femeninas. Gracias a este enfoque, ambas organizaciones mantienen un número equilibrado en edad y familia entre los Proveedores Pares de Jóvenes para asegurarse de que estén realmente cubriendo las necesidades de las comunidades participantes.

Los coordinadores forman y supervisan a los Proveedores Pares de Jóvenes. Las dos organizaciones cuentan con manuales de capacitación estandarizados, pero el proceso se adapta a las necesidades de cada local. El protocolo más común consiste en que los jóvenes reciben varias semanas de capacitación antes que se les entreguen condones e información básica a los pares, pero se les brinda capacitación adicional antes de ofrecerles otros métodos, como consejería y educación comunitaria.

Todos los planes de capacitación contienen módulos sobre: métodos anticonceptivos, que incluyen el mecanismo de acción, efectos secundarios y contraindicaciones; orientación y consejería sobre anticonceptivos; infecciones de transmisión sexual; procreación responsable; embarazo adolescente; sexualidad; pubertad; género; familia y violencia doméstica; autoestima; alcohol y drogas; comunicación, oratoria y técnicas para facilitar y animar el trabajo en grupo; cómo recopilar datos sobre anticonceptivos; y gestión del volumen de trabajo o del número de casos atendidos.

Se asegura la calidad de la atención de los Proveedores Pares de Jóvenes mediante cursos de actualización y supervisión dictados por los coordinadores. En Ecuador, los jóvenes sostienen reuniones semanales o quincenales. En Nicaragua se reúnen mensualmente como grupo y en el intermedio, individualmente con los coordinadores. En esos encuentros, los coordinadores de ambas organizaciones capacitan, discuten los problemas que han ido surgiendo en las sesiones de consejería, revisan los registros de anticonceptivos para controlar el volumen y el seguimiento y renuevan el stock de anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos se entregan gratuitamente a los Proveedores Pares de Jóvenes. Ellos también reciben una mínima retribución monetaria, así como casacas, gorros u otras prendas de vestir del programa. Algunos locales les ofrecen capacitación laboral o les dan préstamos semilla para financiar actividades que les generen ingresos. Estos incentivos son indispensables para conservarlos en el programa.

#### Servicios brindados 2007–2011

En Ecuador, los Proveedores Pares de Jóvenes de CEMOPLAF brindaron servicios con anticonceptivos a 27 418 jóvenes entre 2007 y 2011. El Cuadro 1 muestra la segmentación demográfica de estos jóvenes. En 2011, cada proveedor par de jóvenes atendía a 48 de sus

pares en promedio (en un rango de 24 a 119). En Nicaragua, los Proveedores Pares de Jóvenes de AMNLAE atendieron a 28 088 jóvenes entre 2007 y 2011. En 2011, cada uno de ellos atendió en promedio a 37 pares (en un rango de 15 a 60).

Todos los Proveedores Pares de Jóvenes ofrecen condones y píldoras anticonceptivas, enfatizando la importancia de los condones para la prevención de infecciones de transmisión sexual. En varios locales del programa, se capacita a los Proveedores Pares de Jóvenes para que ofrezcan anticonceptivos invectables y deriven a los pares para que se los apliquen. En CEMOPLAF, también ofrecen anticoncepción de emergencia. Todos los métodos ofrecidos están disponibles en farmacias sin receta médica. Cuando se formula consultas a los Proveedores Pares de Jóvenes, más allá de su experticia, refieren a sus pares a profesionales médicos: los coordinadores supervisan la calidad de la atención. Los Proveedores Pares de Jóvenes reciben de los coordinadores una lista de precios sugeridos para los distintos métodos anticonceptivos. Los precios siempre son más bajos en comparación con los de productos ofrecidos en farmacias o en clínicas privadas, aunque las estructuras de precios varían de acuerdo a la organización y al local. Cuando los jóvenes no pueden pagarlos, se entregan los métodos gratuitamente.

Cuadro 1. Características demográficas de jóvenes usuarios de anticonceptivos 2007-2011

	CEMOPLAF	AMNLAE
10–19 años de edad	98%	100%
20–24 años de edad	2%	0%
Mujeres	36%	46%
Hombres	64%	54%
Urbano	92%	93%
Rural	8%	7%
Solteros/as	93%	89%
Conviven con su pareja	8%	11%
Acuden a la escuela No están en la escuela actualmente	93% 7%	83% 17%

Los Proveedores Pares de Jóvenes no van en busca de sus pares para ofrecerles los métodos anticonceptivos. Ellos se ponen a disposición de sus pares como un referente en quien pueden confiar, se presentan en las clases y reuniones comunitarias y los jóvenes interesados se les acercan.

"A pesar de que soy padre, yo no comprendía las responsabilidades que acarreaba la paternidad [hasta que me uní al programa juvenil]. Yo creía que se trataba de tener sexo y nada más. Cuando la que hoy es mi esposa me dijo que tendríamos un hijo, me sorprendí v no supe cómo asumir esa responsabilidad. Busqué apoyo y orientación, pero no había quién me los diera en mi familia. No les podía decir porque si no, ¿qué habrían pensado de mí? Pensé que si se lo contaba a mis amigos me harían sentir mal. Al final, llamé a mi amigo de CEMOPLAF y se lo dije muy avergonzado. Me gustó la forma como empezó a aconsejarme. Poco a poco, me ayudó a comprender y a reconocer mis responsabilidades... v eso me hizo una mejor persona" (Cliente masculino del programa, 18 años de edad).

Los Proveedores Pares de Jóvenes llevan métodos anticonceptivos en sus mochilas y se reúnen con sus pares en cualquier momento y lugar que les resulte conveniente; frecuentemente, es en la jornada escolar o en los lugares donde practican el fútbol o en casa de alguno de ellos. Les dan amplia información sobre las opciones que hay en materia de anticonceptivos, incluyendo sus ventajas y desventajas v la forma cómo actúan, también les hablan de la prevención de infecciones de transmisión sexual en una forma adecuada para su edad y su nivel cultural. Cuando los jóvenes eligen un método, se les examina para ver si no hay contraindicaciones en su caso y reciben información adicional y, en esa misma cita, reciben el suministro para el primer mes. Hay un seguimiento, al menos mensual, cualquiera sea el método elegido. Numerosos proveedores pares de jóvenes reportan que ven todos los días. en la escuela o en el barrio, a los jóvenes que ellos atienden. En las visitas de seguimiento, muchos proveedores pares de jóvenes preguntan si con el método hay efectos secundarios, confirman que estén usándolo correctamente, responden preguntas y los vuelven a surtir del método que están usando. Las visitas iniciales pueden durar hasta media hora o más, dependiendo de los conocimientos que ya tenga el/la joven. Las visitas de seguimiento pueden durar unos pocos minutos para responder preguntas o inquietudes. Los Proveedores Pares de Jóvenes generalmente se reúnen con sus pares individualmente, aunque a veces su pareja esté presente.

Cuando los pares formulan consultas que superan el nivel de preparación de los Proveedores Pares de Jóvenes, los derivan a profesionales de la salud. En Ecuador, los jóvenes son derivados a los centros de salud de CEMOP-LAF donde hav personal capacitado en brindar servicios acogedores para personas jóvenes. Ellos tratan sobre las necesidades específicas de los jóvenes, reconocen su derecho a la información, a tomar sus propias decisiones y a disfrutar su sexualidad de forma saludable. Los centros de salud que brindan un trato amigable a los jóvenes, ofrecen horarios y lugares convenientes, cómodos y espacios apropiados para su edad, así como procedimientos administrativos que ellos puedan manejar. El personal trata a los jóvenes con confianza y respeto y mantiene la confidencialidad<sup>25</sup>. En Nicaragua, los coordinadores desarrollan buenas relaciones con proveedores locales y los jóvenes son derivados donde ellos.

Generalmente, los coordinadores conducen las actividades educativas para los padres y los profesores, en tanto que los Proveedores Pares de Jóvenes dirigen las actividades para estudiantes y grupos de la comunidad. En 2011, CEMOPLAF mantuvo contacto con 50.559 miembros de la comunidad, a través de actividades de comunicación, educación e información; y AMNLAE llegó a 52,440. Todas las actividades educativas y los respectivos materiales han sido adaptados al público al que van dirigidos por su nivel de alfabetización y orígenes sociales y culturales. Los materiales contienen imágenes de pueblos de la localidad, utilizan los idiomas de esos lugares, y vinculan la salud sexual y reproductiva con los temas locales relevantes.

"Gracias a CEMOPLAF, mi hijo no se casó tan pronto como lo hicieron sus otros hermanos... Otra hubiera sido mi vida si yo hubiera tenido condones y píldoras cuando era joven... Mi hijo [el menor] sí está enterado de los condones, porque si no lo estuviera, ya se habría casado... Él quiere trabajar y estudiar, y solo entonces, más adelante, quiere casarse. Yo hubiera querido que mis otros seis hijos pensaran así" (Padre).

Las actividades están diseñadas para satisfacer las necesidades de la comunidad. En zonas urbanas se realizan en escuelas, centros comunitarios o estadios de fútbol; en zonas rurales, en los mercados de la localidad, en eventos donde se brindan servicios a la comunidad o en los hogares. Las actividades incluyen talleres para jóvenes en la escuela, capacitación para maestros, grupos de debate para padres, visitas de puerta en puerta, quioscos educativos en los eventos de la comunidad, servicios de extensión en los iuegos deportivos o eventos de servicio a la comunidad, teatro de calle, exhibiciones de baile v funciones de títeres. La mayoría de actividades se realiza para grupos pero los Proveedores Pares de Jóvenes también ofrecen educación para pequeños grupos o incluso educación individual. Las organizaciones utilizan la programación radial para llegar a públicos más numerosos; los jóvenes graban y difunden avisos de servicio público y segmentos cortos acerca de la salud sexual y reproductiva. En Ecuador, donde la tecnología móvil no es cara y está muy difundida, CEMOPLAF emplea tecnologías móviles o computarizadas. Los y las jóvenes pueden enviar mensajes de texto, correos electrónicos o hacer llamadas al personal capacitado para que les respondan preguntas apremiantes. Además, la organización ha utilizado salas de chat en línea v redes sociales para difundir información.

Las organizaciones hacen que los Proveedores Pares de Jóvenes participen en campañas de promoción y defensa. En Nicaragua, AMNLAE coordinó con los jóvenes para que participaran en las cumbres locales y nacionales y, de esta manera, aseguraran su representación en el diálogo político. En Ecuador, los Proveedores Pares de Jóvenes de Latacunga recibieron amplia capacitación sobre derechos humanos y participaron en un intercambio virtual de defensores de las personas jóvenes de todo el mundo.

#### Desafíos y lecciones aprendidas

Como ocurre con todos los programas modelo, siempre hay desafíos que enfrentar. Uno

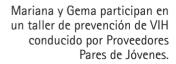


Flavio lleva en su mochila condones y píldoras anticonceptivas en su visita a una comunidad rural.

Paola (R) aconseja a una joven madre sobre las opciones anticonceptivas.



Silvia comparte sus conocimientos sobre píldoras anticonceptivas con Proveedores Pares de Jóvenes durante una capacitación.



de los principales retos es la sostenibilidad, considerando que los servicios se brindan gratuitamente o a precios muy reducidos. En CEMOPLAF, el programa juvenil atrae a nuevos clientes a los centros de salud, generando ingresos para cubrir costos del programa, v los gastos se integran en los presupuestos del centro de salud. AMNLAE proporciona préstamos a los locales para que pongan en marcha pequeños negocios que compensan algunos costos, que en realidad son muy pocos. Algunos locales han instalado negocios que podían ser desde cafés con internet hasta librerías de libros usados, atendidos por Proveedores Pares de Jóvenes. Las ganancias netas se invierten en el programa. La experiencia ha demostrado que la sostenibilidad es más viable en una organización de ese tipo que, como CEMOPLAF, puede generar ingresos a través del programa.

Es vital conseguir el apoyo de los líderes de las organizaciones. En CEMOPLAF se logran programas muy exitosos cuando los directores de los centros de salud apoyan; en cambio, cuando los directores no lo hacen suele haber conflictos y con frecuencia decaen. Las estrategias exitosas para propiciar el apoyo, incluyen la educación acerca del programa antes de ejecutarlo, demostrando los beneficios que crea para los ingresos de los centros de salud.

Para que el programa tenga éxito es fundamental que tenga el personal apropiado. CE-MOPLAF descubrió que los coordinadores que tienen mejores resultados son los que realmente le ponen mucha dedicación al trabajo con los jóvenes. Sin este nivel de compromiso, los Proveedores Pares de Jóvenes no se sienten apoyados y hay altas tasas de deserción. Las organizaciones deben lograr el equilibrio entre la sostenibilidad financiera y el personal adecuado. En la mayoría de locales de CEMOPLAF, los coordinadores tienen otras responsabilidades fuera de las del programa. Por ende, muchos informan que no tienen suficiente tiempo para cumplir con todas sus responsabilidades. En los locales de AMNLAE, los coordinadores trabajan a tiempo parcial por lo limitado de los presupuestos y el personal solo tiene tiempo para actividades mensuales de capacitación. Los Proveedores Pares de Jóvenes reportan a los Coordinadores y a Planned Parenthood Global que desean tener sesiones de capacitación y reuniones más frecuentes, pero para

ello aún no encuentran soluciones que les permitan tener personal en forma sostenible. Algunas posibilidades serían las de asignar más presupuesto para personal y reorganizar las responsabilidades de los puestos de trabajo.

La rotación de Coordinadores y Proveedores Pares de Jóvenes constituye otro desafío. Los directores de programas reportan que cuando su personal deja el cargo, los Proveedores Pares de Jóvenes también dejan el programa. Similarmente, cuando los Proveedores Pares de Jóvenes se van, se pierde el seguimiento a sus pares. Ambas organizaciones se esfuerzan por lograr que los jóvenes sientan que se invierte más en el programa que en algún miembro del personal. En Nicaragua, los coordinadores entablan relaciones interpersonales con los Proveedores Pares de Jóvenes y con sus pares. Invitan a los jóvenes a participar en eventos educativos y de otro tipo, porque eso fomenta su participación. Los coordinadores en Ecuador detectaron que cuando forjan relaciones entre Proveedores Pares de Jóvenes, sus pares v el personal del centro de salud los alientan a regresar. Se necesita un poco más de esfuerzo para mejorar la continuación del programa.

El monitoreo del nivel de satisfacción de los jóvenes con respecto a los servicios y la información que reciben de los Proveedores Pares de Jóvenes, también resulta problemático, pues muchos prefieren permanecer en el anonimato. Actualmente, la mayor parte de la supervisión de Proveedores Pares de Jóvenes se hace controlando los registros de anticonceptivos v evaluando sus habilidades mediante actividades educativas. CEMOPLAF está realizando un sistema piloto en el cual los Proveedores Pares de Jóvenes les piden a los pares que respondan una encuesta anual de satisfacción. En AM-NLAE, sí es posible un monitoreo adicional y ad hoc debido a las relaciones personales que tienen los coordinadores con los jóvenes. La experiencia ha demostrado que los coordinadores deben involucrarse en la relación, desde un inicio, sin deiar de lado la confidencialidad. Se necesitan nuevas estrategias para facilitar este proceso.

Tanto las barreras financieras como logísticas desafían la disponibilidad de los productos anticonceptivos y un suministro irregular afecta negativamente su uso. En 2008–2009, se produjo una caída estrepitosa en el volu-

men de stock en CEMOPLAF, cuando la nueva reglamentación aduanera produjo una escasez de píldoras anticonceptivas. Para el éxito del programa, es imprescindible invertir en la compra de los productos básicos.

Conseguir el apovo de la comunidad también es un gran desafío. Las escuelas, los padres de familia, los líderes de la comunidad y las entidades religiosas, todos en general, han manifestado su preocupación sobre el modelo del programa en algunas comunidades. Las dos organizaciones se han enfrentado con esa situación y, para ello, han trabajado en estrecha colaboración con estos grupos para propiciar que comprendan con la mayor amplitud el programa v la salud sexual v reproductiva. En zonas rurales, CEMOPLAF ha colaborado con organizaciones que confían en ellas para facilitar la implementación y también han hecho visitas de puerta en puerta, antes de empezar los servicios anticonceptivos.

La última lección aprendida es que el acceso a la anticoncepción, a través del programa, es esencial; la educación entre pares, por sí sola, no elimina los obstáculos que hay para obtener los métodos anticonceptivos.

"¿Para qué sirve toda esta información sobre cómo usarlos si no los tenemos? Sería puro palabreo en la calle, pero nada más" (joven usuario de anticonceptivos).

"No tiene ningún valor eso de hablar, hablar, hablar y nada más" (Proveedor de Par de Jóvenes).

"Creo que lo ideal es tener los anticonceptivos y la información... Es más fácil y más accesible para los jóvenes. De esa manera también pueden poner en práctica el aprendizaje que han recibido" (madre).

#### Evaluaciones del programa

La información de este artículo se basa en los diez años de monitoreo y evaluación del programa, el cual se concentra en tres evaluaciones.

La primera, en 2004, fue realizada por Planned Parenthood Global para evaluar los programas Proveedor Pares de Jóvenes tanto de CEMOPLAF como de AMNLAE, con el fin de identificar los beneficios a largo plazo de la participación en el programa y específicamente, sobre las conductas y resultados en la salud. Proveedores Pares de Jóvenes de seis ciudades realizaron entrevistas estructuradas usando una encuesta de 33 ítems sobre el uso de anticonceptivos y el historial de embarazos y nacimientos. Se eligieron al azar 597 personas para que respondieran las preguntas de los archivos de usuarios de anticonceptivos cuyos registros tenían cinco años o más de antigüedad. Estas personas habían participado en el programa durante tres años en promedio.

La segunda, en 2007 y 2009, fue la evaluación de CEMOPLAF de su programación en todo el Ecuador utilizando la Técnica del Cambio Más Significativo<sup>26</sup>. En esta, recabaron 92 entrevistas en un proceso cualitativo de evaluación participativa para medir el impacto del programa. La encuesta tenía seis preguntas: ¿cómo se incorporaron los participantes en el programa?, ¿qué consecuencias tenía su actual participación?, ¿qué cambios habían visto ellos como resultado del programa?, ¿cuál era el más significativo, ¿por qué?, ¿qué recomendaciones tenían para el programa?

La tercera fue en 2010, cuando Planned Parenthood Global realizó 15 entrevistas a profundidad que comprendían la evaluación de los participantes respecto a las fortalezas, debilidades, impactos y problemas operativos de CEMOPLAF, incluyendo los aspectos de supervisión y capacitación<sup>27</sup>.

Teniendo en cuenta que las metodologías eran similares y las categorías de respuesta de la segunda y tercera evaluación también, se combinaron sus resultados para analizarlos en conjunto. Entre los 107 entrevistados había Proveedores Pares de Jóvenes actuales y otros que lo habían sido en el pasado, jóvenes que recibían asesoramiento y métodos a través del programa, estudiantes que recibían capacitación con regularidad de Proveedores Pares de Jóvenes o de los coordinadores, padres de participantes en el programa, personal de la organización, personal de las escuelas participantes y otros jóvenes. Ambas evaluaciones contenían muestras intencionales y muestreo de conveniencia.

#### Resultados: encuesta de 2004

La encuesta de 2004 reveló que el uso de anticonceptivos en los jóvenes había alcanzado

niveles muy elevados, entre quienes habían sido atendidos anteriormente por Proveedores Pares de Jóvenes (Cuadro 2). Tres cuartas partes de los encuestados eran sexualmente activos mientras que el 95% de los que declararon estar sexualmente activos informó que actualmente usaba anticonceptivos. Este porcentaje aumentó a 98% entre los que no querían un embarazo al momento de la encuesta.

Estos niveles son muy elevados en relación con datos comparables disponibles. En la población general de Nicaragua en 2001, 63% de las personas con actividad sexual y con edades que iban de los 15 a los 24 años, utilizó un método anticonceptivo moderno<sup>28</sup>. En la población general en Ecuador en 2004, 64% de jóvenes de 15 a 24 años que vivía con una pareja, utilizaba un método anticonceptivo moderno<sup>29</sup>. Las tres cuartas partes de los encuestados no había utilizado nunca un condón para prevenir infecciones de transmisión sexual, lo que también se comparaba favorablemente con la población en general. En Nicaragua, menos de una cuarta parte de las mujeres menores de 30 años jamás había usado un condón<sup>28</sup>.

Cuadro 2. Datos demográficos sobre actividad sexual y uso de anticonceptivos o condones. Respondieron la encuesta CEMOPLAF y AMNLAE, 2004			
Respuesta	CEMOPLAF (n = 297)	AMNLAE (n = 299)	
Edad	22	22	
Femenino	35%	38%	
Masculino	65%	62%	
Actualmente tiene actividad sexual	85%	63%	
Actualmente usa anticonceptivos	93%	97%	
Condones	47%	35%	
Píldoras anticonceptivasª	30%	28%	
Condones con Píldoras anticonceptivas <sup>a</sup>	No se ha recopilado ese dato	36%	
Otros <sup>b</sup>	23%	1%	
Alguna vez ha usado condones para evitar las ITS	72%	75%	

a. Entre los encuestados que tienen actividad sexual

#### Resultados: evaluaciones cualitativas

Ecuador 2007-10 El impacto del programa de CEMOPLAF sobre el uso de anticonceptivos fue sustentado con las evaluaciones cualitativas, en las cuales seis por ciento de los jóvenes encuestados indicó, espontáneamente, una disminución en los embarazos de adolescentes en sus comunidades, resultante del programa de Proveedores Pares de Jóvenes.

"He visto [el cambio] en la secundaria... mi hija y las chicas de su clase se graduaron y ninguna estaba encinta, aunque tenían vida sexual activa" (madre).

El efecto más común mencionado por los encuestados fue el aumento de conocimientos. Casi la mitad (49%) mencionó una o más áreas

de conocimiento específicas que había mejorado en los participantes, incluyendo prevención del embarazo, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, VIH, sexualidad, y anatomía. Muchos entrevistados indicaron que este conocimiento permitía a los jóvenes ser responsables de su salud; en particular, protegiéndose contra infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

"Antes no sabía absolutamente nada sobre condones o píldoras, y ahora me puedo proteger" (Alumno de secundaria).

El segundo efecto del programa más comúnmente mencionado fue el crecimiento personal, señalado por 42% de los entrevistados. Los participantes en el programa maduraron emocional e intelectualmente, se volvieron

b. Anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos, condones femeninos

más responsables y tomaron mejores decisiones, incluso con relación a su salud y conducta sexual y reproductiva, consumo de alcohol y drogas, y participación en pandillas.

"En estos cuatro años los he [observado], los he visto crecer no solo físicamente sino también en su madurez emocional e intelectual, son más responsables y actúan en forma responsable" (miembro del personal de CEMOPLAF).

Veintidós por ciento de los encuestados mencionó una mayor autoestima, confianza en sí mismos y habilidades de liderazgo en los jóvenes que participaron en el programa. Muchos notaron que habían tenido baja autoestima al ingresar al programa, pero que su participación los hizo valorarse y respetarse más a sí mismos.

"Uno de los cambios más importantes fue llegar a conocerme a mí mismo y mejorar mi autoestima... No tenía fe en mí mismo y, sobre todo, me odiaba. En CEMOPLAF me enseñaron no solo qué es un anticonceptivo, me enseñaron a quererme, a respetar mi cuerpo, mis sentimientos y sobre todo, mis ideas" (Proveedora Par de Jóvenes).

Veintitrés por ciento de los entrevistados dijo que habían mejorado sus habilidades de comunicación tanto en salud sexual y reproductiva como en otros temas en general. Los jóvenes reportaron sentirse más abiertos, expresivos y cómodos al hablar de sexualidad. La participación en el programa también llevó a los jóvenes a respetar a los demás, según el 11% de los entrevistados.

"He aprendido a vivir con otras personas, a respetar los comentarios y las ideas de los demás... porque todos somos personas y debemos respetarnos unos a otros" (Proveedor Par de Jóvenes).

Un importante número de entrevistados resaltó las mejoras en las relaciones de los jóvenes dentro de su familia (27%) y con sus amigos (17%). Los jóvenes y sus familias notaron mayor confianza y apoyo en las relaciones dentro de su familia y experimentaron un reforzamiento de los vínculos con sus amigos.

"Cuando entré al programa tenía muchos problemas familiares. Nadie me escuchaba en casa y todo se resolvía con violencia. Empecé a beber y no tenía ningún buen amigo ni nadie que entendiera mi situación. Cuando entré al programa por curiosidad, descubrí que allí existía un espacio donde podía ser yo mismo y ser entendido, y yo mismo pude entender por qué era como era, y así fue cómo el programa se convirtió en mi hogar y los otros jóvenes en mi familia... Hay muchos jóvenes a quienes no los entienden en sus casas y el programa es una herramienta fundamental para ayudarlos a crecer" (Proveedor Par de Jóvenes).

Varios de los entrevistados (7%) notaron que los jóvenes que participaron en el programa se involucraron más en sus escuelas. Empezaron a participar más en clase y a concentrarse en sus estudios. Cinco por ciento de los participantes observó una mejora en las relaciones entre los profesores y los estudiantes que participaron en el programa.

El monitoreo y evaluación en curso del programa revela que muchos efectos del modelo son a más largo plazo de lo que se desprende de los típicos mecanismos de evaluación. Cinco por ciento de los entrevistados mencionó que tenía mayores aspiraciones profesionales a raíz de su participación. Muchos han asumido roles de liderazgo dentro de las ONG y organizaciones gubernamentales e internacionales, y algunos vienen trabajando en temas de salud sexual y reproductiva, así como en otros temas de justicia social, por períodos de hasta 15 años después de haber tenido contacto con el programa.

#### **Conclusiones**

El modelo de Proveedor Par de Jóvenes ofrece a los jóvenes acceso a información y servicios de salud vitales, y representa una oportunidad importante para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y más allá. Las evaluaciones del programa proveen evidencia sólida de que la participación en el programa conduce a comportamientos saludables, incluyendo el uso de anticonceptivos. Las mejoras de conocimientos y habilidades ganadas al participar, incluyendo habilidades de comunicación y toma de decisiones,

pueden promover comportamientos protectores. La madurez, autoestima y confianza en sí mismos que desarrollan los participantes puede contribuir a resultados positivos de salud<sup>30</sup>. El impacto del programa es más amplio de lo que originalmente se pensó, alcanzando no solo a los jóvenes directamente involucrados con el programa, sino también a sus comunidades. La participación parece promover relaciones más sólidas entre los jóvenes y sus amigos, familia y profesores, con mayor respeto y mejor comunicación dentro de dichas relaciones. Estos factores pueden impactar positivamente en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes al reducir las barreras a la información v el cuidado de la salud. Dado el amplio potencial de resultados positivos, creemos que estos programas deben ampliarse a nuevas áreas y organizaciones. Las lecciones aprendidas de la puesta en marcha del programa Proveedor Par de Jóvenes también pueden reforzar otros programas en ejecución que apunten a mejorar el acceso de los y las adolescentes a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

#### Agradecimientos

Quisiéramos agradecer al personal de AMN-LAE y CEMOPLAF por su trabajo incansable en América Latina, así como al personal, antiguo y actual de Planned Parenthood Global, por su apoyo a estos esfuerzos. Específicamente, quisiéramos agradecer a Teresa de Vargas, Elsa Racines, Adaly Ordoñez y Martha Ambota, por su constante compromiso. También quisiéramos agradecer a Diana Santana por sus importantes contribuciones a este artículo, a Kelley Carnwath, Ellen Clancy, Jessica Getz, Alana Ortez, Heather Sayette y Wendy Sheldon, por su ayuda con el soporte técnico, monitoreo y evaluación.

\* Planned Parenthood Global desarrolló un Manual de Réplica del Programa Proveedor Par de Jóvenes. Este manual proporciona orientación detallada y materiales de capacitación integral para organizaciones que estén estudiando la posibilidad de implementar el programa. Véalo en: www.plannedparenthood.org/images/PP\_Global\_YPP\_Manual.pdf.

#### Referencias

- Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, et al. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet 2007;369(9568):1220-31.
- WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. Programming for adolescent health and development. Geneva: WHO; 1999.
- Hughes J, McCauley AP. Improving the fit: adolescents' needs and future programmes for sexual and reproductive health in developing countries. Studies in Family Planning 1998;29(2): 233–45.
- 4. Guttmacher Institute, International Planned Parenthood Federation. In Brief: Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world. New York: Guttmacher Institute; April 2010. www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents- SRH.pdf.
- Mangiaterra V, Pendse R, McClure K, et al. MPS Notes: adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2008. www.who.int/ maternal\_ child\_adolescent/documents/mpsnnotes\_ 2\_lr.pdf.
- 6. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infec-

- tions among adolescents: the need for adequate health services. Geneva: World Health Organization & Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit: 2005.
- Shah I, Åhman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. Reproductive Health Matters 2004;12(24 Suppl):9–17.
- 8. Biddlecom AE, Hessburg L, Singh S, et al. Protecting the next generation: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy. New York: Guttmacher Institute; 2007.
- 9. Biddlecom AE, Munthali A, Singh S, et al. Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. African Journal of Reproductive Health 2007;11(3):99–110.
- Rani M, Figueroa ME, Ainsle R. The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens. International Family Planning Perspectives 2003;29(4): 174–81.
- 11. Ross DA, Dick B, Ferguson J, editors. Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries. Geneva:

- UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People, 2006.
- 12. Kirby D, Laris BA, Rolleri L. Impact of sex and HIV education programmes on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Research Triangle Park: Family Health International/YouthNet; 2005.
- Goicolea I, Coe AB, Hurtig AK, et al. Mechanisms for achieving adolescent-friendly services in Ecuador: a realist evaluation approach. Global Health Action 2012;5.
- World Health Organization Department of Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva; WHO; 2010.
- 15. Saavedra M. Young people in Bogota, Colombia develop their own strategies to prevent risky sexual behavior. SIECUS Report 1996;24(3):10–12.
- 16. Li S, Huang H, Cai Y, et al. Evaluation of a school-based HIV/AIDS peer-led prevention programme: the first intervention trial for children of migrant workers in China. International Journal of STD & AIDS 2010;21: 82–86.
- Wolf RC, Pulerwitz J. The influence of peer versus adult communication on AIDS-protective behaviors among Ghanaian youth. Journal of Health Communication 2003;8(5):463–74.
- Brieger WR, Delano GE, Lane CG, et al. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education programme. Journal of Adolescent Health 2001;29(6):436–46.
- 19. Speizer I, Tambashe BO, Tegang SP. An evaluation of the "Entre Nous Jeunes" peer educator programme for adolescents in Cameroon. Studies in Family Planning 2001;32:339–51.
- Peña R, Quintanilla M, Navarro K, et al. Evaluating a peer intervention strategy for the promotion of sexual health-related knowledge and skills in

- 10- to 14-year-old girls. Findings from the "Entre amigas" project in Nicaragua. American Journal of Health Promotion 2008;22(4):275-81.
- Perez F, Dabis F. HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia. AIDS Care 2003;15(1): 77–87.
- 22. Re MI, Pagani L, Bianco M. Assessing workshops on sexuality with Argentinian youth. AIDS STD Health Promotion Exchange 1996;(3):13–15.
- Instituto Nacional de Información para el Desarrollo. Cifras municipals. Managua: INIDE; 2008. www.inide. gob.ni/censos2005/CifrasMun/tablas\_ cifras.htm.
- 24. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Banco de Información. Ecuador; 2011. www.inec.gob. ec/estadísticas/?option=com\_content&view=articleftid= 109&Itemid=88.
- Nelson K, MacLaren L, Magnani R. Assessing and planning for youth friendly reproductive health services. Workbook No.1: Planning for an assessment & collecting data. Washington, DC: Pathfinder International; 2000.
- Davies R, Dart J. The 'Most Significant Change' (MSC) technique: a guide to its use. www.mande. co.uk/ docs/MSCGuide.pdf.
- 27. Planned Parenthood Global. Youth Peer Provider Replication Manual. New York, NY; 2011.
- 28. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. Managua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud; 2002.
- Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004. Quito: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social; 2005.
- 30. Lipovsek V, Karim AM, Gutiérrez EZ, et al. Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study. Adolescence 2002;37(146):335–52.



## © 2015 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2015;23(46):185–192

0968-8080/11 \$ - see front matter
DOI: 10.1016/J.RHM.2015.11.008



### La salud sexual en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): implicancias en las mediciones y más\*

Doris Chou a, Sara Cottler a, Rajat Khosla a, Geoffrey M. Reed b,c, Lale Say a

- a Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza. Correspondencia: choud@who.int
- b Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Ginebra, Suiza
- c Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. México

Resumen: Este artículo examina diferentes dimensiones de la salud sexual con relación a la medición de los indicadores de salud sexual y los cambios propuestos en la Clasificación Internacional de Enfermedades para tratar asuntos relacionados con la sexualidad y salud sexual, con la finalidad de dar información sobre la formulación de políticas y programas de salud. La falta de mecanismos para monitorear y evaluar los resultados en salud sexual ha impedido la formulación de políticas y programas que apoyen la salud sexual. El posible impacto de los cambios a la CIE-11 es importante y de gran alcance, dado que la CIE es utilizada por los países para definir la elegibilidad y el acceso a los servicios de salud y para formular políticas y leyes pertinentes, y es utilizada por profesionales de la salud como base para conceptualizar condiciones, tratamientos y resultados en salud. Al mejorar la medición de los indicadores relacionados con la salud sexual, se crea la base de evidencia sobre conocimientos científicos de sexo, sexualidad, salud y derechos sexuales. Ahora que estamos en la cúspide de la era post 2015 y la agenda de desarrollo pasa a ser los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se presenta una oportunidad única para considerar más a fondo cómo definir, conceptualizar y monitorear la salud sexual. © 2016 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: salud sexual, sexualidad, Clasificación Internacional de Enfermedades, medición sexual.

#### Introducción

La sexualidad y la salud sexual son dos conceptos muy cercanos entre sí y que además son fundamentales para la salud y el bienestar general de las poblaciones. Sin embargo, los avances hacia el desarrollo de un enfoque integral para la salud sexual han sido relativamente lentos. La salud sexual fue definida por primera vez en un Informe Técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975 como "la integración de los aspectos so-

máticos, emocionales, intelectuales y sociales de un ser sexual, de forma que sea enriquecedora positivamente y que realce la personalidad, la comunicación y el amor". Veinte años después, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) incluyó la salud sexual como parte de la definición de salud reproductiva, indicando que su propósito es "mejorar la vida y las relaciones personales, y no solo brindar información y cuidados relacionados a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual".2 Hoy, a pesar de las repetidas afirmaciones y la importancia fundamental de la sexualidad y la salud sexual para la salud, y bienestar general de los individuos y las poblaciones, estos temas siguen siendo incom-

<sup>\*</sup> Las autoras son miembros del plantel de la Organización Mundial de la Salud. Solo las autoras son responsables de los puntos de vista expresados en esta publicación y no representan necesariamente las decisiones o políticas de la Organización Mundial de la Salud.

prendidos, estigmatizados y menoscabados en las negociaciones intergubernamentales, con lo cual afectan adversamente la disponibilidad y el uso de los programas y servicios de salud sexual.<sup>3,4</sup>

Este artículo evalúa las distintas dimensiones de la salud sexual para abordar la medición de los indicadores de salud sexual y los cambios propuestos en la Décimo Primera Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) para tratar las cuestiones relacionadas a la sexualidad y la salud sexual con el objetivo de brindar datos precisos a quienes son responsables de la formulación de políticas y a quienes toman decisiones en la programación sobre este tema.

La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental v social con relación a la sexualidad; no se trata solamente de la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, voluntarias y sin presiones, discriminación o violencia. Para obtener y mantener la salud sexual, es preciso que se respeten, protejan y acaten los derechos sexuales de todas las personas.<sup>5</sup> La salud sexual no puede ser definida, comprendida, ni puesta en práctica si no se ha estudiado detenidamente la sexualidad, que es la base que sustenta conductas v resultados importantes relacionados con la salud sexual. La sexualidad es "... un aspecto que ocupa un lugar central durante toda la vida del ser humano [v] abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas son siempre experimentadas o expresadas. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales".5

A fin de lograr que todas las personas tengan estos niveles de salud sexual y reproductiva, la Resolución (55.19) de la Asamblea Mundial de la Salud solicitó que la OMS desarrolle una estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas de desarrollo relacionados con la salud reproductiva. La respuesta de la OMS fue el desarrollo de la Estrategia de Salud Reproductiva (ESR) amplia y de largo alcance.<sup>6</sup> La ESR señala enfáticamente que para lograr estas metas globales de salud sexual y reproductiva se tiene que actuar concretamente en los niveles de prestación de servicios, sistemas, programático, legislativo y político.<sup>6</sup>

Si bien las definiciones integrales que da la OMS a la salud sexual y a la sexualidad abarcan una diversidad mucho mayor de problemas, incluvendo la satisfacción sexual v diversas formas de expresión sexual, a menudo se ha utilizado la presencia de enfermedades como factor de referencia al hacerse evaluaciones cuantitativas o reportarse avances para alcanzar la salud sexual y reproductiva. Es más, los programas relacionados con la salud sexual se han descrito casi exclusivamente como intervenciones para controlar la presencia de enfermedades. Además, los programas relacionados a la salud sexual han sido descritos casi exclusivamente por las intervenciones para prevenir v tratar las infecciones transmitidas por contacto sexual (ITS) y los embarazos no deseados.<sup>7</sup> En este sentido, el peso de las enfermedades han tenido, cuantitativamente, un efecto negativo, pues los casos propios de la salud sexual han sido contabilizados de manera negativa al incluir en ese conjunto el peso de enfermedades como, por ejemplo, el contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Se le ha sumado también los nefastos resultados que tiene en la salud el acceso restringido a métodos anticonceptivos, a abortos seguros, la persistencia de la violencia sexual y la mutilación genital femenina. La sumatoria de todos estos trastornos, representa una pesada carga de enfermedades en todo el mundo.8 Un estudio de 2004 estimó que las muertes y discapacidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva representaban el 18.4% de la carga mundial de enfermedades y el 32% de la carga de enfermedades entre mujeres de 15 a 44 años de edad.9

Es indispensable expandir la medición de indicadores relacionados a todos los aspectos de la salud sexual, los positivos y los negativos, para que esa información ayude a volver más coherente el desarrollo de las intervenciones de salud sexual; lo mismo debe hacerse con sus enlaces con la salud y los derechos reproductivos. Esto requiere herramientas de medición para recolectar datos y políticas que sean internacionalmente comparables y que hayan sido establecidas para desarrollar y fortalecer los sistemas de información sanitaria. Lamentablemente, a muchos países, especialmente a los países de ingresos bajos a medios, les resulta muy difícil producir datos útiles sobre salud sexual debido a la escasez de recursos y, a veces, falta del compromiso necesario.

### Enmarcar la salud sexual para facilitar su medición

#### Clasificación Internacional de Enfermedades

Para mejorar la medición de la salud sexual es necesario que la cooperación internacional establezca normas para la recopilación y difusión de datos, también se requiere cooperación global y el consenso internacional sobre estos temas para promover normas o estándares de salud sexual.<sup>10</sup>

Los países se han comprometido a recopilar y brindar informes estadísticos sobre la salud usando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).11 El CIE es un principio de información en salud para codificar la mortalidad v morbilidad, las señales, síntomas, razones para el encuentro y causas externas tanto para las lesiones como para la enfermedad. La clasificación provee un principio y un sistema de medición internacionalmente comparables para ser utilizados en las estadísticas nacionales e internacionales de salud para informar a los gobiernos y otros organismos de salud pública, sistemas de salud y clínicas. Como tal, cumple un rol determinante para enmarcar la interpretación del concepto en el material médico y epidemiológico; con orientación clínica; en estudios de investigación; v con relación al reembolso médico. 12,13

La recolección exitosa de información lograda a través del CIE facilita el uso y recopilación de información de salud en una variedad de contextos de recursos promoviendo la toma de decisiones basada en información cuantitativa. Esta información también facilita la comparación de la incidencia de enfermedades y los resultados entre distintos países y diferentes sistemas de salud en todo el mundo.<sup>13</sup> El CIE es utilizado para convertir un diagnóstico en un código alfanumérico, lo que permite el fácil almacenamiento, uso y análisis de la información <sup>14</sup>

#### El CIE y la salud sexual

El CIE actual, que corresponde a la décima revisión (CIE-10), está dividido en 22 capítulos. Si bien algunos capítulos como "algunas enfermedades infecciosas y parasitarias" han sido reunidos con base en la etiología o naturaleza de la enfermedad, la mayoría de los capítulos están organizados según su origen en el sistema corporal (biológico) u orgánico (de los órganos), como, por ejemplo, el capítulo "Enfermedades del aparato genitourinario".

Actualmente, se está revisando el CIE tanto en su contenido como en su estructura para poder reflejar mejor el progreso de las ciencias de la salud y la práctica médica. Asimismo, se ha programado la presentación de la undécima revisión del CIE (CIE-11) para ser aprobada durante la Asamblea Mundial de la Salud en 2018. Una meta de este proceso de revisión es mejorar la utilidad clínica que permitirá que los usuarios generen mejor información y que esta sea más significativa. 10,15

Conceptualmente, la salud sexual y la reproductiva están estrechamente ligadas. Sin embargo, los avances en la anticoncepción de los últimos 50 años han liberado cada vez más la conducta sexual de sus consecuencias reproductivas. La salud sexual es importante durante toda la vida de las personas, no solo de aquellas que están en la etapa reproductiva, sino también de las jóvenes y personas mayores y es que la salud sexual no se limita a condiciones físicas y orgánicas.

A fin de reflejar estos matices, en el CIE-11, la OMS trabaja para crear propuestas con relación a la ubicación, definiciones y otras informaciones de diagnóstico para estas categorías en el CIE-11. Esto requiere examinar cuestiones relacionadas a los siguientes capítulos del CIE-10:

- Enfermedades del sistema genitourinario.
- Embarazo, parto y el puerperio.

- Algunas condiciones que se originan en el periodo perinatal y neonatal.
- Trastornos mentales y de comportamiento.

Los cambios que se proponen a continuación reflejan la evidencia científica actual y las mejores prácticas para apoyar la prestación de servicios de salud accesibles y de alta calidad, que respondan mejor a las necesidades, experiencias y derechos humanos de las poblaciones afectadas.

### Revisar la clasificación de las condiciones relacionadas con la salud sexual

Tomando en cuenta la definición de salud sexual y la necesidad de medir la salud sexual, los expertos han propuesto la creación e inclusión de un nuevo capítulo de salud sexual en el CIE-11. Presentar todos los conceptos en un capítulo ayuda a definir mejor el ámbito de la salud sexual y facilita la tabulación especializada de la información implicada. De acuerdo a las dimensiones / criterios del CIE, los siguientes conceptos re-

lacionados a la salud sexual pueden ser medidos e informados:

- Disfunciones sexuales
- Mutilación genital femenina
- Incongruencia de género
- Infecciones de transmisión sexual
- Violencia contra las mujeres
- Embarazados no deseados
- Abortos inducidos

Aunque estos conceptos han sido propuestos para ser presentados juntos en el capítulo de salud sexual del CIE-11, con fines de tabulación estadística, algunos han sido contabilizados en sus capítulos originales, como ocurre con las infecciones, violencia o aborto, mientras que otros están ahora principalmente tabulados en el capítulo sobre salud sexual, por ejemplo: las disfunciones sexuales. (Tabla 1) Este artículo se concentra en las categorías que serán principalmente tabuladas en el nuevo capítulo CIE-11: "Condiciones relacionadas a la salud sexual". Las categorías del CIE-11 que se ven interrelacionadas con este capítulo se describen brevemente en el Cuadro 1.

Tabla 1. Contenido propuesto del capítulo sobre salud sexual en el CIE-11			
Título en código propuesto del CIE-11	Capítulo CIE-10	Capítulo CIE-11	
Conceptos principalmente vinculados al nuevo capítulo de salud sexual			
Disfunciones sexuales	Dividida en dos capítulos: enfermedades del sistema genitourinario y trastornos mentales y de comportamiento	Condiciones relacionadas a la salud sexual	
Mutilación genital femenina	No codificado	Condiciones relacionadas a la salud sexual	
Incongruencia de género	Trastornos mentales y de comportamiento	Condiciones relacionadas a la salud sexual	
Conceptos que se han retirado de la clasificación			
Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados al desarrollo y la orientación sexual	trastornos mentales y de comportamiento	Se recomienda su eliminación	
Condiciones "cross-listed" (en listas de referencia cruzada con) el capítulo sobre salud sexual			
Enfermedades de transmisión sexual	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	
Violencia contra las mujeres	Causas externas de morbilidad y mortali- dad	Causas externas de morbilidad y mortali- dad	
Embarazos no deseados	Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los servicios de salud	Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los servicios de salud	
Abortos inducidos	Embarazo, parto y puerperio	Embarazo, parto y puerperio	

#### Condiciones relacionadas a la salud sexual

#### **Disfunciones sexuales**

Se ha prestado relativamente poca atención al funcionamiento o satisfacción sexual, a pesar de ser un aspecto fundamental de la experiencia humana. La poca cantidad de información existente varía en las distintas culturas y está relacionada con diferencias culturales y de creencias sobre la sexualidad. La evidencia disponible sugiere que las disfunciones sexuales son comunes y pueden tener un impacto cada vez mayor en la vida de las personas. Existe cada vez más conciencia de que el funcionamiento sexual también debería ser estudiado y medido porque tiene un vínculo importante con la salud sexual.<sup>7</sup>

En su enfoque de clasificación de las disfunciones sexuales, la CIE-10 representa una dicotomía entre las condiciones "orgánicas" y "no-orgánicas"

Las disfunciones sexuales "inorgánicas" están incluidas en el capítulo sobre "trastornos mentales y de comportamiento" mientras que las disfunciones sexuales "orgánicas" están en su mayoría en el capítulo "Enfermedades del sistema genitourinario". Esta distinción se basa en la dualidad histórica entre el cuerpo y la mente, cuando los trastornos mentales que no tienen una anomalía fisiológica o estructural detectable eran considerados inorgánicos. Sin embargo, este enfoque no es consistente con la evidencia actual o las prácticas clínicas. <sup>16</sup>

Se ha propuesto una clasificación integrada de las disfunciones sexuales para que la CIE-11 las incluya en su capítulo sobre "Condiciones relacionadas a la salud sexual", aunando las disfunciones sexuales que previamente se habían clasificado como "trastornos mentales y de comportamiento" y la mayoría de los que antes se habían clasificado como "Enfermedades del sistema génito-urinario", para reflejar más exactamente el hecho de que estas condiciones tienen tanto componentes psicológicos como biológicos. Las disfunciones sexuales se describen como "Síndromes que comprometen las varias formas en las que los hombres y mujeres adultos puedan tener dificultades experimentando personalmente y satisfaciendo actividades sexuales no coactadas". La respuesta sexual es una interacción compleja de procesos psicológicos, interpersonales, sociales, culturales, fisiológicos e influenciados por el género; uno o más de estos factores podrían tener efecto sobre cualquier etapa del ciclo de respuesta sexual.

La poca evidencia que existe muestra que muchas personas evitan tener relaciones sexuales a causa de sus problemas sexuales; sin embargo, muy pocas buscan ayuda para resolverlos. Identificar otros factores asociados a brindar informes sobre el funcionamiento sexual podría ayudar a entender mejor cómo la CIE y otros mecanismos pueden ayudar a mejorar la medición. Otro beneficio potencial de clasificar las disfunciones sexuales integralmente fuera del capítulo sobre "trastornos mentales y de comportamiento" podría ser normalizar y desestigmatizar estas condiciones.

#### Mutilación Genital Femenina

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una violación a los derechos humanos de las niñas y las mujeres que refleja una profundamente arraigada desigualdad entre los sexos, y constituye una forma de discriminación extrema contra las mujeres. La MGF consiste en todo procedimiento que involucre la extirpación parcial o total del aparato genital femenino externo, o cualquier otro daño a los órganos genitales femeninos por motivos que no sean médicos. Existen cuatro tipos principales de MGF.<sup>22</sup>

Uno de los principales obstáculos para lograr la meta de erradicar la MGF y desarrollar estrategias para minimizar los resultados negativos en salud, es la falta de evidencias o pruebas de calidad. Incluir la recolección de datos sobre la MGF y sus cuatro subtipos en la CIE-11 permitirán, por primera vez, una recopilación de datos que ayudará a informar las decisiones políticas, la asignación de recursos, reducir los sufrimientos y discapacidades a largo plazo y mejorar la capacitación de los cuidadores para MGF.

La MGF puede causar consecuencias inmediatas y a largo plazo que varían según el tipo, entorno y experiencia de la mujer. La prevalencia de complicaciones para varios tipos de MGF ha sido a menudo discutida como un vacío de la investigación. Codificar la historia personal de MGF de una paciente, en combi-

#### Cuadro 1 Condiciones relacionadas a la salud sexual

#### Enfermedades de transmisión sexual

La información epidemiológica sobre el VIH y otras ITS puede ser capturada a través de la CIE, donde los códigos de los diagnósticos están organizados en un capítulo que se basa en la naturaleza etiológica del proceso de la enfermedad. En CIE-10, el VIH/SIDA quedará como una enfermedad contagiosa, separada de la salud sexual y reproductiva. En CIE-11, las ITS continuarán siendo organizadas dentro del capítulo de enfermedades infecciosas para reflejar su etiología infecciosa. Aunque no todas las infecciones del tracto reproductivo se transmiten por vía sexual, hacemos referencia a ellas en el capítulo sobre salud sexual para resaltar el significativo impacto que tienen. Las ITS pueden ser reportadas tanto etiológica como sindrómicamente. La información recopilada sobre ITS demuestra algunas de las limitaciones inherentes al sistema de clasificación. Actualmente los códigos de la CIE-10 se utilizan para recopilar la información epidemiológica de ITS. En países con recursos limitados, la información sindrómica de ETS ha sido normalmente utilizada como variable sustitutiva para monitorear, ya que la confirmación del diagnóstico por parte de los laboratorios no está siempre disponible o accesible. En estos contextos, la información sobre síndromes seleccionados de ETS ha sido recopilada como medida de variable sustitutiva para la morbilidad del tracto reproductivo. 19 Sin embargo, esto se vuelve problemático porque los síndromes de ITS no se incluyen en los términos de inclusión de la CIE-10 Como resultado, la data epidemiológica se basa en la información tabulada de la CIE e informes sobre ITS únicamente en uso por medidas de variable sustitutiva que serán excluidas, va que no serán incluidas en los códigos CIE-10 o -11.

#### Violencia contra las mujeres

La CIE-10 mide la violencia sexual contra las mujeres en el capítulo de "Causas externas de morbilidad y mortalidad", capítulo codificado como "Agresión sexual con fuerza corporal" u "Otros síndromes de maltrato", como el abuso físico. En la propuesta de la CIE-11 la violencia contra las mujeres permanece en el capítulo, "Causas externas de morbilidad y mortalidad", y se hacen referencias a ello en el capítulo "Salud sexual". La violencia sexual se representa bajo el código "Agresión: privación, negligencia; el maltrato: Maltrato sexual". La "violación" y el "abuso sexual infantil" son nuevos subtipos de violencia sexual propuestos. La documentación y códigos reforzarán nuestra comprensión del impacto que tiene la violencia en la salud de las mujeres. Algunas de las consecuencias en salud sexual más comunes de la violencia contra las mujeres son:

- Embarazos no deseados/esperados
- Abortos/abortos inseguros
- Enfermedades de transmisión sexual
- Complicaciones en el embarazo/ abortos espontáneos
- Hemorragias o infecciones vaginales
- Infecciones pélvicas crónicas
- Infecciones de las vías urinarias
- Fístula
- Relaciones sexuales dolorosas
- Disfunciones sexuales

#### Embarazos no deseados

Los embarazos no deseados o no esperados para las mujeres que llevan los embarazos a término resultan en tasas más altas de partos prematuros, poco peso al nacer y otras complicaciones. "El embarazo no deseado" existe como código en la CIE-10 en el capítulo sobre "Embarazo, parto y puerperio" y se propone que se mantenga en la CIE-11 para capturar los motivos por los que existen los servicios de salud relacionados a los embarazos no deseados. Se harán referencias en el capítulo sobre "Condiciones relacionadas a la salud sexual" en la CIE-11.

#### Abortos inducidos

La CIE-10 mide los abortos inducidos con el código "aborto médico" en el capítulo de "Embarazo, parto y puerperio". En la CIE-11 se propone que se mantenga su lugar y que se lo mencione en el capítulo de "Condiciones relacionadas a la salud sexual".

nación con otras complicaciones ginecológicas o relacionadas al embarazo, nos ayudará a compilar datos y tener un mejor entendimiento del verdadero alcance del daño causado por la MGF, así como incorporar mayor especificidad a la información clínica que se reúne o recopila.

#### Incongruencia de género

Muchas propuestas de múltiples actores han apovado el proceso de reconceptualizar las categorías de la CIE-10 relacionadas con la identidad de género, actualmente clasificadas en la CIE-10 como trastornos mentales v del comportamiento. 19 Se ha propuesto que se reconceptualicen las categorías de la CIE-10 de "Transexualismo" y "Trastorno de identidad sexual en la infancia" en la CIE-11, y se clasifiquen como "Incongruencia de género en la adolescencia y adultez," e "Incongruencia de género en la infancia" respectivamente. Se ha recomendado también que se eliminen otras categorías relacionadas a la identidad sexual en la CIE-10 (por ej. 'Travestismo de doble rol'). La propuesta de la CIE-11 define "La incongruencia de género en la adolescencia y la adultez" como una "incongruencia marcada v persistente entre el género que experimenta un individuo y el sexo que le es asignado, generalmente incluyendo la falta de gusto o la incomodidad con las características primarias v secundarias del sexo asignado y un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias o secundarias del género que experimentan. Según un criterio sugerido, el diagnóstico no puede hacerse antes del principio de la pubertad. La incongruencia de género en la adolescencia y adultez a menudo causa el deseo de 'transición' para poder vivir y ser aceptado como una persona del género que experimenta. Establecer la congruencia puede implicar un tratamiento hormonal, cirugía u otros servicios de salud sexual, para lograr que el cuerpo del individuo sea lo más parecido al género que siente que es el suvo."

Uno de los mayores cambios ha sido haber logrado que se acepte la propuesta de retirar estas categorías del capítulo "Trastornos mentales y del comportamiento". Entre las opciones disponibles para ubicar esta categoría, considerando las metas de apoyar el acceso a los servicios de salud, reducir la estigmatización, afirmar los derechos humanos, y asegurar la despatologización del diagnóstico, la mejor opción fue incluirlos en el capítulo "Condiciones relacionadas a la salud sexual", si bien permaneciendo conscientes de las importantes diferencias entre sexualidad e identidad de género. Estas categorías son importantes para el concepto de sexualidad como identidad y roles de género, según la define la OMS, entre las muchas dimensiones que pueden influenciar o interactuar con la sexualidad de una persona.

#### Orientación sexual

El capítulo de la CIE-10 sobre "Trastornos mentales y del comportamiento" incluye categorías para diagnósticos basados principalmente en la orientación sexual primaria, aunque la CIE-10 indica explícitamente que la orientación sexual por sí sola no es un trastorno. Según un informe detallado, no ha habido mucho interés científico en estas categorías, y no hay evidencia de que sean clínicamente útiles: no contribuyen a la prestación de servicios de salud, ni a la elección de tratamiento, ni brindan información esencial para el seguimiento y vigilancia de la salud pública. 18 Más aún, el uso de estas categorías podría crear daños innecesarios retrasando diagnósticos y tratamientos acertados. La propuesta de la CIE-11 recomienda que estas categorías sean borradas por completo de la CIE-11.

#### Conclusión

A pesar de las luchas pasadas para avanzar hacia el desarrollo de un enfoque integral para la salud sexual, y sin importar las numerosas afirmaciones sobre la importancia fundamental de la sexualidad y la salud sexual para la salud y el bienestar general de los individuos y las poblaciones, estos temas siguen siendo mal entendidos, asociados al estigma y menoscabados en las negociaciones intergubernamentales, afectando por lo tanto negativamente la disponibilidad y uso de programas y servicios de salud sexual. Al designar un capítulo dentro de la CIE.11 sobre "Condiciones relacionadas a la salud sexual", la OMS se compromete a abordar las distintas dimensiones de la salud sexual, con el objetivo de dar información precisa para la elaboración de políticas en salud y para su programación.

La carencia de métodos para monitorear y evaluar los resultados en salud sexual ha impedido el desarrollo de políticas y programas que brinden su apoyo a la salud sexual. El impacto potencial de los cambios de la CIE-11 es mayor y tiene más alcance, dado que la CIE es usada por muchos países para definir la idoneidad y acceso a los servicios de salud y formular políticas y leyes relevantes, y es utilizada por los profesionales de la salud como base para conceptualizar condiciones, tratamientos y resultados de salud.

Colectivamente, la comunidad global y los países tienen la obligación de asegurar la prestación de estos servicios e informaciones para promover y proteger la salud sexual, en concordancia con las leyes y principios de los derechos humanos.<sup>20</sup>

Mejorar la medición de los indicadores relacionados a la salud sexual genera la base para la evidencia del conocimiento científico sobre el sexo, la sexualidad, y la salud y derechos sexuales. A medida que nos acercamos a la cúspide de la era post 2015, y la agenda de desarrollo se mueve hacia las metas de desarrollo sostenible,<sup>21</sup> se nos presenta una oportunidad única para considerar más profundamente cómo se define, conceptualiza y monitorea la salud sexual.

#### Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a Robert Jakob y Theodora Wi por sus comentarios y sugerencias. Asimismo, agradecemos al Grupo Asesor en el Tema de Medicina Genitourinaria y Reproductiva, al Grupo Asesor en el Tema de Trastornos Mentales y del Comportamiento y al Grupo de Trabajo sobre Disfunciones Sexuales y Salud Sexual por sus aportes al proceso de revisión de CIE. Este trabajo fue financiado por HRP (HRP el Programa Especial de PNUD/FNUAP/UNICEF/OMS/Banco Mundial para Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores en el tema de Reproducción Humana).

#### Referencias

- World Health Organization (WHO). World Health Organization Techical Report Series No. 572. Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. Geneva: WHO, 1975
- 2. United Nations Population Fund (UNFPA). Programme of Action: Adopted at the international Conference on Population and Development, Cairo. UNFPA, 19945–13. (September 1994).
- 3. Khosla R, Say L, Temmerman M. Sexual health, human rights, and law. Lancet, 2015;386:725–726.
- United Nations Population Fund (UNFPA). Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014.
   Report of the Secretary-General United Nations Population Fund (UNFPA), 2014978-1-61800-020-0. (Report No).
- World Health Organization (WHO). Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health. Geneva: WHO, 2006 28–31. (January 2002).
- World Health Organization (WHO). Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the

- Attainment of international Development Goals and Targets. Geneva: WHO, 2004.
- Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Copas AJ, Macdowell W, Erens B, et al. Who Reports Sexual Function Problems? Empirical Evidence From Britain's 2000 National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. Sexually Transmitted Infections, 2005;81(5):394–399.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet, 2015;15:60692-60694. http://dx. doi.org/10.1016/S0140-6736 (June; Published online).
- 9. Bernstein S, Juul Hansen C. Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Millennium Project, 2006.
- Reed GM. Toward ICD-11: Improving the Clinical Utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. Professional Psychology: Research and Practice, 2010; 41(6):457-464.

- World Health Organization (WHO). WHO Nomenclature Regulations. Geneva: WHO, 1967.
- 12. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry, 2011;10(2):86–92.
- 13. Chou D, Tuncalp O, Hotamisligil S, Norman J, Say L. Steps Through the Revision Process of Reproductive Health Sections of ICD-11. Gynecologic and Obstetric Investigation, 2012;74(3):228-232.
- World Health Organization (WHO). The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision, vol. 2. Geneva: WHO, 2004.
- 15. Reed GM, Roberts MC, Keeley J, Hooppell C, Matsumoto C, Sharan P, et al. Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. Journal of Clinical Psychiatry, 2013;69(12):1191–1212.
- 16. Wylie KR. ABC of Sexual Health (ABC Series). In: Kevan, editor. BMJ Books.
- 17. World Health Organization (WHO). Estimation of the Incidence and Prevalence of Sexually Trans-

- mitted Infections: Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO, 2002.
- 18. Cochran SD, Drescher J, Kismodi E, Giami A, Garcia-Moreno C, Atalla E, et al. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Bulletin of the World Health Organization, 2014;92:672-679.
- Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. International Review of Psychiatry, 2012;24:568-577.
- 20. World Health Organization (WHO). WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Reproductive Health/Pregnancy Programme. Copenhagen: Wold Health Organization (WHO), 2001. (Report No.: EUR/01/5022130).
- 21. United Nations. Draft outcome document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda. New York: United Nations, General Assembly. Sixty-ninth session, 2015.
- World Health Organization (WHO). Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement, WHO, Geneva, Switzerland, February. 2008.



# ©2015 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2015;23(46):7–15 0968-8080/11 \$ - see front matter DOI: 10.1016/J.RHM.2015.11.006

REPRODUCTIVE HEALTH matters

#### COMENTARIO

# Sonido y furia: el compromiso con las políticas y leyes sobre los derechos sexuales

Alice M. Miller <sup>a</sup>, Sofia Gruskin <sup>b</sup>, Jane Cottingham <sup>c</sup>, Eszter Kismödi <sup>d</sup>

- a Directora Adjunta, Global Health Justice Partnership de la Facultad de Derecho de Yale y la Facultad de Salud Pública, Universidad de Yale, New Haven, CT, EE.UU. Correspondencia: alice.miller@yale.edu
- b Catedrática de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de Keck; Catedrática de Derecho y Medicina Preventiva, Facultad de Derecho de Gould; Directora del Programa de Salud Global y Derechos Humanos, Instituto de Salud Global, Universidad de California del Sur (USC), Los Ángeles, CA, EE.UU.
- c Consultora Independiente, Ginebra, Suiza
- d Abogada Internacional en Derechos Humanos sobre Sexualidad, Género, Salud y Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos y Derechos Humanos, Catedrática Visitante, Global Health Justice Partnership de la Facultad de Derecho de Yale y la Facultad de Salud Pública, Universidad de Yale, New Haven, CT, EE.UU.

Resumen: Aunque en el pasado la resistencia a los derechos sexuales en los debates mundiales se basaba a menudo en afirmaciones relacionadas con la cultura, nación y religión, las voces de oposición ahora utilizan, y no rechazan, el marco de derechos humanos internacionales. Este comentario argumenta que, pese a los intentos de los oponentes por anular los derechos sexuales con otras afirmaciones de derechos, un cuidadoso entendimiento de los principios de los derechos humanos internacionales y su desarrollo jurídico expone cómo el uso de los derechos para oponerse a los derechos sexuales debería fallar y en última instancia fallará. El comentario examina de manera resumida tres tipos de afirmaciones de "derechos" hechas por oponentes de los derechos sexuales: limitar los derechos para proteger los derechos, base textual y universalidad, y las justificativas y el impacto de su aplicación para contrarrestar los derechos sexuales. Dado que la sexualidad y reproducción coinciden y divergen en la oposición que enfrentan, esta lucha es de suma importancia y atañe a los campos de promoción y defensa, programas y políticas. Este comentario se basa en el entendimiento de que la oposición a los derechos de salud sexual y reproductiva utiliza argumentos comunes acerca de los principios de derechos que deben ser entendidos para poder ser contrarrestados.

© 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras clave:** derechos sexuales, métodos y políticas de desarrollo legal, universalidad, derechos en conflicto, cómo legitimar los derechos sexuales.

#### Introducción

Quienes usan los derechos humanos internacionales para apoyar programas y políticas que aumentan el disfrute de la salud y los derechos sexuales se encuentran ante nuevos desafíos. Si bien el uso de los derechos humanos para apoyar el trabajo sobre la sexualidad y salud sexual a menudo ha sido atacado como una afrenta a la moralidad o a la cultura, lo novedoso, y que vale la pena subrayar, es la *forma* en que los ataques a los derechos sexuales han cambiado. Mientras que algunos ataques a los derechos sexuales continúan movilizando demandas de "tradición", "moral", "religión" o "cultura" para resistir las obliga-

ciones legales1\*2,3, la oposición a los derechos sexuales ahora combina esos argumentos con el lenguaje de los derechos. Tal como lo examinamos a continuación, esto significa que los ataques va no rechazan los derechos humanos sino que, por el contrario, utilizan el lenguaje v los principios de derechos, incluvendo la atención a la interpretación de los tratados. el universalismo y la necesidad de limitar algunos derechos para proteger otros. Este comentario pretende analizar el nuevo estilo y contenido de los recientes ataques contra los derechos sexuales y bosquejar las bases de los derechos para refutar tales ataques. Los defensores de los derechos sexuales pueden combatir los cuestionamientos que se hacen a los derechos, usando las normas de los derechos humanos, pero al hacerlo deben tener presente que estamos participando en el proceso continuo de impugnar los derechos relacionados con la sexualidad. En apoyo a este esfuerzo v acompañando este comentario, en este volumen va incluida una guía para los órganos de normas y principios que rigen el desarrollo de los derechos humanos en general y la aplicación de estos a la sexualidad y a la salud sexual en particular.

#### Resistencia a los derechos sexuales

Hay múltiples orientaciones y formas de resistencia a los derechos sexuales. La resistencia tiene un amplio alcance que se explica por el hecho de que el contenido de los derechos sexuales se expande e intersecta estrechamente con los derechos reproductivos. La marcación constante de los "derechos sexuales" y de la "salud y derechos sexuales y reproductivos" como puntos de controversia nos estimula a enunciar que el alcance de los "derechos sexuales" está vinculado al de los derechos reproductivos, pero que también hay diferencias entre ellos. Nos hemos resistido a trazar una línea arbitraria entre ambos conjuntos de derechos por motivos doctrinarios, normativos, contextuales y políticos. Algunos pensarán que esta resistencia es irónica, teniendo en cuenta que una de las autoras (Miller) elaboró un manifiesto hace casi una década, sobre la necesidad de identificar qué derechos eran "sexuales pero no reproductivos". Pero cuando Miller hizo hincapié en los derechos sexuales que no eran reproductivos no era su intención separar la sexualidad de la reproducción para que se formen dos esferas distintas de derechos sino, más bien, deiar en claro que la sexualidad y sus diversas formas y significados necesitan atenderse de manera específica, incluso en su vinculación con la reproducción. Al iniciarse el nuevo milenio, esto no sucedía con regularidad: muchos debates sobre sexualidad la incluían dentro de la reproducción, en tanto que otros trataban los derechos sexuales como si solo se relacionaran con conductas sexuales entre personas del mismo sexo y así nunca se vinculaban con la reproducción¹. Entendemos que los derechos sexuales incluyen el derecho a no ser discriminado por una práctica u orientación sexual, pero también cómo se han aplicado los derechos humanos con respecto al acceso de las personas a la anticoncepción v al aborto, v para determinar si la conducta sexual conduce a la reproducción y cuándo.

Nosotros sostenemos abiertamente que los derechos sexuales son derechos que permiten que las personas decidan cuánto importa su sexualidad y actúen basadas en esa determinación. Por ejemplo, los derechos relacionados con el aborto son derechos que se hallan dentro del ámbito de los derechos sexuales en

<sup>\*</sup> Utilizamos tres términos -cultura, tradición y moralpara cubrir varios fundamentos. Histórica y regionalmente las distintas manifestaciones de casi todas las religiones, va sea que surjan del cristianismo, islam, hinduismo, judaísmo, budismo u otras religiones, han sido movilizadas por poderosos actores en los contextos políticos, a fin de regular el comportamiento sexual o la capacidad reproductiva. Durante los últimos veinticinco a treinta años, los académicos de Reproductive Health Matters y otros, han detallado una intensificación específica y una forma muy distinta de oposición a los nuevos paradigmas de "salud y derechos sexuales y reproductivos", que se remontan al "enfoque globalizado" sobre este tema desarrollado durante la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995). Para un análisis completo de algunos de los puntos comunes de la oposición a los derechos sexuales, tal como los presentan un conjunto de alegatos religiosos designados como "fundamentalismos", véase: Freedman, Lynn P. The Challenge of Fundamentalisms. Reproductive Health Matters Volumen 4, Edición 8, 55-69.

la medida en que son parte de un universo de servicios, entre los que se encuentran los servicios anticonceptivos y que permite separar la conducta sexual heterosexual de la reproducción. Existen algunos derechos reproductivos como, por ejemplo, los derechos relativos a la maternidad v parto saludables que están menos vinculados con la sexualidad, y estos no se incluyen en los derechos sexuales tal como son discutidos en este comentario. Hay, por supuesto, aspectos de la salud materna que están relacionados con la sexualidad que sí serían incluidos; por ejemplo, cuando las mujeres identificadas como lesbianas sufren discriminación o son excluidas del acceso a los servicios de salud reproductiva; estas serían las técnicas de reproducción artificial o los servicios relacionados con la salud materna, debido a que estas mujeres viven al margen de las normas (matrimoniales) aceptables. En ese mismo sentido, se encuentran los aspectos no biológicos de la reproducción, como la adopción, que se vinculan claramente con los derechos relacionados con el género, la orientación sexual y la expresión de género. Estos ejemplos nos recuerdan que los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción están entrelazados y que la rigidez en atribuirle derechos a una categoría o a otra, no es productiva.

En el pasado, y aún hoy, en muchos contextos aún persisten los ataques a los derechos sexuales -al margen de cómo estuvieran formalmente categorizados— que se expresaban y a menudo se siguen expresando, en el lenguaje de la moral y la cultura. De este modo, el lenguaie de los derechos humanos se pronuncia como irrelevante o es denunciado directamente como la introducción de un enfoque nuevo y pernicioso para las relaciones de género, especialmente a las culturas y tradiciones de diversas sociedades. Ante tales ataques los defensores de la salud y derechos sexuales, han enfocado sus demandas en cómo operan los derechos, en otras palabras, ellos demuestran cómo los derechos humanos, tales como el derecho a ser libre de torturas o tratos inhumanos y degradantes, pueden y deben aplicarse para garantizar la protección contra la violencia sexual 2. El reunir de esta manera los argumentos de salud y de derechos, se basó en la aplicación de los principios aceptados de los derechos humanos a nuevos hechos como, por ejemplo, la aplicación del derecho a la información y a la no discriminación para garantizar las condiciones materiales y culturales necesarias para que las personas expresen su identidad sexual y de género o determinen su vida reproductiva. Si bien aún no se ha logrado plenamente, la novedosa aplicación de los argumentos sobre derechos a la salud sexual v reproductiva fue aceptada en el sistema internacional, como parte de la evolución de los derechos humanos<sup>3</sup>. En ese momento, sin embargo, los opositores a los derechos sexuales no empleaban los argumentos de los derechos humanos para impugnar estos avances. Los derechos sexuales eran denunciados en función del daño que causaban a culturas locales diversas o apelando a posturas bíblicas que justifican la negación de la toma de decisiones sexuales, como lo demostraron las reservas de la Santa Sede respecto a la adopción de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres.

Actualmente, sin embargo, los actores que solían basarse solo en textos religiosos o quejas en defensa de la moral o las costumbres, también están utilizando el lenguaje y los métodos de los derechos humanos para oponerse a que se apliquen los derechos a la sexualidad. Aunque sus demandas de "derechos humanos" con frecuencia se basan también en argumentos morales y religiosos, y en una engañosa mezcla de tergiversaciones con afirmaciones sobre los principios fundamentales internacionales de los derechos humanos, esta nueva postura de los opositores a los derechos sexuales plantea desafíos concretos para los defensores de los derechos sexuales y reproductivos <sup>5</sup>.

En muchos sentidos, la pugna sobre si los "derechos sexuales son derechos humanos" ha sido una táctica disuasiva: nadie duda de que existan los "derechos a un juicio justo" solo porque estas palabras no aparezcan como texto único de un artículo en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) ni en otro tratado que los proclame explícitamente <sup>6</sup>. Todos están de acuerdo en que dichos derechos se han forjado a partir de las protecciones ofrecidas, reuniendo una serie de derechos diferentes y relacionados. Así, el término "derechos sexuales" es una condensación conveniente que abarca los numerosos derechos existentes que se pueden encontrar

en una amplia gama de tratados, y que han sido aplicados por los órganos autorizados de derechos humanos a nivel internacional, regional y nacional para garantizar las protecciones relacionadas con la sexualidad como un aspecto de la persona humana y de la salud sexual. La gama de derechos que se ha aplicado incluyen los derechos al más alto nivel alcanzable de salud, de seguridad personal, de información y de expresión, de estar libre de tortura, trato cruel, inhumano y degradante, así como de asociación, de vida, de intimidad y de no discriminación 7-12.

Sin embargo, el concepto clave –la sexualidad como un aspecto de la persona digno de derechos– es precisamente lo que los opositores al término de "derechos sexuales" procuran impedir. Muchos de estos comprenden que otorgarle toda la gama de derechos humanos a la sexualidad implica una amenaza contra las nociones naturalizadas de esta.

Si en la práctica los derechos se tratan de garantizar que las distintas personas tengan las capacidades significativas para tomar decisiones acerca de sus propios cuerpos y de sus vidas ("soberanía individual" como Petchesky escribió alguna vez)13, lo que incluye las decisiones acerca de si los actos sexuales conducen a la reproducción o con quién tener intimidad sexual, y también si deben garantizar que existan las condiciones institucionales y materiales para ejercer esa "soberanía individual" en ambientes públicos y privados- entonces, no se puede prescribir una forma de sexualidad única. Es más, si se tiene un concepto de toma de decisiones sexuales, no se puede argumentar que la sexualidad brota directamente del cuerpo -de una construcción binaria héteronormativa de ser "hombre" o "mujer" - y que fue creada por una deidad o por la naturaleza con un solo propósito: la procreación. Es importante anotar que la versión de los derechos sexuales que estos opositores tratan de detener no es solo acerca de la toma de decisiones sexuales como un artificio de los derechos liberales. La sexualidad y los derechos humanos conexos están sujetos al debate público y privado, así como a significados cambiantes, desafíos de regulaciones existentes y a comprometerse con sistemas más amplios de protección legal y social. En este contexto, es prioritario para las demandas políticas que exista una mayor equidad en el acceso a los recursos, así como igualdad para todas las personas como parte de un movimiento por la justicia mundial.

#### Confusión de términos

Esta argumentación precaria en torno a los derechos sexuales se ha hecho evidente hace poco en la forma notoriamente ambigua en que el gobierno de los EE.UU. ha adoptado los derechos sexuales. En una declaración política formulada ante la Junta Ejecutiva de ONU Mujer en setiembre de 2015, Estados Unidos manifestó que empezaría a utilizar el término de "derechos sexuales" (junto con la frase "la salud y los derechos sexuales y reproductivos") en todos los debates sobre derechos humanos v desarrollo. Esta declaración fue anunciada por algunos defensores como un paso adelante 14. En su explicación, manifiestamente extraída del párrafo 96 de la Plataforma de Acción aprobada en la Conferencia de la Mujer de 1995 en Beijing, la declaración de los EE.UU. sostuvo que entendía que los derechos sexuales incluían "todos los derechos de las personas a controlar y decidir en forma libre y responsable los asuntos relacionados con su sexualidad...". Sin embargo, al plantearlo de esta manera dio la rara impresión de guerer reducir el alcance de esta declaración pues al señalar que los términos derechos sexuales v derecho a la salud sexual v reproductiva "expresan derechos que no son jurídicamente vinculantes. Los derechos sexuales no son derechos humanos y no están consagrados en el derecho internacional sobre los derechos humanos..."15.

Por lo tanto, esta declaración, si bien puede ser útil para demostrar que los derechos sexuales se pueden emplear como una frase de política integral en contextos mundiales es una especie de movida de "un paso adelante y dos al costado": si EE.UU. hubiera declarado simplemente que los derechos sexuales abarcan una constelación de derechos, algunos de los cuales ya tienen carácter vinculante y otros aún están en el nivel de derecho indicativo (no vinculante), pero que todos son parte de la visión de los derechos humanos, la declaración hubiera permitido la coexistencia de la política con las leyes sobre derechos humanos.

Vale la pena detenernos un momento para tomar nota rápidamente de cuál es la razón para que un Estado poderoso pueda usar una declaración sobre derechos sexuales y simultáneamente retroceder con respecto a esta. Las dinámicas son locales y globales, y están arraigadas tanto en la lev como en la política; todas características de una lucha general sobre los derechos sexuales. La oposición del gobierno de los EE.UU. a reconocer los derechos sexuales como "vinculantes" se origina, en nuestra opinión, en el hecho de que los derechos sexuales están atrapados entre las dos cuchillas de la tijera conservadora de los EE.UU.: cada cuchilla tiene distintas raíces históricas. De un lado, está el terco legado de las limitaciones a los derechos impuestos por la Constitución de los EE.UU. y la Guerra Fría, de modo que solo los derechos legales y políticos fueran legalmente vinculantes, y que los derechos a la salud y otros derechos sociales importantes para la salud sexual v reproductiva fueran "programáticos". De otro lado, aún persiste una gran deferencia para con los legisladores del país opuestos al aborto, quienes controlan los hilos del dinero y las palancas políticas de la política de salud reproductiva de los EE.UU. en el extranjero. El resultado de este doble corte es una declaración política casi tan ininteligible como la ley, aun cuando pueda resultar útil para posicionar a los EE.UU. como un Estado que apoya por décadas la promoción y defensa para validar el uso de los derechos humanos en el trabajo de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

# El giro de los opositores a los derechos sexuales hacia la norma de los derechos humanos

Aquí queremos poner énfasis en tres de los diferentes estilos de ataque de los opositores a los derechos sexuales: (a) textualidad, la demanda de que solo se puede exigir como derecho lo que se encuentra explícitamente escrito en los tratados; (b) las demandas de derechos compensatorios; (c) el esfuerzo de revisar la forma en que se entiende el término "universal" como un aspecto de los derechos humanos. Otros escritores han hecho hincapié en otros argumentos elaborados por grupos religiosos para limitar los derechos sexuales (tales

como ubicar la sexualidad solamente dentro del contexto del matrimonio y de la familia, por ejemplo)<sup>6</sup>.

Cuando examinamos cómo se utilizan las demandas por los derechos para limitar los derechos sexuales, enfatizamos que el camino a seguir es afirmar que los derechos humanos no son monolíticos ni inalterables. Más bien, resaltamos dos ideas básicas. Primero, que la lev sobre los derechos humanos, como toda ley, está diseñada para que vaya evolucionando con la práctica. Son pocos los lugares, si acaso hay alguno, donde el derecho internacional de los derechos humanos no esté sujeto a interpretación. Discutir la aplicación y el significado de los derechos es parte del proceso democrático de darles un significado global a los derechos. Segundo, este cuestionamiento no es un llamado a una batalla campal: hay reglas y principios que guían el complicado orden de la interpretación de los derechos humanos. Podemos admitir impugnaciones, aun cuando tengamos que "llamarles la atención" a algunos jugadores. Los argumentos contra la diversidad sexual o contra el acceso a la anticoncepción y al aborto, por ejemplo, se pueden enfrentar señalando cuáles son los principios de derechos humanos (como la no discriminación, o los derechos en evolución del niño) que los opositores a los derechos sexuales están ignorando.

#### "Textualidad"

Los opositores a los derechos sexuales afirman que el texto explícito (la "textualidad") es lo único que determina la validez de los derechos. Los Artículos de San José de 2011, cuya autoría estuvo a cargo de un grupo de alto nivel de conservadores anti-aborto pretenden "restablecer" en forma autoritaria el contenido del derecho internacional de cara al aborto<sup>16</sup>. Los autores afirman que no existe el "derecho al aborto" porque en ningún lugar figuran las palabras específicas "derecho al aborto" en un tratado internacional, y los autores exigen que los órganos creados por los tratados no tengan la facultad de interpretarlos para crear nuevas obligaciones. Este es un claro ejemplo de que hay un movimiento dirigido a frenar la evolución de los derechos sexuales, lo cual es particularmente sorprendente dada su in-

exactitud respecto al ejercicio actual del derecho de los tratados. Alegar que el "texto" es el único determinante queda descalificado porque existe toda una rama sobre tratados en el derecho internacional condicionada a la interpretación -la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados<sup>17</sup>. Es más, las disposiciones de los tratados de derechos humanos se han formulado, en general, de forma amplia para señalar conceptos fundamentales. El disfrute del derecho siempre está sujeto a la aplicación y a detalles que evolucionan. Nadie cuestionaría, por ejemplo, que el derecho a la intimidad también se aplique al uso de datos en Internet y a la vigilancia informática. Los términos de los derechos en la propuesta del PIDCP de 1966, no menciona en absoluto al Internet y, sin embargo, el Relator Especial sobre la Libertad de Expresión e Información publicó, recientemente, un informe sobre la interrelación de la información y la intimidad en la Internet. Aunque parte del contenido de sus normas propuestas fue impugnada, ningún Estado rechazó la idea de que los derechos a la intimidad y a la información son pertinentes para el mundo digital 18.

A pesar de esta clara práctica general de la evolución en la aplicación de los derechos humanos, los Artículos de San José recargan sus argumentos con fuertes demandas respecto al texto de los tratados y se basan especialmente en alegatos relativos al poder de los Estados contra la de los órganos de los tratados. Lamentablemente, debido a su "autoritarismo" omiten o ignoran los últimos veinticinco años de jurisprudencia y con ellos los textos académicos y prácticas de los Estados que han reconocido la autoridad de los órganos de los tratados de la ONU para dar orientación sobre el significado de los artículos pertinentes, así como el poder explícito de algunos órganos de los tratados -como ocurre con el Tribunal Europeo de Derechos Humanos o la Corte Interamericana de Derechos Humanos-, para guiar el desarrollo de la legislación sobre derechos a lo largo del tiempo 19. El ejemplo de los Artículos de San José es revelador: su trayectoria se ha visto muy mermada por las claras refutaciones a su postura en las declaraciones y documentos regionales e internacionales aprobados en el proceso del CIPD + 20, particularmente en la Declaración de Montevideo 20.

Por consiguiente, si bien es cierto que las palabras "derechos sexuales", o la garantía específica de tener acceso al aborto o a la no discriminación por motivos de orientación sexual no están escritas en ningún texto de ningún tratado de las Naciones Unidas, la ausencia de lenguaje explícito no le pone fin a la historia: como se observa aquí y en otros textos (la guía), los derechos sexuales, incluyendo aquellos relacionados con el aborto, se vienen estableciendo de acuerdo con las normas prescritas de los derechos humanos.

En general, las normas de desarrollo para los derechos humanos en el ámbito internacional se rigen por las reglas de todo derecho internacional. Llama la atención, sin embargo, que cada vez hay más apoyo de expertos en derecho internacional que sustentan que, como la legislación sobre derechos humanos afecta los derechos y las vidas de las personas que están bajo el control del Estado, hay diferencias fundamentales en cuanto a la forma en que puede evolucionar el contenido de la legislación sobre estos con respecto al derecho internacional en general. Esta diferencia está a favor de que se aumenten las protecciones para los derechos humanos.

Es más, para aquellos que aseveran que el Estado sigue siendo el árbitro en última instancia sobre la evolución del tratado, en la práctica hay suficiente cumplimiento del Estado al acatar estas normas internacionales como para deiar en claro que se les está dando fuerza de lev a las interpretaciones "extra-textuales" de los comités de los tratados. Es importante destacar que, para aquellos que trabajan estrechamente con los Estados, notamos que muchos de estos se refieren no solo a las obligaciones de los tratados como su razón para el cambio en la legislación nacional, sino que se refieren a los acuerdos internacionales de especializados y a normas negociadas políticamente, lo que significa que los Estados consideran que dichas normas tienen la suficiente autoridad para realizar tales cambios. El reciente dictamen del Tribunal Constitucional de la India -al aceptar un "tercer género" que hace referencia a una mezcla de tratados internacionales y de declaraciones especializadas- es un ejemplo que vale la pena tener en cuenta 21.

En lo que atañe a la protección contra la discriminación basada en la orientación sexual, en la actualidad existe un tratado negociado: – la Convención Interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia, de 2013 que incluye las palabras "orientación sexual" e "identidad de género" en su texto, además de diversas constituciones y leyes nacionales, que ya contienen mecanismos de protección para estos casos<sup>22</sup>. Es evidente que la evolución de la doctrina del derecho, en relación con la sexualidad es irrefutable y el argumento de la textualidad no es suficiente para convertirse en materia de doctrina internacional.

#### Demanda de derechos compensatorios

Otro esfuerzo de los opositores a los derechos sexuales se aprecia en sus afanes por hacer valer sus demandas de derechos compensatorios, tales como la "condición humana del feto" en el contexto del derecho a la vida o a derechos religiosos en el contexto del derecho a la expresión y a la libertad de pensamiento. Esta táctica puede adoptar distintas formas. Por ejemplo, actualmente hay algunas leves nacionales y dictámenes de los tribunales constitucionales que hacen valer el derecho de las personas a su expresión religiosa y la conciencia religiosa de aquellos que le niegan un trato igualitario a las parejas homosexuales en servicios públicos, o se niegan a brindarles servicios a las niñas y a las mujeres que tratan de controlar y limitar su fertilidad 23.

Es muy cierto que algunos derechos, tales como el de estar libre de tortura o esclavitud, por ejemplo, son absolutos, y que otros derechos como el derecho a la intimidad, a la expresión y a la asociación pueden ser restringidos en ciertas circunstancias. Sin embargo, las reglas bajo las cuales tales derechos pueden ser limitados se encuentran definidas en forma muy estricta en las normas que velan porque las medidas estén conforme a ley, sean proporcionales, efectivas y necesarias en una sociedad democrática y no sean discriminatorias <sup>24†1</sup>. Algunos derechos, tales como el derecho a profesar ideas o creencias no tienen restricciones, en tanto que las acciones que una persona o un gobierno puedan adoptar para apoyar estas ideas son mucho más limitadas. Una persona puede creer algo acerca de la inmoralidad de otra persona pero no puede no contratarla, despedirla, negarle oportunidades de vivienda o educación debido a esas creencias <sup>25</sup>. A manera de ejemplo, los argumentos que están a favor de proteger las creencias conscientemente adoptadas ("cláusula de conciencia") —que es discriminatorio para limitar alguna "expresión" religiosa— fracasan bajo un examen completo del derecho internacional de los derechos humanos puesto que los derechos solo pueden expresarse hasta el punto en que dicha expresión no perjudique los derechos de los demás. Por lo tanto, las manifestaciones religiosas pueden ser limitadas, pero solo si es necesario para proteger los derechos de los demás <sup>26</sup>.

La libertad de expresión de la conciencia de una persona religiosa se puede limitar cuando interfiera con el ejercicio de los derechos de otra persona (por ej., a controlar su fertilidad o ejercer el derecho a casarse). Personal médico o administrativo ha utilizado argumentos basados en la "Cláusula de Conciencia" para negarse a atender los servicios de aborto o solicitudes para matrimonios entre personas del mismo sexo personal. En el marco de las normas de derechos humanos en caso de aborto, ningún proveedor individual puede ser obligado a brindar un servicio que no sea de emergencia, si va totalmente en contra de sus creencias religiosas. Sin embargo, en caso de una emergencia médica, cuando no hay un centro apropiado o disponible adonde se la pueda derivar, el argumento de la cláusula de conciencia no puede prevalecer sobre el derecho de una mujer a un aborto legal. En ese mismo sentido, si el derecho a casarse (o a no casarse) se entiende como un derecho fundamental, debe quedar de lado el trato diferenciado que los empleados públicos dan a las

<sup>†</sup> Señalamos aquí cómo se pueden limitar los derechos a la libertad de expresión, de asociación o de búsqueda de información, de las personas menores de 18 de maneras distintas a las de los adultos. Sin embargo, el Comité sobre los Derechos del Niño ha dejado claro que estos límites pueden ser examinados y ser derogados, incluso si la familia se opone, si son contrarios a los principios fundamentales de no discriminación, y no respetan la capacidad evolutiva del niño, incluyendo la necesidad de combatir los estereotipos de género y la promoción de la salud. Vea una descripción más detallada en nuestra "Guía" en este volumen (23/46, págs. 16-30, en este número).

parejas del mismo sexo y a personas solteras en el ejercicio de sus funciones aludiendo a convicciones religiosas. La aplicación de este principio se encontró en un caso reciente de la Corte Europea de Derechos Humanos (ECHR, por sus siglas en inglés) que, de un lado reconocía el derecho de una persona a tener una creencia que condena el matrimonio entre personas del mismo sexo y del otro, rechazaba la negativa a extenderles las licencias matrimoniales basándose en esa creencia<sup>27</sup>.

Otro grupo de "demandas de derechos compensatorios" ha surgido recientemente en algunos países, bajo el disfraz de que los gobiernos aseguran que están protegiendo los derechos del niño. Estas leves no reconocen la diferencia de edades y se basan en la noción de que todas las personas menores de 18 conforman el mismo tipo de "niño" que debe mantener su inocencia respecto a ideas sexuales. Por ejemplo, la idea de que las personas menores de 18 son perjudicadas al oír acerca de la "homosexualidad" o de otras formas de familia, es uno de los incentivos que subvace a una nueva avalancha de leves nacionales que prohíben discursos sobre los derechos de los homosexuales, en nombre de los "derechos del niño"28. Sin embargo, este alegato falla en, al menos, dos fundamentos. Primero, los propios niños tienen el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad, la salud sexual y las distintas identidades y prácticas, de acuerdo con su capacidad evolutiva, tal como lo manifestó el Comité de los Derechos del Niño (CDC) en función de cómo interpretan sus principios de no discriminación y de interés superior del niño<sup>29-31</sup>. En segundo lugar, un discurso, como por ejemplo, el de identidad sexual y la expresión de la diversidad de género, solo puede limitarse si se demuestra que produce un daño real a otros, incluyendo amenazas a la seguridad nacional o a la salud pública<sup>10,12</sup>.

#### Argumentos sobre la "universalidad"

Los actores estatales y no estatales también están demandando la "universalidad" para bloquear las demandas de los derechos sexuales en evolución. Un ejemplo de esto es la declaración de Siria ante la Asamblea General de la ONU en 2008. Hablando en nombre de 57 Estados que buscan refutar los argumentos de otros gobiernos que piden protección contra la discriminación basada en la orientación sexual. Siria encabezó un pronunciamiento contra los "nuevos derechos" para un "grupo especial de personas", derechos que afirmaron no se encontraron en un documento universalmente aceptado<sup>32</sup>.

Recientemente, en el Consejo de Derechos Humanos en 2014, un número de Estados miembros (encabezados por Egipto y Rusia) procuraron que se debatiera e institucionalizara un punto de agenda sobre la "protección de la familia y sus miembros". Estos países buscaban centrar la atención en "la familia" como estructura uniforme reconocida en los tratados de derechos humanos, e implícitamente querían derrotar las demandas de personas cuyos derechos están perjudicados por varias estructuras familiares. Ejemplos de tales perjuicios son los derechos de las mujeres casadas cuando son víctimas de violación marital o cuando nadie interviene cuando ella sufre violencia familiar, a pesar de estar incluidos en la lev. o el caso de los derechos de las parejas del mismo sexo cuando no se les permite casarse<sup>33</sup>.

Tanto los debates de la Asamblea General como los del Consejo invocaron el lenguaje de la "universalidad" para derrotar los derechos de personas diferentemente situadas, o de personas que demandan por sus derechos (mujeres casadas y violencia doméstica) o cuyas preocupaciones tal vez no han sido escritas en textos originales. En el caso de la declaración liderada por Siria, la referencia a un "grupo especial de personas" trataba de situar los derechos emergentes como derechos especiales: dado que las personas LGBTI, o los derechos relacionados con la orientación sexual, no fueron imaginados al redactarse la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cualquier demanda de protección a la diferencia sexual por parte de los derechos humanos queda "excluida" de los derechos universales (es decir. son derechos especiales). En el debate del Consejo sobre la familia, los opositores a los derechos sexuales buscaron utilizar un concepto -"la familia"que aparece en el documento sobre los derechos universales y volver a colocar a la familia como el real titular de derechos. Pero los derechos humanos no son detentados por "la familia" como tal. En ambos ejemplos, los Estados se basaban en interpretaciones históricas y en sujetos de derechos inventados para que actuaran como autoridades en la interpretación de los "derechos universales", y refutan las interpretaciones sobre la evolución de estos derechos a fin de negarles los derechos a quienes los exigen.

Los intentos de negar la evolución de los derechos también reposaban sobre un argumento defectuoso. En su aspecto más básico, la idea de la "universalidad de los derechos" implica que los derechos humanos son derechos que debieran estar al alcance de todos, independientemente del lugar del mundo donde se encuentren: tratando de ver cómo aplicar los derechos fundamentales a personas situadas en posiciones diferentes. Como lo hizo notar An-Na'im hace más de 20 años, se necesita algo más que el mínimo denominador o acuerdo común sobre cómo aplicar estos derechos; tampoco puede ser que la negativa de algunos gobiernos a afirmar el contenido de los derechos paralicen el nuevo contenido de los derechos<sup>34</sup>. En distintos momentos durante la evolución de los derechos, los Estados han adoptado distintas posturas en relación con estos. Es en esta área en la cual acordamos luchar, en entornos geopolíticos diferentes, pero conforme a las reglas del desarrollo legal, que es donde se encuentran los derechos sexuales actualmente. Los derechos humanos están estructurados para ser lo suficientemente flexibles como para apoyar la diversidad local y regional, y presionar simultáneamente a los Estados para que expliquen cómo encaja su sistema dentro de los derechos de todas las personas a vivir con dignidad, igualdad y libertad. Es indispensable aceptar y trabajar con la idea de que el sistema está estructurado para permitir el desarrollo desigual de los derechos<sup>19</sup>. El derecho internacional de los derechos humanos se basa en la idea de que el desacuerdo entre los Estados puede hacer avanzar la protección de los derechos, forjando un consenso nuevo y más humanamente protector. De esta manera, el sistema reconoce la evolución de derechos vinculada a la naturaleza temporal de las políticas de Estado.

## Los derechos humanos internacionales como un campo abierto de controversias

Así, los Estados, incluidos los que reclaman la pureza teocrática y los actores no estatales que atraviesan una gama de afiliaciones religiosas y culturales le están añadiendo, a sus argumentos originales de "religión" y "moral", que existen razones basadas en derechos, para respaldar sus demandas. Además de los temas que hemos bosquejado anteriormente, vemos otros desafíos, tales como la reciente apelación al Comité de Derechos Humanos para que interprete el artículo (6) sobre el derecho a la vida, para incluir en este, la "vida fetal"<sup>35</sup>.

En su compromiso a nivel nacional con los órganos de los tratados, así como en los espacios políticos de la ONU, en forma más general, los opositores a los derechos sexuales están cambiando sus argumentos basados en la moral y están optando por pelear en la arena del derecho. Los que proponen el derecho a la "vida fetal" no están más automáticamente excluidos de usar reivindicaciones de derechos que nosotros, quienes buscamos utilizar las demandas de derechos para despenalizar el acceso al aborto o los derechos a la información sobre planificación familiar. La respuesta de por qué su demanda a favor de la "vida fetal" o las excepciones religiosas va no pueden vencer a los reclamos de derechos para acceder al aborto o a la diversidad sexual, se encuentra dentro de los mismos derechos.

El propósito de este comentario ha sido llamar la atención del giro que han dado los opositores a los derechos sexuales hacia el uso del poder de los derechos humanos para sustentar sus argumentos. Nosotros debemos tomar nota de este giro y asegurarnos de que los opositores a los derechos sexuales no recojan y elijan algunas doctrinas legales e ignoren otras.

Los principios básicos de los derechos humanos no excluyen instantáneamente los reclamos sobre derechos que se están planteando, pero sí, en última instancia, operan juntos para poder vencer las demandas regresivas. Es en esta controversia, en ambos lados de los derechos, que les pedimos a los defensores de los derechos sexuales que lo vean como parte del proceso en el cual acordamos involucrarnos cuando luchamos por promover los derechos humanos.

Los sistemas de derechos humanos a nivel regional e internacional reconocen que la evolución de los derechos está ligada a la naturaleza de los Estados y de sus políticas. Estos sistemas no endosan una visión de los Estados como los únicos poseedores de las verdades absolutas y atemporales. Más bien, ven las luchas inter e intra-estatales en torno a los derechos como espacios legítimos para trabajar por la igualdad, la libertad, la diversidad y la justicia con este conjunto de herramientas. La sexualidad, como ocurre en todos los ámbitos de la humanidad para las cuales buscamos derechos se hace a través de la política, pero

a la vez, busca no estar sujeta a la política. Trabajar para la sexualidad, la salud sexual y la diversidad sexual es capaz de sacar a la luz el peor o el mejor tipo de política en materia de derechos.

#### Agradecimientos

Las autoras agradecen a Rachel Lipstein por su investigación y apoyo editorial.

#### Referencias

- Miller AM. Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. Health and Human Rights, 2000;4(2):68-109.
- 2. WHO. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization, 2015.
- Cook RJ. Bringing rights to bear on reproductive and sexual rights: an analysis of the work of UN treaty monitoring bodies. New York: Center for Reproductive Law and Policy, 2003.
- For the text of the Holy See's written reservation, seeWomen UN. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing: UN Commission on the Status of Women, 1995159–160. (UN Doc A/CONF.177/20/Rev.1).
- Coates Amy L, et al. The Holy See on sexual and reproductive health rights: conservative in position, dynamic in response. Reproductive Health Matters, 2014; 22(44):114–124.
- See: What is a fair trial? A basic guide to legal standards and practice. New York: Lawyers
   Committee for Human Rights, 2000. (https://www.humanrightsfirst.org/wp-content/uploads/pdf/fair\_trial.pdf).
- Yogyakarta Principles. http://www.yogyakartaprinciples. org/. 2006.
- OHCHR. Born free and equal: sexual orientation and gender identity in international human rights law. Office of the High Commissioner for Human Rights: New York and Geneva, 2012.
- WHO. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: World Health Organization, 2006.
- Kismödi E, Cottingham J, Gruskin S, et al. Advancing sexual health through human rights: the role of the law. Global Public Health, 2015;10(2):252–267.
- 11. IPPF. Sexual rights: an IPPF declaration. London:

- International Planned Parenthood Federation, 2006.
- 12. WAS. Declaration of sexual rights. World Association for Sexual Health, 2014. (http://www.worldsexology.org/ resources/declaration-of-sexual-rights/).
- Petchesky RP. The Body as Property: a Feminist Re-Vision. In: Ginsburg, Rapp, editors. Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction. Berkeley: Berkeley University Press, 1995.
- 14. Gass Henry. America's small change on 'sexual rights' could have a big impact. http://www.csmonitor.com/USA/ USA-Update/2015/0918/America-s-small-change-on-sexual-rights-could-have-big-impact. Sep. 18, 2015.
- 15. Erdman R. Remarks at the UN Women Executive Board, by Richard Erdman, Senior Advisor and Acting ECOSOC Ambassador. New York: United States Mission to the United Nations, Sept. 15, 2015. (http://usun.state.gov/remarks/6831).
- 16. The San Jose Articles can be read here: http://www.sanjosearticles.com/?page\_id=2. See also for a timely critique: http://www.alternet.org/story/152868/what\_are\_the\_%22san\_jose\_articles%22\_don%27t\_be\_fooled\_by\_the\_c onservative\_global\_elites%27\_latest\_ploy\_to\_attack\_science,\_women,\_and\_the\_united\_nations.
- Vienna Convention on the law of treaties., vol. 1155Vienna: United Nations Treaty Series, May 23, 19691–18232.
- 18. U.N. General Assembly. Report of the Special Rapporteur on the promotion and protection of the right to freedom of opinion and expression. New York: United Nations, 2011. UN Doc. A/66/290.
- Miller A, Roseman MJ. Normalizing sex and its discontents: Establishing sexual rights in international law. Harvard Journal of Gender and the Law, 2011;34(2):314–375.

- 20. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean [UNECLAC]. Montevideo consensus on population and development. Montevideo: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Aug. 15, 2013.
- Supreme Court of India. National Legal Services Authority v. Union of India, WP (Civil) No 604 of 2013. http:// supremecourtofindia.nic.in/outtoday/ wc40012.pdf. April 15, 2014.
- 22. Organization of American States. Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination and Intolerance (A-69). http://www.oas.org/en/sla/dil/docs/inter\_american\_treaties\_A-69\_ discrimination\_intolerance.pdf. 2013.
- Siegel R, Nejaime D. Conscience and the culture wars. The American Prospect. http://www.prospect. org/article/ conscience-and-culture-wars. Summer, 2015.
- 24. UN Commission on Human Rights. The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights. UNESCO. http://www.refworld.org/docid/4672bc122.html. 1984 Sept 28(UN Doc. E/CN.4/1985/4).
- 25. See: Using religion to discriminate. American Civil Liberties Union. https://www.aclu.org/feature/ using- religion-discriminate.
- 26. Brandt-Young C, Lee J. Religion isn't a free pass to discriminate against employees. American Civil Liberties Union. https://www.aclu.org/blog/speakeasy/religion-isnt- free-pass-discriminate-against-employees?redirect=blog/womens-rights-religion-belief/religion-isnt-free-pass- discriminate-against-employees. Sept. 17, 2012. Con- scientious objection and reproductive rights: international human rights standards. AlsoNew York: Center for Reproductive Rights, 2013 July. http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/\_ Conscientious\_FS\_Intro\_ English\_FINAL.pdf.
- 27. European Court of Human Rights. Eweida and Others v. The United Kingdom, no. 51671/10, ECHR 2013. http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-115881.
- Russian Federation Collection of Legislation. On Amendments to Article 5 of the Federal Law "On

- Protection of Children from Information Harmful to Their Health and Development" and to Certain Legislative Acts of the Russian Federation with the Aim of Protecting Children from Information that Promotes the Denial of Traditional Family Values. No. 26, Item 32082013. (http://asozd2.duma.gov.ru/main.nsf/(Spravka)? OpenAgent&RN=44554-6&02 [http://perma.cc/Y2WQ-EFXH]). For an unofficial translation of the law, see Russia's "Gay Propoganda" Law. Russian federal law #135-FZ [Erin Decker trans.]. School of Russian & Asian Studies, Aug. 13, 2013. (Available from: http://www.sras. org/russia gay propaganda law).
- 29. CRC. General Comment No. 3: HIV and the rights of the child. New York: United Nations Committee on the Rights of the Child, 2003. (UN Doc CRC/GC/2003/3).
- 30. CRC. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. New York: United Nations Committee on the Rights of the Child, 2003. (UN Doc CRC/GC/2003/4).
- Thoreson R. Comment: From child protection to children's rights: Rethinking homosexual propaganda bans in human rights. Law Yale Law Journal, 2015;124(4):882–1345.
- 32. Response to SOGI Human Rights Statement. Read by Syria to the UN General Assembly. http://www.corteidh.or.cr/ tablas/Amicus/AMICUS%20CU-RIAE%20TRANSMITIDOS% 20EL%2012%20DE%20 SEPTIEMBRE%20foliados/19%20-%20ANEXO%20 20%202758-2759.pdf. Dec.18, 2008.
- 33. FIDH. Defending the Universality of Human Rights. Available at. https://www.fidh.org/en/international-advocacy/united-nations/un-defending-the-universality-of-human-rights-priority-hrc29. June 2014.
- 34. An-Na'im AA. Human rights in cross-cultural perspectives: a quest for consensus. Philadelphia: University of Pennslyvania Press, 1995.
- 35. See a statement on the appeal from a coalition of NGOs: http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions. net/files/documents/Joint%20 Statement%20-%20HRC% 20Day%20of%20Discussion%20on%20the%20Right% 20to%20Life%20 -%20Final.pdf



# ©2014 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2014;22(44):31–41 0968-8080/11 \$ - see front matter

Doi: 10.1016/S0968-8080(14)44804-3



#### **ARTÍCULO**

# Considerar el litigio estratégico como una herramienta de promoción y defensa: un estudio de caso de la defensa de los derechos reproductivos en Colombia

Mónica Roa<sup>a</sup>, Barbara Klugman<sup>b</sup>

- a Vicepresidenta responsable de Estrategia y Relaciones Externas de Women's Link Worldwide, Bogotá, Colombia. Correspondencia: m.roa@womenslinkworldwide.org
- Catedrática Asociada, School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica

**Resumen:** Women's Link Worldwide creó una prueba para determinar cuándo un ambiente es propicio para el cambio social mediante el litigio estratégico. Primero presentamos nuestro entendimiento del litigio estratégico, y luego explicamos las cuatro condiciones para el cambio exitoso y sostenible utilizando el litigio estratégico: (1) un marco de derechos; (2) una judicatura independiente y bien informada; (3) organizaciones de la sociedad civil con la capacidad para plantear los problemas sociales como violaciones de derechos y para litigar; y (4) una red capaz de apoyar y aprovechar las oportunidades presentadas por el litigio. A continuación, presentamos ejemplos de nuestro trabajo en Colombia, que muestran cómo el análisis de estas condiciones informó nuestra estrategia de litigio para confrontar a un funcionario público influvente que se opone a los derechos reproductivos. Se adoptaron dos estrategias de litigio. El primer caso no fue exitoso en las cortes, pero nos permitió presentar nuestro mensaje y fomentar el apoyo en la sociedad civil. El segundo caso se basó en este impulso y fue victorioso. El litigio estratégico es una herramienta poderosa para promover los derechos y para imputarle a los gobiernos la responsabilidad de cumplir con sus obligaciones relacionadas con los derechos humanos. Las estrategias formuladas pueden ser adaptadas para utilizarse en otros contextos. Esperamos que inspiren a otras personas a proteger y promover los derechos reproductivos por medio del litigio estratégico cuando las mujeres no puedan disfrutar al máximo de sus derechos. © 2016 edición en español, 2014 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras clave:** litigio estratégico, derechos reproductivos, derechos sexuales, salud y derechos sexuales y reproductivos, aborto, promoción y defensa de derechos, estrategias, cambio social, interés público, Colombia.

"El poder judicial tiene la facultad de permitir que la igualdad crezca y florezca hasta satisfacer las legítimas demandas y aspiraciones de la mayoría femenina de la población mundial. También tiene el poder para negárselas" (Kathleen Mahoney¹).

Tradicionalmente, el litigio estratégico se ha definido como una querella planteada respecto a un caso de interés público que tiene un efecto amplio en la sociedad, y que trasciende los intereses específicos de las partes involucradas². Siguiendo este enfoque, el litigio estratégico sirve como instrumento de promoción y defensa, que es innovador y muy poderoso porque puede ser un mecanismo para la rendición de cuentas de los gobiernos³. El litigio estratégico, nacional e internacional, puede ser usado como un instrumento valioso por el movimiento de derechos de salud y derechos

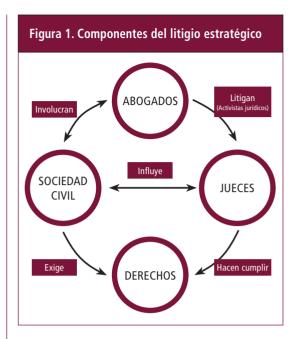
sexuales y reproductivos a nivel global para elevar la conciencia de derechos, promover la necesidad de las poblaciones en vulnerabilidad de tener acceso a estos derechos y demandar el cumplimiento del gobierno con las obligaciones de derechos humanos.

# Cómo evaluar el potencial del litigio estratégico: la prueba de las cuatro condiciones

Women's Link Worldwide propone una comprensión más integral del litigio estratégico que no solo sirva para establecer normas legales progresivas, sino que además se convierta en un medio para moldear la opinión pública y fortalecer los movimientos sociales. Esto se logra creando oportunidades para que los activistas se organicen alrededor de un caso. Opinamos que un litigio estratégico crea una oportunidad para que los activistas legales y los jueces acuerden un debate democrático en torno a un caso específico, donde puedan involucrar a otros poderes del Estado, a la opinión pública y a sectores específicos de la población, para analizar cómo deben interpretarse y otorgarse los derechos4,\*.

Si mediante este proceso se logra una victoria jurídica, se crearán las condiciones para implementar los derechos. Pero, aunque no haya una victoria, habrán mejorado las condiciones para que la causa avance por otros medios, el movimiento saldrá fortalecido y la opinión pública estará mejor informada<sup>5</sup>. Estos son factores bien reconocidos como factores críticos en los esfuerzos de la sociedad civil por promover el cambio social<sup>6,7</sup>. La Figura 1 presenta los distintos componentes de la definición de litigio estratégico presentado por Women's Link.

Al litigar, los abogados dan a los jueces la oportunidad de cumplir con su obligación de hacer cumplir los derechos. Asimismo, los abogados deben encontrar las maneras (jurídicas y no jurídicas) de involucrar a la socie-



dad civil en el proceso del litigio, tanto para empoderarla como para crear una plataforma para demandar el cumplimiento de los derechos. Efectivamente, a veces los grupos de la sociedad civil han logrado que los abogados se involucren en el tema. La movilización social y una opinión pública fuerte pueden facilitar la toma de decisiones de los jueces, pues estos verán que los derechos reclamados por las partes en litigio son elementos del asunto que se debate ampliamente en la sociedad civil. Paralelamente, una decisión judicial que haga cumplir los derechos tendrá un impacto en los valores, normas y prioridades de la sociedad civil<sup>8</sup>.

Women's Link Worldwide planteó su primer caso de litigio estratégico en 2006 en Colombia, para promover los derechos al aborto en un período en el cual muy pocos casos de este tipo se habían llevado a juicio en la región, en forma estratégica<sup>9,10</sup>. El enfoque estratégico e integral de la organización respecto al litigio provocó que el Tribunal Constitucional de Colombia emitiera la sentencia pionera C-355/06, otorgándole a las mujeres el derecho al aborto terapéutico<sup>11</sup>. Desde entonces Women's Link ha litigado en otros países y sobre distintas problemáticas propias de los derechos de la mujer, y además ha asesorado a otras organizacio-

<sup>\*</sup> Esta comprensión se basa en un marco de activismo dialogante. El activismo dialogante consiste en el debate democrático con otros poderes del Estado y con la sociedad civil, que pueden ser generados por el Poder Judicial cuando examina ciertos casos<sup>3</sup>.

nes para que adopten este tipo de estrategia de promoción y defensa\*\*.

Antes de embarcarse en un litigio estratégico es muy importante evaluar la factibilidad de que el litigio sea efectivo en esa determinada situación, y para ello hay que tomar en cuenta el contexto político, social y jurídico, proceso que Women's Link denomina "mapeo". Para poder evaluar si se puede lograr el cambio social mediante el litigio y para informar cómo se deben diseñar las estrategias legales, de comunicaciones y de alianzas, Women's Link Worldwide analiza cuatro condiciones. Este examen se basa en la teoría presentada en el libro The Rights Revolution de Charles R. Epp<sup>12</sup>. Si estas cuatro condiciones se cumplen, o si se pueden crear o reforzar mediante el proceso judicial, entonces sí se puede usar el litigio estratégico como instrumento para avanzar en la causa de los derechos humanos. Estas cuatro condiciones son: (1) que exista un marco de derechos; (2) que hava un poder judicial independiente y bien informado; (3) que existan organizaciones de la sociedad civil con capacidad para formular los problemas sociales como violaciones de derechos y para litigar; y (4) que haya una red capaz de apoyar y aprovechar las oportunidades que se presenten debido al litigio. Para los fines de este artículo, evaluaremos cada una de estas condiciones desde la perspectiva de los derechos reproductivos.

Primero, el cambio social solo se puede lograr a través de los tribunales si los activistas pueden identificar y plantear los problemas como violaciones de derechos. Esto requiere un marco jurídico o constitucional que reconozca los derechos humanos o la posibilidad de usar la legislación internacional sobre derechos humanos o el derecho comparado.

Cuando los ciudadanos comprenden que la ley les garantiza algo que ellos necesitan pero que no les ha sido otorgado por el gobierno elegido, los activistas pueden diseñar estrategias para exigir a los jueces que tomen las medidas pertinentes para corregir dicho incumplimiento.

No existe una sola fórmula para tener un adecuado marco de derechos. Algunas constituciones nacionales contienen una declaración de derechos y garantías que describe explícitamente los derechos fundamentales garantizados. Los países pueden haber firmado tratados regionales o internacionales que garanticen los derechos humanos. Los fundamentos que sustentan los derechos reproductivos se pueden encontrar en casi todos los instrumentos de derechos humanos<sup>13,\*\*\*</sup>. En algunos sistemas legales, los derechos reconocidos en sentencias judiciales previas se consideran vinculantes v pueden ser usados como normas legales en casos posteriores. En realidad, en la mayoría de países se da una cierta combinación de ambas características. Además, el sistema judicial debe permitir que se planteen demandas basadas en la violación de derechos. Algunos sistemas limitan las demandas a casos concretos de violación de derechos, en tanto que otros sistemas permiten un examen abstracto de leves o políticas que podrían llevar a la violación de los derechos.

Segundo, el Poder Judicial debe tener total independencia para garantizar los derechos de las minorías y de los pueblos marginados. La independencia judicial consiste en que los jueces tengan libertad para decidir el fallo en un caso, actuando conforme a su criterio legal, sin que medie ninguna presión indebida de otros poderes del Estado<sup>14</sup>. La evaluación del diseño institucional del poder judicial ayuda a los defensores a establecer si hay independencia ju-

<sup>\*\*</sup> Podrá encontrar más información sobre los proyectos de litigio de Women's Link Worldwide en www.womenslinkworldwide.org

<sup>\*\*\*</sup> El Centro por los Derechos Reproductivos tiene una lista de 12 derechos humanos que son claves para los derechos reproductivos. Estos son: (1) el derecho a la vida; (2) el derecho a la libertad y a la seguridad personal; (3) el derecho a la salud, que incluye la salud sexual y reproductiva; (4) el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos; (5) el derecho al matrimonio, y a la igualdad dentro del matrimonio; (6) el derecho a la intimidad; (7) el derecho a la igualdad y a la no discriminación; (8) el derecho a no ser objeto de prácticas que perjudican a las mujeres y a las niñas; (9) el derecho a estar libre de tortura u otra forma de trato o castigo cruel, inhumano o degradante; (10) el derecho a no padecer violencia por causa de su sexo o género; (11) el derecho a acceder a educación sobre salud sexual y reproductiva y a información sobre planificación familiar; y (12) el derecho a disfrutar los beneficios de los avances científicos12.

dicial. Esta independencia puede ser afectada por factores tales como: quién tiene la facultad de nombrar o destituir a los jueces y por qué causa; si se requiere o no, reunir ciertas capacidades o calificaciones para ser juez, o si los nombramientos son exclusivamente políticos; cuánto tiempo dura el ejercicio del cargo o función de juez; y quién tiene la posibilidad de modificar presupuestos y remuneraciones. En general, cuando estos procesos se concentran en las manos de un número reducido de personas, o si hay una falta de transparencia, los jueces tendrán menos independencia. Si el Poder Judicial no tiene un nivel mínimo de independencia es muy improbable que el litigio sea la mejor estrategia a seguir para promover una causa a la que son hostiles el Estado u otras partes influyentes.

De otro lado, los jueces que sí comprenden la dinámica que existe entre el marco de derechos y el avance de la justicia social pueden desempeñar un papel clave en promover el cambio social a través de los tribunales. Estos jueces pueden facilitar el papel de los abogados que plantean un litigio estratégico, si ellos comprenden el papel que les compete desempeñar como promotores de los principios contenidos en los derechos humanos. Sin embargo, el cambio social también se puede lograr en los tribunales con jueces que simplemente estén convencidos que su función consiste en aplicar el marco de derechos a los casos que son sometidos a su consideración.

Los abogados deben evaluar el grado de conocimiento y experiencia que tienen los jueces respecto a los derechos humanos y, en particular, a los derechos de las mujeres y a los derechos reproductivos adquiridos, ya sea durante su formación jurídica o durante la capacitación que reciben específicamente como jueces. También es útil, pero no siempre fácil, evaluar si los jueces consideran que la defensa de los derechos humanos es una de sus principales funciones o si piensan que su única obligación es aplicar la ley sin considerar las consecuencias finales.

Tercero, las organizaciones de la sociedad civil deben tener la capacidad de litigar en forma eficaz. En un litigio estratégico es preciso que los abogados comprendan el rol de los jueces y que identifiquen las diversas oportunidades que el litigio puede presentar. Aun si los jueces se encuentran perfectamente informados y comprometidos con estas causas, ellos no pueden promover derechos a menos que les sean presentados como parte integral de un caso judicial. Los activistas deben poder articular los problemas particulares dentro de un marco de derechos y llevar estos casos a los tribunales, independientemente de cuán desafiante fuera el tema en cuestión. Además, los abogados que dirigen el litigio deben tener la capacidad de colaborar con varios grupos con el fin de crear condiciones que permitan una decisión favorable. Esas condiciones favorables existen cuando el contexto sociopolítico les permite a los jueces sentirse cómodos al reconocer las violaciones de derechos que el caso plantea. De lo contrario, los jueces pueden sentir que su fallo o su tribunal perderán legitimidad o pertinencia.

Quienes abogan por el cambio social deben tener en cuenta que los jueces son seres humanos v que los tribunales tradicionalmente han estado compuestos por miembros de la clase privilegiada de su sociedad. A pesar de que su mandato es administrar justicia, garantizar la igualdad y eliminar la discriminación, sus prejuicios personales podrían facilitar o perjudicar la búsqueda de la justicia social en los tribunales. Si bien los jueces pueden tomar la iniciativa para evaluar en forma continua sus propios sesgos, los activistas deberían alentar o facilitar este proceso mediante la organización de coloquios, presentando declaraciones de tipo amicus curiae o enviando a los jueces publicaciones con el fin de desvirtuar muchas de las preconcepciones que pueden afectar su dictamen, por ejemplo. Adicionalmente, los abogados deben investigar cuáles serán los argumentos más persuasivos para un determinado juez o una corte específica.

Cuarto, el cambio social logrado a través de los tribunales es sostenible solo si hay una fuerte red de apoyo en la sociedad civil. Como se mencionó en la tercera condición, se necesita que distintos electores de esta red de apoyo se involucren con los abogados en las diferentes etapas del proceso jurídico. La red debería incluir movimientos sociales dinámicos que puedan aprovechar las oportunidades que surjan en las diferentes etapas de los procedimientos judiciales y de los debates que se produzcan como consecuencia del litigio. Los

individuos y las organizaciones involucrados en cierto tema deberían estar dispuestos a contribuir, con su experiencia y conocimiento, en el proceso de litigio, a pesar de ser conscientes de que, dependiendo del tema, podrían ser objeto de reacciones violentas y estigmas.

Durante el desarrollo del litigio, la red debería sensibilizar a la opinión pública sobre el tema v moldear en forma favorable el debate. Una comunicación efectiva debería establecer un mensaje clave sobre por qué el tema es importante para el público en general, exactamente cuál es el problema, y qué solución se propone mediante el litigio. De esa forma, aunque no se logre una victoria jurídica, se habrá mejorado la toma de conciencia sobre los derechos humanos relacionados al tema y se establecerán las bases para promoverlos en el futuro por otros medios. Por otra parte, sin una red de apoyo adecuada, una decisión jurídica favorable podría tener un impacto limitado sobre los grupos de interés y, por lo tanto, enfrentaría serios obstáculos durante la fase de eiecución.

Finalmente, la red de apoyo debería incluir a financieras comprometidas que entiendan las complejidades de los litigios estratégicos en cuanto a su duración, el tipo de actividades que requieren financiamiento más allá de las labores jurídicas, y la infraestructura necesaria para coordinar los trabajos. Para mantener a la red es fundamental contar con financiamiento adecuado. Un litigio estratégico es a menudo un proceso largo y las organizaciones deben tener eso en cuenta. Algunos casos empiezan en tribunales locales y terminan, años después, en tribunales internacionales; un proceso que puede durar años.

Cuando se litiga sobre derechos reproductivos es preciso analizar estas condiciones: ¿garantiza el Estado los derechos que podrían ser aplicables a la salud reproductiva?, ¿están informados los jueces acerca de los complejos debates técnicos y legales sobre derechos reproductivos? Los activistas, ¿son capaces de construir casos basados en estos derechos que sean atractivos para los jueces?, ¿pueden enviar mensajes claros y atractivos a la comunidad y crear oportunidades para conectarse con otros movimientos sociales?, ¿existen organizaciones dispuestas a movilizarse alrededor del proceso de litigio? Hacerse estas preguntas

y evaluar las cuatro condiciones ha ayudado a Women's Link a diseñar sus estrategias de promoción y defensa.

#### El contexto en Colombia

Presentamos dos ejemplos del trabajo de Women's Link's en Colombia 16\*\*\*\*. Primero veremos el contexto del país durante los años que siguieron al reconocimiento del aborto terapéutico como un derecho, y luego cómo el análisis de las cuatro condiciones brindó información a nuestra estrategia de litigio, en la cual hubo que enfrentar al procurador general de la Nación, quien se opuso a los derechos reproductivos y usó su posición para limitarlos. Women's Link adoptó dos estrategias de litigio. El primer caso, presentado por Women's Link, una gueja disciplinaria contra el procurador general, no tuvo éxito en los tribunales. Sin embargo, este caso nos permitió introducir nuestro mensaje, hacer que su postura al respecto fuera un foco de atención, educar al público y obtener apoyo al interior de la sociedad civil. El segundo caso, usando el derecho a la información, aprovechó el impulso del primer caso para obtener no solo una victoria jurídica sino también, y quizás más importante, una de carácter simbólico.

Para comprender el contexto dentro del cual ocurrieron estos casos, es necesario entender la posición del procurador general, la cual es muy particular en el caso de Colombia. El procurador general es elegido por el Senado por un mandato de cuatro años, y puede ser reelegido una vez<sup>17</sup>. Su papel consiste en vigilar que se cumplan la Constitución, las leyes y las decisiones judiciales; proteger los derechos humanos y supervisar el comportamiento de los funcionarios públicos<sup>18</sup>. En teoría, el procurador general es el máximo defensor de los derechos humanos. Para poder cumplir sus objetivos, la Constitución le otorga amplios poderes. De hecho, el procurador general tiene la facultad de disciplinar o destituir de su cargo a cualquier funcionario público, a excepción

<sup>\*\*\*\*</sup> Ver también el artículo de Alba Ruibal que traza la historia de las reacciones contra la reforma de la ley del aborto en Colombia, como un proceso de movimiento y contra movimiento 16.

del presidente de la República y de los jueces<sup>19</sup>. Esta situación vuelve muy improbable que un funcionario, que pudiera enmendarle la plana, lo haga, puesto que todos los funcionarios están sometidos al control disciplinario del procurador.

La posibilidad de que el procurador general abuse de este poder se hizo evidente durante los dos mandatos del procurador actual, Alejandro Ordóñez, quien fue electo en 2009 y reelecto en 2013 hasta el año 2017.

Antes de asumir su cargo, Ordóñez había publicado varios libros. En uno de ellos proponía que los funcionarios públicos tenían el derecho a desobedecer las leyes si creían que estas violaban las leyes divinas, y en otro, manifestaba sus preocupaciones sobre la defensa de los derechos humanos. En este segundo libro escribió:

"Hoy en día, el objetivo de la revolución cultural es el de destruir los principios y valores que son la base de la familia cristiana: su naturaleza heterosexual, monógama, indivisible y fértil; estos son los obstáculos que quieren retirar a toda costa, permitiendo el divorcio, la anticoncepción, el aborto y el matrimonio homosexual, en una primera fase que está casi completa"<sup>20</sup>.

En ese momento, en 2006, el Tribunal Constitucional de Colombia acababa de establecer. mediante la sentencia C-355/06, que el aborto era legal bajo ciertas circunstancias<sup>21</sup>. Aquel caso, presentado por Women's Link Worldwide, reconocía al aborto como un derecho de las mujeres y niñas bajo tres circunstancias: (1) cuando el embarazo supone un riesgo para la salud o vida de la gestante; (2) cuando el feto sufre graves malformaciones que hacen imposible su vida fuera del útero; y (3) cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto. Por lo tanto, Ordóñez se vería obligado a hacer cumplir una decisión judicial que, desde su punto de vista personal, sería una amenaza para la forma como él interpretaba los valores familiares religiosos.

El 5 de junio de 2008, el Consejo de Estado colombiano rechazó un intento de prohibir la anticoncepción de emergencia, formulado por grupos opuestos al derecho de decidir; el consejo indicó que la anticoncepción de emergen-

cia era un método anticonceptivo y no abortivo, y por lo tanto estaba de acuerdo con la Constitución colombiana<sup>22</sup>.

Al asumir el cargo de procurador general, Ordóñez decidió dar prioridad a sus opiniones personales y no a su obligación de respetar la Constitución y proteger los derechos humanos, incluvendo los derechos reproductivos. El 10 de mayo de 2009, Ordóñez publicó el memorando 030, que obligaba a los funcionarios públicos a tomar medidas para proteger los derechos de los nonatos<sup>23</sup>. Pero la sentencia C-355/06 declaraba, en forma explícita, que los nonatos no tenían derechos jurídicos. El 21 de octubre de 2009 emitió un comunicado de prensa como respuesta a una decisión judicial que obligaba a realizar campañas educativas sobre derechos sexuales y reproductivos, declarando que se opondría a tal "campaña masiva para promover el aborto" <sup>24</sup>. Adicionalmente, el 7 de diciembre de 2009 la Procuraduría publicó otro comunicado de prensa donde definía la anticoncepción de emergencia como un tipo de aborto, y declaraba que las píldoras para esta debían, por lo tanto, ser prohibidas<sup>25</sup> a pesar de las conclusiones contrarias tanto médicas 26 como jurídicas27.

Además, Ordóñez nombró a Ilva Myriam Hoyos, fundadora de una coalición anti-aborto, como procuradora adjunta, responsable de niños, adolescentes y familia<sup>28</sup>. Después de la sentencia C-355/06, como líder del movimiento opuesto al derecho a decidir, ella había declarado públicamente que haría todo lo que estuviera a su alcance para revertir la decisión; es decir, que haría que se volviera a penalizar el aborto<sup>29</sup>. Pero entre sus obligaciones como procuradora adjunta se encontraba la de garantizar el acceso constitucional de las mujeres al aborto y hacer cumplir la sentencia C-355/06.

El 2 de marzo de 2010, Hoyos envió una carta al director de la Superintendencia de Salud en respuesta a un memorando que este había publicado, relacionado al cumplimiento de la sentencia C-355/06. La Superintendencia de Salud supervisa a todos los proveedores de salud en Colombia. En su carta, Hoyos argumentaba que el aborto no era considerado como un derecho, a pesar de la clara jurisprudencia constitucional que declaraba lo contrario. Por lo tanto, decía, la Superintendencia de Salud no estaba obliga-

da a garantizar que el sistema de salud pública realizara abortos de acuerdo a la sentencia C-355/06, argumentando que el aborto estaba fuera del alcance de la Superintendencia.

En 2011, el alcalde de Medellín anunció los planes de abrir una clínica para mujeres que ofrecería un amplio rango de servicios, incluyendo aquellos de salud reproductiva<sup>30</sup>. En respuesta, el procurador Ordóñez anunció que se abriría una investigación contra el alcalde, de acuerdo a sus poderes disciplinarios. La procuradora adjunta, Hovos, formó un grupo de trabajo para investigar específicamente la clínica<sup>31</sup>. Los actos de estos altos funcionarios. supuestamente responsables de defender los derechos humanos, claramente indicaban que no solo se oponían en forma personal a dichos derechos, sino que estaban dispuestos a utilizar su poder para luchar en contra de la salud y los derechos reproductivos.\*\*

Finalmente, también en 2011, otro funcionario de la Procuraduría comenzó a cuestionar la inclusión del Misoprostol como una medicina básica dentro del sistema de salud pública nacional. La procuradora María Eugenia Carreño escribió al Ministerio de Protección Social, declarando que las autoridades que reglamentan los medicamentos en Colombia no habían aprobado el uso de Misoprostol y que la Organización Mundial de la Salud había expresado dudas sobre si era seguro. Pero, en realidad, la Organización Mundial de la Salud había aprobado el Misoprostol para varios usos obstétricos y para inducir el aborto, y lo incluían en su lista de medicinas básicas<sup>32</sup>.

Con estos complicados antecedentes, Women's Link Worldwide evaluó las cuatro condiciones para el litigio y diseñó una estrategia de promoción y defensa para proteger y promover la salud y los derechos reproductivos.

#### El análisis de las cuatro condiciones para Colombia

Primero, Colombia cuenta con un amplio marco de derechos. La Constitución de 1991 protege los derechos sociales, económicos y culturales<sup>33</sup>. El artículo 49 asigna al Estado el deber de establecer y manejar un sistema de salud que provea un nivel mínimo de servicios gratuitos<sup>34</sup>. El Tribunal Constitucional también había reconocido explícitamente el derecho a servicios gratuitos de aborto a través de la sentencia C-355/06. Finalmente, la Constitución colombiana también incorpora tratados internacionales sobre derechos humanos dentro del marco legal local<sup>35</sup>. Esto significa que los jueces pueden aplicar normas internacionales sobre derechos humanos en sus decisiones.

La Constitución de 1991 también estableció el derecho a la "tutela" la cual está diseñada para proteger los derechos constitucionales de manera oportuna. Cada ciudadano tiene el derecho a presentar una tutela cuando considera que sus derechos fundamentales han sido amenazados o violados, y un juez debe responder dentro de un lapso de diez días. La tutela ha sido utilizada repetidamente desde 1991 para hacer cumplir una variedad de derechos la ciudadanos están familiarizados con el proceso y es parte de la conciencia popular de derechos. La tutela también ha sido utilizada específicamente para hacer cumplir la sentencia C-355/06<sup>38</sup>.

Segundo, la Constitución colombiana declara que el poder judicial es independiente<sup>39</sup>, e incluye un diseño institucional para sustentar dicha independencia. La Corte Suprema de Justicia es la máxima corte para asuntos civiles y penales. El Tribunal Constitucional fue creado para ser el árbitro final cuando se trata de la interpretación de la Constitución. Los jueces de la Corte Suprema son seleccionados a partir de listas elaboradas por el Consejo Superior del Poder Judicial<sup>40</sup>. El Senado elige a los miembros del Tribunal Constitucional<sup>41</sup>. Los jueces deben ser abogados y tener por lo menos diez años de experiencia<sup>42</sup>. Adicionalmente, los jueces están sujetos a control disciplinario por parte del Consejo Supremo del Poder Judicial: no están sujetos a las facultades disciplinarias del procurador general<sup>43</sup>.

Sin embargo, en la práctica, es posible que los tribunales se politicen a través del proceso de nombramiento. Adicionalmente, los jueces en estos tribunales superiores tienen mandatos de ocho años<sup>44</sup>, y pueden estar influenciados por consideraciones relacionadas con empleos

<sup>\*\*\*\*\*</sup> De esa forma, el 8 de setiembre de 2009 anunciaron la creación de un grupo de trabajo especial para hacer un "control preventivo" de los responsables de haber abierto la clínica para mujeres en Medellín.

posteriores. Cuando Women's Link estaba considerando el litigio, después de evaluar a los jueces de la Corte Suprema de Justicia y del Tribunal Constitucional, creíamos que, a pesar de todo, sí existía un alto nivel de independencia del poder judicial. La Corte Suprema, por ejemplo, en ese momento estaba peleando públicamente contra el poder ejecutivo luego de haber descubierto que miembros del ejecutivo habían intervenido ilegalmente los teléfonos de varios jueces<sup>45</sup>. Para Women's Link, la segunda condición se cumplía.

Tercero, Women's Link ya contaba con una experiencia importante en litigios de casos de interés público. Rechazamos la posibilidad de presentar una queja por comportamiento penal. En lugar de ello, como nuestro personal tiene experiencia tanto en derecho constitucional como administrativo, pensamos que teníamos las habilidades legales y técnicas requeridas para presentar una queja disciplinaria o un caso constitucional. Si hubiéramos considerado algún otro tipo de acción legal, el resultado podría haber sido distinto.

Cuarto, Women's Link determinó que en ese momento había una fuerte estructura de apoyo. Varias organizaciones de la sociedad civil se estaban movilizando en contra del procurador. Algunas de estas organizaciones estaban formulando la defensa de sus casos como violación de derechos, pero ninguna estaba litigando. No existía una coalición explícita entre estas organizaciones en contra de los actos del procurador general, pero Women's Link percibió que todos habían tomado conciencia de que era necesario actuar. Por lo tanto, Women's Link decidió que esta condición se podía reforzar lo suficiente como para que pudieran apoyar un litigio estratégico.

Después de revisar estas cuatro condiciones, Women's Link concluyó que el litigio estratégico era factible. Entonces procedimos a diseñar estrategias judiciales específicas tomando en cuenta nuestro análisis de las cuatro condiciones en este contexto hostil.

# Proteger y fomentar la salud y los derechos reproductivos en los tribunales

Decidimos empezar por presentar un recurso disciplinario contra el procurador general. Se seleccionó esta estrategia pues pensamos que podríamos articular las maneras por las cuales el procurador general no estaba cumpliendo con sus deberes constitucionales. Adicionalmente, la Corte Suprema de Justicia es responsable de atender las quejas disciplinarias contra el procurador general, y Women's Link había concluido que existía un alto grado de independencia judicial y de compromiso con los derechos humanos en ese tribunal.

También pensamos que podríamos desarrollar una fuerte estrategia de comunicaciones y alianzas para involucrar al público y a otras organizaciones de la sociedad civil. Esta estrategia se enfocaría en denunciar todas las ocasiones en las que el procurador general había impuesto a los funcionarios públicos los valores religiosos, según él los interpretaba, y que esta conducta era incompatible con su función de hacer cumplir una constitución laica. El día en que se presentó la queja, Women's Link trabajó con las organizaciones aliadas para mantener vigilias con velas encendidas en contra del procurador general en cuatro ciudades importantes, para hacer más notoria la denuncia. Utilizamos medios sociales para dar publicidad a los eventos, y para crear conciencia, trabajamos con columnistas de periódicos, otros grupos de derechos de mujeres, grupos LGBTI y Católicas por el Derecho a Decidir. En los eventos distribuimos cajas de fósforos con la fotografía del procurador general para transmitir el mensaje de que el extremismo religioso representaba un peligro para nuestros derechos constitucionales. El nombre de la campaña fue "No más oscurantismo".

Desafortunadamente, la segunda condición, relacionada con la independencia del poder judicial cambió en el transcurso del litigio. La Corte Suprema de Justicia demoró seis meses para iniciar oficialmente la investigación de la queja. Durante este período se produjeron varios cambios en la composición de la Corte. Terminaron los mandatos de varios jueces que habíamos considerado como independientes y comprometidos con los derechos. El presidente de la Corte Suprema, también considerado como una voz independiente, renunció por motivos personales luego de una enfermedad en su familia.

Por lo tanto, nuevos jueces llegaron a la Corte; muchos de ellos tenían relaciones familiares o personales con empleados de la Procuraduría<sup>46</sup>. Llegado a este punto, Women's Link se dio cuen-

ta de que la composición de la Corte ya no garantizaba la independencia necesaria. A pesar de que esta finalmente inició la investigación, Women's Link ya no creía que el litigio era viable. A pesar de todo continuamos con el proceso judicial durante 18 meses para fortalecer la toma de conciencia del público sobre el abuso de poder del procurador general. El caso fue finalmente rechazado en noviembre de 2012.

Bajo estas circunstancias, revaluamos las cuatro condiciones. Esta vez concentramos nuestro esfuerzo en el Tribunal Constitucional como único órgano judicial que emitía decisiones en contra del procurador general. Por ejemplo, ya había conminado al procurador general a cumplir con las órdenes de implementar campañas educativas sobre derechos sexuales y reproductivos<sup>47</sup>. Específicamente, el Tribunal determinó que las instituciones no podían ser objetoras de conciencia y que estas objeciones no podían invalidar los derechos de las mujeres, a pesar de los reparos personales del procurador general.

A continuación necesitábamos diseñar una estrategia jurídica adecuada para este tribunal. A pesar de que teníamos sólidas sospechas de que las acciones del Procurador General estaban disuadiendo a otras autoridades para que estas no garantizaran los derechos reproductivos, no teníamos ninguna evidencia para probar la causalidad entre sus acciones, las acciones de otros funcionarios y la violación de los derechos reproductivos. Además, nuestra experiencia nos ha demostrado que la mayoría de las mujeres que han enfrentado obstáculos para tener acceso a un aborto legal no desean involucrarse en un litigio. Las pocas mujeres que lo han hecho generalmente son estigmatizadas y pagan injustamente un alto precio por entregar su proceso a la causa<sup>48</sup>. Por lo tanto, decidimos diseñar uno que no dependiera de las historias específicas de algunas mujeres.

Construimos el caso usando la evidencia que habíamos reunido al hacer un seguimiento de los actos de la Procuraduría con relación a los derechos reproductivos. Sabíamos que el procurador general y sus delegados habían distribuido públicamente información engañosa y no confiable y a funcionarios que se hallaban bajo su control disciplinario. Decidimos entonces presentar una tutela, basándonos en un derecho fundamental amenazado o violado:

el derecho a la información. Este derecho está protegido en la Constitución de Colombia por el artículo 20<sup>49</sup> y por la Convención Interamericana bajo el artículo 13(1)<sup>50</sup>.

Trabajando con grupos aliados de diferentes regiones de Colombia, como Sí Mujer de Cali, Mujer y Futuro de Bucaramanga, Red de Derechos Sexuales y Reproductivos de Medellín, y Contigo Mujer de Pereira, entre otros, encontramos a 1280 mujeres en edad reproductiva de todo el país, quienes estuvieron de acuerdo en presentar la queja en forma conjunta, alegando que las mentiras y declaraciones engañosas del procurador general violaban sus derechos fundamentales a recibir información sobre sus derechos reproductivos. La tutela argumentaba que los funcionarios públicos debían separar sus opiniones personales de las normas legales y de la información objetiva al cumplir con sus deberes. Presentamos la queja en octubre de 2011 ante una corte de primera instancia; la queja llegó al Tribunal Constitucional en enero de 2012.

Llegado a este punto, Women's Link solicitó a otras organizaciones de la sociedad civil, tanto locales como mundiales, un escrito de amicus curiae que apoyara nuestra posición. Dentro de Colombia, un grupo de hombres que apoyaba los derechos reproductivos, otro grupo de periodistas y varias organizaciones de la sociedad civil enviaron declaraciones que secundaban nuestro argumento del derecho a la información. En el ámbito internacional, varias organizaciones presentaron alegatos apovando el argumento del derecho a la información\*\*\*\*\*. Internacionalmente, varias organizaciones presentaron alegatos de apoyo en derecho internacional para el derecho a una información exacta de parte del Estado dentro de un marco de derechos reproductivos.

<sup>\*\*\*\*\*\*\*</sup> Fueron presentados los siguientes alegatos amicus curiae: Derecho a la información y libertad de expresión (Asociación por los Derechos Civiles, Argentina); Derecho a la información (Centro de Investigación y Docencia Económicas, México); La importancia de la información para los derechos reproductivos (Centro para derechos reproductivos, Colombia y global); Derechos constitucionales (DeJusticia Colombia); Derecho a la información sobre derechos reproductivos para hombres (dirigido por el abogado colombiano Santiago Pardo); Obligaciones de periodistas (dirigido por Catalina Ruiz-Navarro).

Estos hechos ampliaron la red de apovo a nivel mundial, lo cual hubiera sido sumamente importante si el caso hubiese llegado a un tribunal regional o internacional. El mensaje de la estrategia de comunicaciones declaraba que el procurador general y sus delegados estaban mintiendo para sabotear la implementación de los derechos reproductivos. Declaramos que ellos podían oponerse en forma personal al reconocimiento de ciertos derechos, pero que como funcionarios públicos estaban obligados a proveer información exacta y confiable. Esto ganó la simpatía de personas que, si bien podían oponerse a ciertos derechos reproductivos, creían que las autoridades deben ser transparentes v sinceras al cumplir con sus deberes constitucionales.

El 10 de agosto de 2012, el Tribunal Constitucional emitió la sentencia T-627/12, en la cual determinaba que el procurador Ordóñez, la procuradora Hoyos y la procuradora Carreño habían brindado información falsa sobre derechos reproductivos y que habían amenazado o violado el derecho a tener acceso a servicios de salud reproductiva que incluían el aborto y el derecho a la salud física y mental. El Tribunal ordenó que dentro de un plazo de 72 horas, el procurador general y sus delegados rectificaran la información falsa que habían publicado. De no cumplir con esta orden del Tribunal habrían terminado en la cárcel<sup>51</sup>.

El Tribunal exigía específicamente que el procurador general se retractara de sus declaraciones en las que sostenía que las campañas de salud y derechos reproductivos promovían el aborto; que la anticoncepción de emergencia era abortiva; que el Misoprostol no era seguro; que las autoridades no debían facilitar el aborto pues no era un derecho, y que a las instituciones se les debía permitir emitir objeciones de conciencia. Adicionalmente, el procurador general debía afirmar públicamente que la anticoncepción de emergencia estaría disponible para las mujeres colombianas en forma gratuita, a través del sistema de salud pública. Se le exigió a la procuradora Hoyos que se retractara de su carta al director de la Superintendencia de Salud en la que afirmaba que el aborto no era un derecho y que, por lo tanto, él no debía retirar los obstáculos legales para acceder al aborto. Finalmente, el Tribunal ordenó a la Comisión de Regulación de la Salud que continuara con el proceso para incluir el Misoprostol en los planes de salud nacionales.

El procurador general y sus delegados se vieron obligados a realizar estas declaraciones públicas en la misma forma en que habían hecho inicialmente sus declaraciones falsas o engañosas. La noticia fue cubierta ampliamente por los medios de comunicación<sup>52</sup>. La revista Semana resaltó la naturaleza histórica de la decisión<sup>53</sup>. El Tiempo, un periódico colombiano líder, publicó una historia a página completa con una fotografía de un grupo de demandantes45. Varias organizaciones de lucha por los derechos reproductivos en Colombia se unieron y pagaron por un aviso a página completa en el periódico dominical donde claramente mostraban la información falsa que el procurador general había publicado, la información correcta, y el impacto que la victoria jurídica tendría en la vida de las mujeres.

Como resultado de todo esto, la anticoncepción de emergencia sigue siendo legal y accesible, el Misoprostol ha sido incluido en el plan de salud, a las instituciones no se les permite tener objeciones de conciencia, y la Superintendencia de Salud ha publicado nuevas guías sobre cómo proveer abortos legales y seguros de la forma ordenada por la jurisprudencia constitucional. Al momento de escribir este artículo, las campañas de educación sexual sobre derechos reproductivos aún no han sido puestas en práctica.

#### Conclusión

Este artículo ha mostrado cómo llevar el litigio estratégico un paso más adelante, entendiendo que como instrumento de promoción y defensa, ofrece múltiples oportunidades para trascender las paredes de las cortes e impactar los valores y las normas del público, aun cuando no se logre una victoria jurídica en un momento dado. Pero, para poder utilizarlo en forma responsable, también hemos mostrado la importancia que tiene realizar previamente un análisis cuidadoso y detallado del terreno antes de decidir por el litigio sobre otras estrategias de promoción y defensa. Si bien es claro que la prueba de las cuatro condiciones nunca se cumplirá por completo, es indispensable que los defensores legales entiendan que si desean ver cambios sostenibles en la sociedad, como resultado de un litigio, primero deberán diseñar y adaptar las estrategias para desarrollar o reforzar las cuatro condiciones, especialmente las identificadas como las más débiles.

Los dos casos presentados en este artículo demuestran la interacción existente entre las cuatro condiciones. Muestran cómo el litigio estratégico puede ser usado para fomentar el cambio social mediante la presentación de un caso a jueces, quienes puedan aplicar un marco de derechos estableciendo estrategias legales, comunicacionales y de alianzas interrelacionadas para trascender la corte y conectar con la opinión pública y los movimientos sociales. De esta manera, se refuerzan las condiciones generales para poder abordar la violación de derechos.

La queja disciplinaria demuestra que si no se cuenta con jueces independientes y comprometidos es muy difícil conseguir una victoria jurídica, aunque el marco de derechos sea sólido, las violaciones sean claras, el caso esté bien construido y las organizaciones de la sociedad civil hayan involucrado exitosamente a la opinión pública. Sin embargo, también muestra la ventaja de incorporar una estrategia de alianzas y comunicaciones como parte del proceso de litigio. A pesar de que la demanda finalmente fue rechazada v no se consiguió una victoria jurídica, sí nos permitió posicionar el mensaje de que el procurador general era una amenaza para los derechos y libertades fundamentales, especialmente de las mujeres<sup>54</sup>. También creó una plataforma para movilizar grupos de todo el país y para consolidar un sector de la sociedad civil que incluía (pero no estaba limitado) a las personas preocupadas por la salud reproductiva, el cual hoy continúa examinando en forma crítica los actos del procurador general y sus delegados, denunciando a aquellos que se oponen a los derechos humanos y al mandato de la lev<sup>55,56</sup>.

La tutela sobre el derecho a la información demostró que es posible que la sociedad civil obligue a poderosas autoridades a rendir cuentas, cuando una organización tiene la capacidad de establecer argumentos creativos que enmarquen los problemas como la violación de derechos y de acceder a las cortes para exigir una solución. Al basar la demanda en el derecho a la información, cualquier mujer en edad reproductiva a quien se le hubiera negado

información y quisiera convertirse en demandante podía hacerlo. La coordinación con los movimientos de mujeres y de salud reproductiva mediante el uso de declaraciones de tipo *amicus curiae* aumentó significativamente el impacto de la decisión, a la vez que fortaleció a quienes se unieron como demandantes.

La dura oposición contra la salud y los derechos reproductivos es general en todo el mundo. Dentro del ámbito de los derechos reproductivos, la siempre creciente oposición ha empezado a utilizar un marco de derechos en su discurso, lo cual debe servir para consolidar la urgencia con que los movimientos a favor de la salud v los derechos sexuales v reproductivos usen estrategias nuevas e innovadoras, tales como el litigio estratégico. El litigio estratégico es una herramienta muy poderosa para avanzar en los derechos humanos, así como para hacer que los gobiernos rindan cuentas y se garantice el cumplimiento de las obligaciones con respecto a los derechos humanos. Las estrategias desarrolladas pueden ser adaptadas para ser usadas en otros contextos. Esperamos que inspiren a otros a proteger y promover los derechos reproductivos a través del litigio estratégico cuando las mujeres no puedan gozar plenamente de sus derechos.

#### Agradecimientos

Este artículo es un adelanto de una publicación más amplia que documentará la estrategia de Women's Link Worldwide incluyendo secciones sobre cómo evaluar cada una de las cuatro condiciones v diseñar estrategias basándose en el resultado de esos mapeos. Dicha publicación también incluirá quías para diseñar y definir las estrategias legales, de comunicaciones y de alianzas del proceso de litigio. Las autoras quisieran agradecer especialmente a Elsa Meany, cuya participación hizo posible este artículo. También quisiéramos agradecer a Viviana Waisman, Ariadna Tovar, Mariana Ardila, Carolina Dueñas, Blakelev Decktor v Rafaela Menezes por sus inestimables contribuciones. Las ideas para este artículo fueron desarrolladas como parte del trabajo realizado por Women's Link Worldwide, el cual es posible gracias a sus generosos donantes. Las autoras quisieran agradecer especialmente a IPPF/WHR por alentarnos a documentar estos procesos.

#### Referencias

- Mahoney K. The myth of judicial neutrality: the role of judicial education in the fair administration of justice. Williamette Law Review 1996;32(4):785– 820.
- 2. Rekosh E, et al, editors. Pursuing the Public Interest, A Handbook for Legal Professionals and Activists. p. 81–82. http://www.pilnet.org/component/docman/doc\_download/ 35-pursuing-the-public-interest-a-handbook-for-legal.html).
- Dreier AS. Strategy, Planning and Litigating to Win. Candor NY: Telos Press Ltd; 2012. p.54–55.
- Tushnet M. The Hartman Holz Lecture: Dialogical Judicial Review. Arkansas Law Review 2008;61:205, on http://lawlib.wlu.edu/CLJC/index. aspx?mainid=93&tissuedate= 2008-07-23&thomepage=no.
- Klugman B. Effective social justice advocacy: a theory-of-change framework for assessing progress. Reproductive Health Matters 2011;19(38):146–62. Doi: 10.1016/S0968-8080(11)38582-5.
- Westley F, Zimmerman B, Quinn Patton M. Getting to Maybe: How the world is changed. Toronto: Vintage Canada; 2007.
- Cohen D, de la Vega R, Watson G. Advocacy for Social Justice: A Global Action and Reflection Guide. Oxfam America and Advocacy Institute, Connecticut: Kumarian Press; 2001.
- García Villegas M. La eficacia simbólica del derecho. Tercer Mundo Limitada, Ediciones. 1 January 1993.
- Inter-American Commission of Human Rights. Paulina del Carmen Ramírez Jacinto v. Mexico, 2007. https://www.cidh.oas.org/annualrep/2007eng/ Mexico161.02eng.htm.
- Human Rights Committee, K.L. v. Peru, Commc'n No. 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/ C/85/D/1153/2003, 2005. http://reproductiverights. org/sites/crr.civicactions.net/files/ documents/ KL%20HRC%20final%20decision.pdf.
- 11. Corte Constitucional, Mayo 10, 2006, Sentencia C-355/06 (Colom.).
- 12. Epp C. The Rights Revolution: Lawyers, Activists, and Supreme Courts in Comparative Perspective. Chicago: University of Chicago Press; 1998.
- Center for Reproductive Rights. In: Reproductive rights are human rights. New York: CRR; 2009. p.23.

- 14. Burbank SB, Friedman B. Reconsidering judicial independence. In: Burbank SB, Friedman B, editors. Judicial Independence at the Crossroads: An Interdisciplinary Approach. London: Sage Publications; 2002.
- 15. Mahoney K. Essay: The myth of judicial neutrality: the role of judicial education in the fair administration of justice. Willamette Law Review 1996;32:785 at p.791, on https://litigation-essentials.lexisnexis.com/webcd/app?action=DocumentDisplay&crawlid= 1&srctype=smi&srcid=3B15&doctype=cite&docid= 32+Willamette+L.+Rev.+785&key=a82fe8e81ff 0d9b02cd6e32b0d7782b4.
- 16. Ruibal A. Movement and counter-movement: a history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006–2014. Reproductive Health Matters 2014;22(44): 42–51. Doi: 10.1016/S0968-8080(14)44803-1.
- 17. Constitution of Colombia; 1991. Art. 276.
- 18. Constitution of Colombia: 1991. Art. 277.
- 19. Constitution of Colombia; 1991. Art. 278.
- 20. Ordoñez A. El nuevo derecho, el nuevo orden mundial y la revolución cultural [The new rule of law, the new world order, and the cultural revolution].

  Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley Ltda; 2007.
- 21. Corte Constitucional [C.C.], Mayo 10, 2006, Sentencia C-355/06 (Colom.).
- 22. Castellanos A. Colombian high court rules emergency contraception is not abortion. RH Reality Check. 11 August 2008. http://rhrealitycheck.org/article/2008/08/11/colombian-high-court-rules-emergency-contraception-is-not-abortion/.
- 23. Procuraduría General de la Nacion. Circular Número 030: Directrices para el ejercicio de la funciones del ministerio público, en cumplimiento de la sentencia C-355 de 10 de mayo de 2006, proferida por la corte constitucional y relativa a los casos excepcionales de despenalización del aborto. Bogotá; 2009 May 13.
- Procuraduría General de la Nacion. Campañas masivas de promoción del aborto. Press release. Bogotá.
- 21 October 2009.
- Procuraduría General de la Nacion. Press Release: Procuraduría presenta alegatos de conclusión frente a píldora de día después. Bogotá. 7 December 2009.

- 26. World Health Organization. Anticoncepción de emergencia (Nota descriptiva No. 244). July 2012.
- Colombia Consejo de Estado First Section Decision.
   June 2008.
- 28. Lemaitre J. By reason alone: Catholicism, constitutions, and sex in the Americas. International Journal of Constitutional Law 2012;10(2):493. Doi: 10.1093/jicon/mor060.
- 29. Hoyos I. Problemática jurídica de la objeción de conciencia. De nuevo sobre el fallo del aborto. Persona y Bioética 2006;10:26, http://www.redalyc.org/articulo. oa?id=83210105.
- 30. Leon J. La Procuradora Delegada para la Mujer: ¿Juez y parte en el caso de la Clínica de la mujer en Medellín? La silla vacía (Colombia). 2009 Sept. 30 [cited 2014 May 13] http://lasillavacia.com/ historia/4529#.
- Cruzada contra el aborto. El Espectador. 30 October 2012. http://www.elespectador.com/noticias/temadeldia/cruzada- contra-el-aborto-articulo-384328.
- 32. World Health Organization. Aclaracion sobre la postura de la OMS respecto del uso del misoprostol en la comunidad para reducir la mortalidad maternal. WHO/RHR/10.11. Geneva: WHO; 2010.
- 33. Constitution of Colombia; 1991. Chapter 2.
- 34. Constitution of Colombia; 1991. Article 49.
- 35. Constitution of Colombia; 1991. Article 93.
- 36. Constitution of Colombia; 1991. Article 86.
- 37. Cepeda MJ. Judicial activism in a violent context: the origin, role and impact of the Colombian Constitutional Court. Washington University Global Studies Law Review 2004;552:554, on http://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1256&tcontext= law\_globalstudies.
- Corte Constitucional [C.C.], Sentencias T-171/2007, T-209/2008, T-946/ 2008, T-388/2009, T-585/2010, T-636/2011, T-841/2011, and T-627/2012. (Colom.).
- 39. Constitution of Colombia; 1991. Article 228, 230.
- 40. Constitution of Colombia; 1991. Article 231.
- 41. Constitution of Colombia; 1991. Article 173.
- 42. Constitution of Colombia; 1991. Article 232.
- 43. Constitution of Colombia; 1991. Article 256.

- 44. Constitution of Colombia; 1991. Article 233.
- 45. Nuevo divorcio entre Ejecutivo y cortes por escándalo de las 'chuzadas'. El tiempo. 14 May 2009. http://www. eltiempo.com/archivo/documento-2013/CMS-5187519.
- Lewin J. Las fichas para la reeleción del Procurador. La silla vacía. 1 November 2012. http://lasillavacia. com/historia/las-fichas-para-la-reeleccion-del-procurador-36860.
- 47. Corte Constitucional [C.C.] 20 October 2010, Auto 327/10 (Colom.).
- 48. Procuraduría General de la Nación. II Informe de Vigilancia Superior a la Implementación de la Sentencia C-355 de 2006. Bogotá; December 2012.
- 49. Constitution of Colombia; 1991. Article 20.
- 50. Inter-American Convention on Human Rights. San Jose, Costa Rica; 22 November 1969.
- 51. Decreto 2591, Noviembre 19, 1991, [40.165] Diario Oficial [D.O.] (Colom).
- 52. Las mujeres detrás del 'regaño' al Procurador. El Tiempo. 16 September 2012. p. 9. http://www.eltiempo.com/ archivo/documento/CMS-12225722.
- Alejandro Ordoñez, el intocable. Revista Semana. 15 September 2012. http://www.semana.com/nacion/articulo/alejandro-ordonez-intocable/264866-3.
- 54. Alejandro Ordoñez, el Procurador que destituyó a Petro. Caracol Noticias. 23 December 2013. http://www.caracol.com.co/noticias/judiciales/alejandro-ordonez-el-procurador-que-destituyo-a-petro/20131223/nota/ 2043040.aspx.
- Tutela del Procurador contra matrimonio gay es improcedente: comunidad LGBTI. El Heraldo.
- 28 September 2013. http://www.elheraldo.co/noticias/ nacional/tutela-del-procurador-contra-matrimonio-gay- es-improcedente-comunidad-lgbti-126473.
- 56. Duro mensaje de Santos al Procurador Ordoñez por proceso de paz. El Espectador. 10 December 2013. http://www. elespectador.com/noticias/politica/duro-mensaje-de-santos- al-procurador-ordonez-proceso-de-articulo-463361.



# ©2015 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2015;23(45):47–57 0968-8080/11 \$ - see front matter

DOI: 10.1016/j.rhm.2015.06.004



### Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina

#### Raquel Irene Drovetta

Investigadora, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); y Profesora de la Universidad Nacional de Villa María y de la Universidad Siglo 21, Argentina. Correspondencia: raqueldrovetta@conicet.gov.ar

Resumen: Este artículo describe la aplicación de cinco líneas de información sobre aborto seguro, una estrategia formulada por colectivos feministas en un creciente número de países donde el aborto es inseguro y restringido por la ley. Estas líneas de atención telefónica tienen una variedad de metas y asumen diferentes formas, pero todas ofrecen información por teléfono a mujeres sobre cómo interrumpir un embarazo utilizando misoprostol. El artículo se basa en un estudio cualitativo llevado a cabo en 2012-2014 sobre la estructura, metas y experiencias de líneas de atención telefónica en cinco países latinoamericanos: Araentina, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. La metodología incluyó la observación participativa de las actividades de las SAIH y entrevistas a profundidad con activistas feministas que ofrecen estos servicios y con 14 mujeres que utilizaron la información proporcionada por estas líneas de atención telefónica para inducir sus abortos. Los hallazgos también se basan en una revisión de materiales obtenidos de los cinco colectivos participantes: documentos e informes, comentarios publicados en los medios sociales de comunicación, y detalles sobre manifestaciones y declaraciones públicas. Estas líneas de atención telefónica han tenido un impacto positivo en el acceso a los servicios de aborto seguro para las mujeres a quienes ayudan. La prestación de estos servicios requiere conocimientos y habilidades de información, pero poca infraestructura. Tienen el potencial de reducir el riesgo del aborto inseguro para la salud y vida de las mujeres, y deben ser promovidos como parte de la política de salud pública, no solo en Latinoamérica sino también en otros países. Además, promueven la autonomía de las mujeres y su derecho a decidir si continuar o interrumpir un embarazo. © 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras clave:** aborto, misoprostol, feminismo, líneas telefónicas de información sobre aborto seguro, salud y derechos reproductivos, América Latina.

l reclamo por la despenalización del aborto se vuelve cada vez más prioritario en las agendas de organizaciones feministas de América Latina y el Caribe. Como parte de esta acción, los colectivos feministas de una serie de países de la región donde el aborto está restringido por ley y es inseguro, han empezado a implementar Líneas de Información Telefónica sobre Aborto Seguro-LITAS (SAIHs, por sus siglas en inglés). Se trata de un servicio de información

cuyo propósito es promover el acceso a abortos seguros <sup>1</sup> ofreciendo a las mujeres información telefónica sobre cómo interrumpir un embarazo utilizando el misoprostol, un medicamento prostaglandino abortivo que viene en píldoras y que se encuentra en la lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud. Este documento describe y analiza el trabajo y experiencias de las líneas de atención telefónica en cinco países latinoamericanos –Argentina, Chile, Ecuador,

Perú y Venezuela- donde hay restricciones legales para acceder al aborto seguro.

#### Metodología

Este ha sido un estudio cualitativo que consistió en la observación participante de varias actividades organizadas por tres de estas líneas y en entrevistas muy detalladas con diez mujeres activistas que participan como voluntarias, brindando el servicio para cinco de las líneas de atención telefónica, identificadas a través del muestreo aleatorio "bola de nieve." También entrevisté a 14 muieres que solicitaron información telefónica a través de una de las LITAS y luego abortaron usando misoprostol. Las mujeres que utilizaron los servicios de información telefónica dieron su consentimiento informado para las entrevistas, la grabación de estas y para la publicación de los resultados de la investigación. El Comité Nacional de Ética Clínica de Córdoba, Argentina, aprobó la investigación con mujeres que habían usado misoprostol. Las conclusiones también se basan en el estudio de materiales obtenidos de los cinco colectivos de las líneas de información telefónica implicados: documentos e informes, comentarios publicados en los medios sociales de comunicación y detalles de manifestaciones y declaraciones públicas.

El objetivo principal de la investigación fue descubrir el potencial de las líneas telefónicas de información sobre aborto seguro para reducir los riesgos de abortos inseguros en mujeres que viven en contextos legalmente restrictivos en América Latina.

#### El impacto global de los abortos inseguros

En los países en desarrollo, el 56% de los abortos son inseguros. En cambio, en los países desarrollados, solo el 6% de los abortos son inseguros.² Globalmente, el 40% de las mujeres en edad reproductiva viven en países con leyes altamente restrictivas, donde el aborto está completamente prohibido, o solo se permite para salvar la vida de la mujer o proteger su salud física o mental.³ En Chile, El Salvador, Honduras, República Dominicana, Nicaragua y Surinam, todos los abortos están criminalizados. En Ciudad de México, Uruguay, Cuba, Puerto Rico, Guyana, y Guyana Francesa, el

aborto es legal siempre y cuando se realice antes de la décimo segunda o décimo cuarta semana de embarazo. En el resto de países de América Latina y el Caribe, se aplica el "modelo de las indicaciones", el cual permite el aborto en ciertos casos<sup>4</sup>, tales como riesgos para la vida o la salud de la mujer, o la inviabilidad del feto fuera del útero y/o cuando el embarazo es resultado de una violación o abuso sexual.

El principal problema en países con leyes que restringen el aborto, es que las mujeres de pocos recursos recurren a proveedores de servicios de aborto que no están capacitados, o ellas se inducen los abortos con métodos inseguros. En estos casos, hav un alto riesgo de aborto incompleto, infección, perforación uterina, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragias u otros daños a los órganos internos que pueden ocasionar la muerte, morbilidad permanente y/o infertilidad. Por eso es importante que las mujeres puedan recibir cuidados post-aborto adecuados para atender esas complicaciones, y si estos se reciben oportunamente pueden ayudar a reducir la morbilidad v mortalidad causada por los abortos inseguros.<sup>5</sup> Los estudios realizados en América Latina<sup>6</sup> indican que el aumento de la autoprescripción de misoprostol para realizar abortos médicos está relacionado con la disminución de complicaciones serias y mortalidad y morbilidad materna causadas por abortos inseguros y realizados con otros métodos. Este artículo muestra cómo las líneas de información sobre aborto seguro son un medio eficaz para permitir que las mujeres obtengan información confiable sobre abortos médicos.

# Los abortos médicos en contextos legalmente restrictivos

La penalización y criminalización del aborto no se reflejan en una realidad con tasas más bajas de aborto.<sup>2</sup> Ninguna de ellas disuade a las mujeres en su búsqueda de medios para abortar, pero sí aumentan los riesgos para su salud y sus vidas. En el contexto clandestino de las leyes restrictivas, una de las opciones que ha ganado terreno en las últimas décadas es el uso de abortos médicos.\*

<sup>\*</sup> También conocida como aborto por medicamentos, principalmente en los EE.UU.

Los abortos médicos que utilizan una mezcla de mifepristona y misoprostol, siguiendo las recomendaciones de la OMS, tiene un perfil de seguridad y eficacia similar al de los abortos quirúrgicos o con aspiración endouterina durante el primer trimestre del embarazo.<sup>7</sup> En países en los que el aborto está legalmente restringido, sin embargo, la mifepristona no ha sido aprobada porque su única indicación es la de inducir el aborto.

En países donde la mifepristona no ha sido aprobada, incluvendo América Latina, el aborto médico se realiza utilizando la droga misoprostol, un prostaglandino análogo que ha estado disponible en farmacias en América Latina desde finales de la década de los ochenta, bajo el nombre comercial de Cytotec, como medicamento para el tratamiento de úlceras gástricas. El misoprostol causa contracciones uterinas, lo que provoca el desprendimiento del tejido formado en el útero durante el embarazo, parecido a lo que sucede en casos de aborto espontáneo. La expulsión de los contenidos del útero con misoprostol solamente ocurre en un 80 a 85% de los casos.8 El modo de uso más común es insertando las pastillas dentro de la vagina o en la boca -sublingual u oralmente-, utilizando una dosis relacionada al número de semanas de embarazo desde la última menstruación.9 †

El uso del misoprostol fuera de la red y control de los proveedores de servicios de salud comenzó a fines de la década de los ochenta v se difundió rápidamente debido a que la información pasó en forma directa y personal entre mujeres que habían abortado sin complicaciones. En los años noventa, en varios países latinoamericanos, el misoprostol se convirtió en uno de los abortivos más comúnmente usados para inducir abortos 10 ya que permitía una interrupción segura y temprana del embarazo,1 aun cuando existieran restricciones legales y en contextos de servicios de salud limitados. Este medicamento permite que las mujeres sigan las simples medidas necesarias para este procedimiento.11 La decisión de abortar con misoprostol puede incluso preceder a la consulta con un médico. 12

En la mayoría de países latinoamericanos las mujeres acceden al medicamento comprándolo en las farmacias con o sin receta médica. <sup>10,13</sup>. Donde hay restricciones legales para que las farmacias vendan el medicamento, como por ejemplo en Brasil, el acceso se torna más difícil y obliga a las mujeres a comprarlo en el mercado negro. En el mercado negro, existe el riesgo de comprar el producto a mayor precio que en las farmacias, y de que también haya sido adulterado o no sea efectivo<sup>14,15</sup>.

Basándose en una exhaustiva investigación, la OMS incluye el misoprostol en su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para la interrupción temprana del embarazo, el tratamiento médico de la retención de un aborto espontáneo y para inducir el parto. <sup>16</sup> Esto significa que los Estados miembros deberían incorporar el misoprostol para el uso obstétrico en sus sistemas de salud, ya que contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna, que es un tema que apoyan las organizaciones regionales. <sup>17</sup>

Estos estudios lo atribuyen, aunque sea en parte, a la amplia distribución y popularidad que ha ganado el misoprostol<sup>‡</sup>, especialmente en poblaciones urbanas.<sup>20</sup>

# Mujeres que ayudan a mujeres a tener abortos seguros

Hay precedentes históricos de grupos feministas que se involucraron en ayudar a las mujeres a tener abortos seguros; por ejemplo, durante la segunda ola del feminismo. Uno de estos fue en Italia, llevado a cabo por un grupo de mujeres feministas de izquierda que armaron el "Soccorso Rosa" en Roma. Esta organización estableció una cadena de apoyo mutuo para realizar abortos quirúrgicos, facilitados por doctores en ubicaciones clandestinas, y la experiencia más tarde se repitió en otras ciudades italianas.<sup>21</sup> En Francia, el *Mouvement pour la Liberté de l'Abortement et de la Contraception* (MLAC) estaba conformado por feministas que en los años setenta crearon redes

<sup>†</sup> El protocolo actualizado para abortos médicos con solo misoprostol se puede encontrar en detalles en el Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro de la OMS del 2014.º

<sup>‡</sup> Por ejemplo, Prada<sup>18</sup> muestra que en 2009, la mitad de los abortos realizados en Colombia fueron con misoprostol. Barbosa<sup>19</sup> y Costa<sup>20</sup> habían observado anteriormente, resultados similares en Brasil.

por todo el país que también incluían a doctores comprometidos y le facilitaban abortos seguros a las mujeres. También aprendieron a realizar abortos ellas mismas. La experiencia fue registrada en el documental de 1980 "Regarde. Elle a les veux grands ouverts" (Mira. Ella tiene los ojos bien abiertos), que incluía una discusión importante sobre la necesidad de que el grupo continúe su función aún después de que se legalizara el aborto en Francia, logro que ellas ayudaron a conseguir.§ En los Estados Unidos, las mujeres de Chicago organizaron el "Jane Collective" que operó de 1969 a 1973 realizando abortos, primero a cargo de médicos de confianza y luego realizándolos ellas mismas. Su experiencia fue extensamente documentada por los miembros de Jane en 1997 y después. 22,23

Generalmente en esos primeros tiempos, en los tres países mencionados, el contacto se establecía por teléfono o en persona. El proceso implicado, incluía ofrecer información a la mujer sobre el proceso que iban a pasar, y también se brindaba acompañamiento personal y apoyo emocional durante el aborto. Los métodos de aborto seguro disponibles eran quirúrgicos y altamente efectivos. Además, estos colectivos buscaban responder a la falta de recursos de la mayoría de las mujeres para pagarse los abortos. Históricamente, al igual que en la actualidad, el dinero ha sido un obstáculo para el acceso a servicios de aborto seguro, aun en condiciones clandestinas.

El aborto con medicamentos todavía no se había desarrollado con su potencial para la autoinducción de abortos seguros, de fácil acceso, autónomos y de bajo costo.

# Cinco líneas telefónicas de información sobre aborto seguro en América Latina.

Las líneas de atención telefónica que ofrecen información, consejería, evaluación y ayuda, entre otras cosas, son un recurso con importantes precedentes. En los países latinoamericanos, los gobiernos y varias otras organizaciones han implementado servicios de consejería telefónica para todo tipo de infor-

Similarmente, en la actualidad, las líneas telefónicas de información sobre aborto seguro, se inician con el objetivo de informar a las mujeres por teléfono sobre cómo hacerse un aborto utilizando misoprostol. Están trabajando en contextos donde el acceso a un aborto seguro está legalmente restringido, v donde el estigma, la violencia obstétrica, y los grupos de presión llamados "pro-vida" también están activos.24,25,35 Estas líneas de atención telefónica son el resultado de iniciativas llevadas a cabo por colectivos de mujeres y no son parte de ninguna institución de salud. Por el contrario, son espacios independientes que brindan información de salud y cuestionan las estructuras convencionales biomédicas/clínicas, y sus servicios no son brindados por doctores u hombres. Favorecen las mejoras en el "itinerario abortivo" 10,39 porque el acceso a información adecuada y confiable les da a las mujeres la posibilidad de hacerse un aborto que sea seguro para su salud y su vida, en estos casos con misoprostol.

Las experiencias de las Líneas Telefónicas de Información Sobre Aborto Seguro descritas acá ocurrieron en Ecuador, Venezuela, Perú, Chile y Argentina.

#### Ecuador "Colectivo Salud de la Mujer" 1

En junio de 2008, la Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género (CPJ) inauguró en Quito, Ecuador, la primera de estas cinco iniciativas en la región, como parte del proyecto "Línea de Información Telefónica sobre sexualidad y aborto seguro, Salud de la Mujer." La CPJ es una organización de jóvenes feministas que trabaja para promover, defender y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de

maciones, consejos y consultas: prevención de suicidio, adicción, VIH y SIDA, salud sexual y reproductiva, anticonceptivos y embarazos no deseados, violencia y violencia sexual. Hasta la Iglesia tiene líneas de atención telefónica, por ejemplo, para acompañamiento de matrimonios en crisis, o para brindar "apoyo espiritual" después de un aborto.

<sup>§</sup> Ver: http://www.fondation-copernic.org/spip.php?article75 para una reseña corta (en francés).

<sup>&</sup>lt;sup>I.</sup> Tel 0998-301317

<sup>\*\*</sup> http://jovenesdespenalizacionaborto.wordpress.com/

las mujeres y personas jóvenes en Ecuador.<sup>26</sup> La suya fue la primera línea de atención telefónica de la región, y se creó con el apoyo de la organización holandesa, Mujeres sobre las Olas (WOW por sus siglas en inglés).<sup>††</sup>

Un objetivo central de esta línea de atención telefónica era lograr la despenalización social y legal del aborto. En su blog (que ha tenido aproximadamente 2.5 millones de visitas desde que fue creado en 2008) las activistas brindan servicios vía chat (desde 2013) en días y horarios preestablecidos. También se las puede contactar por correo y postear comentarios.. De acuerdo a su informe, las entradas del blog más consultadas fueron "Cómo hacerse un aborto seguro" y "Preguntas frecuentes". Una de las entradas menos consultadas fue "Métodos de planificación familiar".<sup>26</sup>

En Septiembre de 2010 se bloqueó la línea de atención telefónica por una orden judicial, pero de inmediato se inauguró una nueva, que sigue operando hasta el día de hoy. En este contexto, los blogs y las redes sociales son estrategias efectivas para superar los obstáculos e intervenciones de grupos conservadores y para continuar brindando información.

Recientemente inauguraron un espacio para consultas personales, que llamaron *Warmikunapa Willachik Wasi*, o Casa de Información para Mujeres, que funciona en la ciudad de Quito. Defienden la necesidad de desmedicalizar el aborto y promover la toma de decisión de las mujeres con relación a la soberanía sobre nuestros cuerpos. Una característica notable de esta colectiva es que se identifican fundamentalmente con la juventud.

# Argentina: "Línea Aborto: más información, menos riesgos" "

En Buenos Aires, la línea de información sobre aborto seguro es parte del proyecto "Aborto: más información, menos riesgos" y está en operación desde 2009, mantenida por el colectivo Lesbianas y Feministas por la Despenalización del Aborto\*\* Las fundadoras decidieron distanciarse del feminismo en la mayoría de sus lemas, en la lucha por la legalización del aborto en Argentina. Buscan distanciarse de ideas establecidas como los peligros y muertes asociados al aborto clandestino, con el objetivo de reducir el estigma y el sufrimiento que este genera. En cambio, este grupo conecta la práctica del aborto con "el orgullo de abortar" v sostienen que "abortar lesbianiza", estableciendo lo que consideran una clara relación entre la práctica de abortar y el deseo de ser lesbiana. Sus lemas buscan luchar contra el estigma v problematizar una visión exclusivamente heterosexista del sexo.

En marzo de 2010, presentaron la primera edición de su manual "Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas",(27) que fue descargado más de 500, 000 veces, y del que se distribuyeron 20, 000 copias impresas gratis. La segunda edición actualizada se publicó en 2012.

Como resultado de la sistematización de los datos anónimos recopilados a través de la línea de atención telefónica, este grupo ha presentado un informe de actividades por cada año que ha estado activo. La propuesta busca sacar de la clandestinidad el discurso y la práctica de abortar. La línea de atención telefónica ha presentado siete informes, el más reciente indica que han recibido 5000 llamadas en un año, de las cuales el 80% fueron de mujeres que viven en Buenos Aires y alrededores.<sup>28,29</sup>

En la actualidad, la línea de atención telefónica brinda servicios de consejería pre y postaborto en la provincia de Buenos Aires, como resultado de la cooperación entre activistas, profesionales de la salud y el sector político oficialista. Esta consejería apareció cuando las instituciones y oficinas de la salud pública del partido político *Nuevo Encuentro*, se aliaron con el gobierno nacional (*Frente para la Victoria*). Es interesante observar cómo sus acciones en la práctica, permiten avances en la promoción de abortos seguros, por más que el gobierno nacional no muestre la voluntad política de debatir una ley para legalizar o despenalizar el aborto.

<sup>††</sup> Woman on Waves, (Mujeres sobre las Olas) fue fundada con el objetivo de prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros brindando servicios de salud sexual, incluyendo la pastilla del aborto, a bordo de un barco holandés afuera de las aguas territoriales de los países donde el aborto es ilegal. http://www.womenonwaves.org/

II. Tel 011-15-66-64-7070

<sup>##</sup> http://www.abortoconpastillas.info/



Argentina: "Aborto: más información, menos riesaos" <sup>§§</sup>

### Chile: "Línea Aborto Chile" <sup>III</sup> y "Línea Aborto Libre" <sup>IV</sup>

La experiencia de la "Línea Aborto Libre" en Chile comenzó el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, el 28 de mayo de 2009. La línea de atención telefónica fue creada por un grupo de Feministas Bio Bio y en la actualidad la mantiene el *Colectivo de Lesbianas y Feministas*. La iniciativa se está multiplicando y su experiencia está siendo compartida y desarrollada en distintas ciudades de Chile. Trabajan en Santiago e Iquique (desde 2013) y en Concepción (Línea Aborto Chile, desde 2009) y se mantienen continuamente activas en Facebook y Twitter.

La conexión con una identidad lesbiana "el amor entre mujeres" y el "feminismo lesbiano" caracterizan a este colectivo, lo cual ocurre también con otros grupos Latinoamericanos. Su objetivo político busca promover el lesbianismo como práctica sexual no-reproductiva y como un método anticonceptivo <sup>30</sup> y critica la heteronormatividad, el patriarcado y la maternidad obligatoria.

Es importante recalcar que en Chile, el servicio opera en un contexto donde todos los abortos son ilegales desde 1989, que fue el último año de la dictadura Pinochetista, y no existe la posibilidad de un aborto terapéutico.

A principios de este año, la Presidenta Michele Bachelet, envió un proyecto de ley al Congreso que despenalizaría el aborto en tres circunstancias. Sin embargo, las activistas de la línea no ven con buenos ojos el proyecto de ley, ya que la mayoría de abortos seguirían siendo considerados crímenes.

La línea de Concepción ha contestado más de 20,000 llamadas desde 2009. La información recopilada indica que el mayor obstáculo es conseguir el misoprostol, y que el 90% de las mujeres lo compran en línea en el mercado negro. Publicaron Línea Aborto Chile: El Manual, que está a la venta en librerías y puede ser descargado de su blog.\*\*\*

Estos grupos realizaron muchas intervenciones públicas para la despenalización del aborto y otras actividades, tales como una movilización nacional bajo el lema "Sin médicos ni policía nuestros abortos son alegría" y organizaron talleres sobre abortos autoinducidos en varias ciudades de Chile. También presentaron información y datos sobre la línea de atención telefónica en conferencias académicas.<sup>31</sup>

A través de la creación de una editorial feminista, ofrecieron ediciones en castellano de obras clásicas del activismo feminista y por el derecho al aborto. También tienen centros que operan en Santiago e Iquique.



#### Perú: "Línea Aborto Información Segura" V

El grupo de Lima, Perú, también recibió apoyo inicial de Mujeres Sobre las Olas. Comenzó en mayo de 2010 con el proyecto "Aborto: información segura", realizado por la organización feminista Colectivo por la Libre Información para las Mujeres, CLIM, compuesto por mujeres, hombres y disidentes sexuales. Si bien tie-

<sup>\*\*</sup> http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/aborto-conpastillas-informe-2010.pdf.

III. Tel 8891-8590

IV. Tel 7530-7461

<sup>\*\*\*</sup> http://infoabortochile.org/.

v. Tel 945-411-951

nen un blog<sup>†††</sup> la información se brinda exclusivamente por teléfono, aunque últimamente ha habido interrupciones en el servicio.<sup>‡‡‡</sup>

En octubre de 2011, la línea publicó su primer informe anual (32) y en 2014 publicaron el manual *Hablemos de aborto y misoprostol* (33) Este documento, como los de las otras líneas de atención telefónica, brinda un protocolo para el uso de misoprostol a través de informaciones simples, con ilustraciones para facilitar su comprensión. También contiene mensajes políticos sobre el derecho de las mujeres a decidir si quieren hacerse un aborto o no.



En Perú, particularmente en Lima, es común encontrar avisos en las calles ofreciendo servicios de aborto clandestino, que ofrecen solucionar el problema del "atraso menstrual". El proyecto que promueve esta línea de atención telefónica, en contraste, es la opción de un aborto seguro y autónomo utilizando el misoprostol.

## Venezuela: "Línea Aborto, Información Segura" VI

En Caracas, Venezuela, esta línea de atención telefónica funciona desde 2011, sostenida por el Colectivo Feministas en Acción Libre y Directa por el Aborto Seguro en Revolución. Sus fundadoras han sido fuertemente identificadas con el gobierno socialista de Hugo Chávez y del actual presidente Nicolás Maduro. Sin em-

bargo, ninguno de estos líderes promovió la despenalización del aborto. Esto es un ejemplo de las complejas relaciones entre algunos movimientos de mujeres en Latinoamérica y los gobiernos de izquierda o centro izquierda de la región. En consonancia con su adhesión al socialismo, la organización exige el fin del mercado clandestino y que el Estado se haga responsable de la salud de las mujeres.

El colectivo también promueve la despenalización del aborto y el acceso al misoprostol. Están activas en Facebook, Twitter y tienen un blog, ss y ofrecen información sobre cómo hacerse un aborto seguro y sin pastillas. Desde sus inicios, la organización ha mostrado mucha preocupación por el uso incorrecto del misoprostol por parte de las mujeres venezolanas. Desde 2013, han contestado aproximadamente 450 llamadas al mes.

#### **Diferencias y similitudes**

Las cinco líneas de atención telefónica aquí descritas son todas miembros de la Red de Experiencias Autónomas de Aborto Seguro (REAAS). Esta red les permite compartir las experiencias de su trabajo local.

Las actividades de estos grupos tienen una serie de cosas en común. Por ejemplo, las líneas de atención telefónica que usan blogs y redes sociales difunden el protocolo para el uso seguro del misoprostol, como lo recomienda la OMS, y las de Chile, Argentina y Perú, reproducen la información en detalle en sus manuales, de modo que sea accesible a una población no especializada.

También hay una serie de diferencias importantes entre ellas. Un ejemplo es que la línea en Chile es el proyecto político de una organización feminista que no tiene como objetivo el diálogo con el Estado, buscando más bien promover la autonomía de las mujeres al autoinducirse abortos con misoprostol. Esto implica no esperar a que el Estado le otorgue a las mujeres sus "derechos". Esta postura es notablemente distinta a la de las otras cuatro líneas de atención telefónica presentadas en este artículo; por ejemplo, Venezuela.

<sup>†††</sup> http://lineabortoinfosegura.blogspot.com.ar/; Twitter: @LineaAbortoPeru.

<sup>###</sup> http://abortoinfosegura.com/blog/aviso-importante-te-lefono-no-atiende/, 17 marzo 2015.

VI. Tel 0426-1169496

<sup>§§§</sup> Cuenta en Twitter: @FaldasR y Blog http://infoseguraborto.blogspot.nl/.

Este análisis de las líneas telefónicas de información sobre aborto seguro no es exhaustivo y, por tanto, el trabajo que realizan puede estar ocurriendo en innumerables contextos y con otras características. Los ejemplos brindados provienen de los primeros grupos que se iniciaron en América Latina, y que han promovido sus actividades en línea. También existen líneas de atención telefónica en África subsahariana y Asia, por ejemplo.

Así mismo, se las debe diferenciar de las que brindan otros colectivos de mujeres. Mientras que en las líneas de atención telefónica que se presentan aquí el contacto es exclusivamente por teléfono, existen grupos feministas que utilizan otros métodos; por ejemplo, las "Socorristas en Red" de Argentina, que están presentes en más de 16 ciudades con el servicio "Socorro Rosa" \*\*\*\* El grupo utiliza su línea telefónica para establecer contacto con las mujeres que quieren abortar usando misoprostol, pero la consejería y acompañamiento se brinda en persona hasta que se complete el proceso.<sup>34</sup>

Uruguay es un caso especial, donde la ley ahora permite el aborto en el primer trimestre, pero aún existe por lo menos una línea de atención telefónica que brinda información y es atendida por las feministas de Mujeres en el Horno<sup>††††</sup>.

Lo que tienen en común es que son iniciativas realizadas por colectivos de mujeres y que no son parte de una institución de salud. Por el contrario, son espacios que brindan información de salud y denuncian que la organización biomédica es una estructura jerárquica y patriarcal.

El apoyo económico que reciben estos servicios es un desafío importante. A veces reciben apoyo financiero de organizaciones internacionales, pero solo temporalmente, luego deben generarse sus propios recursos para poder funcionar. Un gran número de colectivos que hacen trabajo de promoción, en países donde el aborto está legalmente restringido, funcionan de esta manera. Se han registrado una serie de estrategias implementadas por estos grupos para mantenerse. Por ejemplo, cobrar por las llamadas telefónicas, vender tickets o rifas o invitar a las personas a que hagan donaciones a las cuentas bancarias de los colectivos, entre otras.

## ¿Qué información brindan estas líneas sobre aborto seguro?

Durante las comunicaciones telefónicas, primero las activistas reúnen información sobre la mujer que está haciendo la llamada, más que nada para determinar si puede usar misoprostol y para descartar contra indicaciones. Luego, brindan información sobre la dosis v las formas de administración de las pastillas de misoprostol, #### el número de semanas de embarazo en las que se recomienda que se usen, los niveles de eficacia, los síntomas que pueden esperar, los posibles efectos secundarios y complicaciones, en qué casos buscar ayuda de profesionales de la salud, y otras informaciones. Estos son los procedimientos básicos que brindan todas las líneas de atención telefónica. La información ofrecida viene de publicaciones de la OMS y de organizaciones científicas reconocidas.

Dependiendo del contexto, las mujeres también aprenden sobre las estrategias más comunes para evitar que los doctores las denuncien a la policía, si necesitan ir a un hospital. Les cuentan cuáles son las preguntas que les pueden hacer en la institución médica, si van por complicaciones o a hacerse una ecografía post-aborto. Así mismo, se les indica cómo lidiar con esas preguntas y, en casos en los que los médicos amenacen con denunciarlas, cómo proteger sus propios derechos v eiercer su derecho a recibir atención médica. La línea de atención telefónica sirve como una herramienta para proteger la salud de las mujeres que no renuncian a su decisión de abortar a pesar de las sanciones criminales, la clandestinidad y el estigma.

El acceso a Internet, cuando está disponible, es muy útil para las mujeres ya que les permite interactuar con las Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro a través de blogs, chats, Facebook y Twitter. También les facilita el contacto con el proveedor de misoprostol. La ilegalidad del aborto ha creado un mercado negro que ocasiona el sobreprecio, mayores riesgos de adulteración del medicamento, medicamentos falsos y en algunos casos, que

<sup>\*\*\*\*</sup> http://socorristasenred.blogspot.com.ar/.
++++ http://www.mujeresenelhorno.org/

<sup>‡‡‡‡</sup> No está autorizada la venta de Mifepristona en estos países.

no entreguen los medicamentos a las mujeres después de haber ellas enviado el dinero para pagarlo.

En general, la línea de atención telefónica constituye una herramienta de fácil acceso, especialmente en contextos urbanos, para cualquiera que posea un teléfono de línea o celular. Si una mujer no puede cubrir el costo de la llamada tiene la posibilidad de pedir que le devuelvan la llamada, dejando su número telefónico. Con un celular, el primer contacto puede hacerse a través de mensajes de texto.

Otra ventaja de la comunicación telefónica es que permite mantener el anonimato con relación a un tema delicado. El contacto telefónico evita la estigmatización de las mujeres que quieren abortar. A las adolescentes les permite mantener su privacidad y encontrar apoyo cuando no lo están recibiendo de su familia u otros adultos.

Sin embargo, puede ser difícil hacer que las mujeres se enteren del servicio en zonas rurales y aisladas donde no hay colectivos de mujeres que les puedan transmitir la información y donde tampoco los profesionales de la salud de la zona puedan hacerlo, a menudo porque ellos mismos no conocen el servicio.

En la actualidad, las redes sociales como Facebook y Twitter favorecen la distribución de información, básicamente, los números de teléfono de las líneas de atención telefónica. La amplia difusión del número de teléfono de la línea de atención telefónica es un factor clave para su éxito. Sin embargo, una mayor visibilidad, también genera mayores riesgos para los colectivos de mujeres. En todos los países de la región, la ley establece que no es ilegal proporcionar información, ya que el derecho a la información está garantizado por las constituciones nacionales, y a través de tratados internacionales. Sin embargo, a menudo los grupos antiaborto dirigen sus acciones de protesta a las líneas telefónicas de información sobre aborto seguro.35 Las falsas llamadas que ocupan la línea innecesariamente, y las denuncias a las autoridades son algunas de las acciones que se han realizado contra estos grupos, aunque han tenido poco impacto.

Las líneas telefónicas de información sobre aborto seguro pueden ser más efectivas en cada uno de sus contextos si superan las limitaciones, tales como la comprensibilidad de la información que se brinda en el idioma local. Las mujeres migrantes, por ejemplo, que aún no manejan bien el idioma, incluyendo la terminología local para los órganos sexuales, pueden no entender completamente la información. Esta dificultad podría superarse recomendándoles a esas mujeres que accedan al manual de instrucciones en línea de la organización, donde las ilustraciones que acompañan el texto facilitan la comprensión de la información.<sup>27,30</sup>

En los países donde el aborto es legal, los servicios de aborto incluven cuidados v consejos pre y postaborto, así como el suministro de anticonceptivos.28 La falta de cuidados integrales es una deficiencia que las líneas telefónicas de información sobre aborto seguro no pueden superar. Es el resultado de la adversidad del contexto en el que las mujeres están obligadas a hacerse abortos clandestinos. No hay seguimiento de las mujeres que consultan las líneas. Una vez que una mujer ha recibido los consejos, el sistema no contempla más comunicaciones, ni le pide que les cuente qué decidió hacer, si continuar con el embarazo o interrumpirlo, y si ella decidió interrumpir el embarazo, cómo lo hizo y cuáles fueron los resultados.

Algunas de las líneas de atención telefónica intentan implementar evaluaciones y seguimientos, pero no hay forma de documentar cuántas mujeres están en realidad utilizando la información o compartiéndola con otras. También es imposible saber si las mujeres están utilizando la información correctamente, o si les fue útil; tampoco se puede realizar una autoevaluación del servicio.

Aun así, una línea de atención telefónica puede orientar a las mujeres hacia servicios de salud acogedores y accesibles, dentro de sus contextos. Detectar y socializar información sobre servicios de salud acogedores en la región son acciones de alto impacto para las mujeres que viven en contextos restringidos. Este tipo de servicio de salud debería incluir la consulta con un profesional de la salud o su disponibilidad las 24 horas, en caso que la mujer necesite atención; por ejemplo, en el caso de un aborto incompleto o la confirmación de que el aborto se completó, así como sobre el método anticonceptivo que haya elegido. En caso fuera necesario, es importante que las

líneas de atención telefónica mencionen que existen servicios de cuidados terapéuticos postaborto, incluyendo a los que hacen ecografías para corroborar que todo está bien.

Varias de las líneas de atención telefónica han desarrollado formas de obtener y registrar información no personal importante de las muieres durante un llamado telefónico. Esta información avuda a los colectivos a entender qué tipo de información es la más necesaria para las mujeres que llaman. Por ejemplo, es valioso que pregunten, además de los datos sociodemográficos, sobre abortos médicos anteriores, sobre la facilidad o dificultad que tienen para conseguir el misoprostol v dónde se obtiene v si la mujer conoce una red de apoyo de profesionales de la salud. El análisis profundo de los datos acumulados es importante, va que brinda el apovo empírico para temas sobre los cuales aún no hay suficiente evidencia. También se trata de promover la creación de conocimiento con una perspectiva feminista.

#### **Conclusiones**

Este artículo ha demostrado cómo las Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro son un servicio valioso que permite que las mujeres obtengan información sobre cómo hacerse un aborto seguro, aun en contextos legalmente restrictivos. Si estos servicios se difundieran en más ciudades dentro de estos países y en otros, muchas más mujeres podrían obtener esta información de primera mano. La cercanía aumenta la confianza que tienen las mujeres en el servicio. Significa que pueden recomendar servicios de salud amigables en caso de necesitar ayuda, y también ayudan a las mujeres a evitar servicios de salud donde pueden ser maltratadas <sup>36</sup> o hasta denunciadas a la policía en caso de sufrir complicaciones.

Mientras el aborto sea ilegal, estos servicios se seguirán expandiendo porque han demostrado que son efectivos para satisfacer la necesidad inmediata de ayuda de las mujeres.

En una serie de países hay lugares donde las mujeres que buscan abortar son perseguidas, y donde los grupos autoproclamados "pro-vida" están bien organizados. Especialmente, en tales circunstancias son más necesarios el compromiso y el establecimiento de redes con otros actores sociales que apoyen la causa. Las alianzas con equipos de salud también deberían profundizarse, a fin de promover el acceso a cuidados de aborto seguro.

Las líneas telefónicas de información sobre aborto seguro constituyen innovadores modelos desarrollados por activistas fuera del sistema de salud, y deberían ser pensados como una forma de promoción feminista y activista de la salud. Brindan información sobre el uso del misoprostol para la interrupción segura del embarazo, lo que es consecuente con una perspectiva de salud pública y dentro del ethos de la reducción de daños.<sup>37</sup> Sin embargo, las líneas de atención telefónica aquí descritas comenzaron este trabajo con el objetivo feminista de promover los derechos de las mujeres y los derechos humanos, y ese sigue siendo su principal propósito.

La perspectiva de derechos de las mujeres significa reconocer que las mujeres deben enfrentarse a "barreras judiciales, económicas, sociales o culturales para obtener los servicios de aborto en el sistema de salud [y que] el uso del misoprostol fuera del sistema de salud es más seguro que los métodos que estas mujeres utilizarían si no contaran con él."38 Sin embargo, en los lugares donde el aborto está penado por la lev las líneas telefónicas de información sobre aborto seguro no han sido implementadas por las instituciones de salud ni en su interior. A pesar de ello, este enfoque sobre la provisión de información es pertinente a todos los sistemas de salud, y creo que deberían ser promovidos como parte de las políticas de salud pública. Las intervenciones de reducción de daños para prevenir abortos inseguros salvan vidas y deberían recibir apoyo, incluso por parte de los gobiernos que no apovan la legalización o despenalización del aborto.

#### Referencias

- Ganatra B, Tunçalpa Ö, Johnston HB, et al. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bull. World Health Organ. 2014;92:155. 10.2471/ BLT.14.136333.
- 2. Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto inducido en el mundo. Resumen, 2012. (http://www.guttmacher.org/pubs/ fb\_IAW\_sp.pdf).
- Singh S, Wulf D, Hussain R, et al. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. New York: Guttmacher Institute, 2009.
- Bergallo P. Aborto y justicia reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado In: Cuestión de Derechos. No 1.
- Romero M, Zamberlin N, Ganni MC. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. Salud Colect. 2010:6(1):21–35.
- Faúndes A, Santos LC, Carvalho M, et al. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. Adv. Contracept. 1996;12(1):1–9.
- Organización Mundial de la Salud. Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico. Geneva: WHO, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/ publications/2008/9789243 594842\_spa.pdf).
- Távara Orozco L, Chávez S, Grossman D, et al. Disponibilidad y uso obstrétricio del misoprostol en los países de América latina y el caribe. Rev. Peru. Ginecol. Obstet. 2008;54:253–263.
- World Health Organization. Clinical Practice Handbook for Safe Abortion. Geneva: WHO, 2014 (http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/97415/1/9789241548717\_eng.pdf?ua=1).
- Diniz D, Madeiro A. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. Cien. Saude Colet. 2012; 17(7):1671–1681.
- Shannon C, Winikoff B. How much supervision is necessary for women taking mifepristone and misoprostol for early medical abortion? Women's Health 2008;4(2):107–111.
- Lie Mabel LS, Robson SC, May CR. Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Serv. Res. 2008;8:150.
- 13. Drovetta RI. O aborto na Argentina. Implicações do acesso à prática da interrupçao voluntária da gravidez. Revista Brasileira de Ciência Política. Brasília: Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília, Dossier Aborto N°7, Janeiro-abril 2012.

- 14. Pazello M. Internet, restrição de informações e acesso ao misoprostol. In: Arilha M, Lapa T, Pisaneschi TC, editors. Aborto medicamentoso no Brasil. Oficina Editorial São Paulo.
- Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. Cien. Saude Colet. 2012;17(7): 1795–1804.
- Organización Mundial de la Salud. Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. 16ª Lista. Geneva: WHO, March 2009.
- 17. Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro y Comité Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG. Declaración Primera Conferencia Latinoamericana Prevención y Atención del Aborto Inseguro. 30 de junio de 2009 (Lima, http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/ handle/123456789/21).
- Prada E, Singh S, Villarreal C. Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989–2008. Int.
   J. Gynecol. Obstet. 2012;118(Suppl. 2):S92–S98.
   10.1016/S0020-7292(12)60006-X.
- 19. Barbosa RM, Arilha M. A experiencia brasileira com o Cytotec. Estud. Fem. 1993;1(2).
- Zambelin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. Reproductive Health 2012;9: 34.
- 21. Cilumbriello A, Colombo D. La lucha por los derechos reproductivos en Italia. In: Hlatshwayo Z, editor. Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro: un estudio en once países. Foro por los Derechos Reproductivos; Johannesburg, University of the Witwatersrand Buenos Aires.
- 22. Jane AAVV. Documentos del servicio clandestino de aborto de Chicago (1968–1973). Traducido y adaptado al español de la versión compilada y publicada en 2004 por Firestarter Press. Colección 'Estrategias feministas frente al aborto clandestino'. Santiago de Chile: Editorial "Dejemos la escoba, Noviembre de 2014.
- 23. Kaplan L. The Story of Jane: The Legendary Underground Feminist Abortion Service. Chicago: University of Chicago Press, 1997.
- 24. Stratten K, Ainslie R. Field Guide: Setting Up a Hotline. Field Guide 001. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, 2003.
- 25. Yanow S. Using Hotlines on Misoprostol for Safe Abortion to Improve Women's Access To Informa-

- tion in Legally Restricted Settings. In: Conference Report (Bangkok).
- Coordinadora Juvenil por le Equidad de Género.
   Construyendo Redes de Confianza. Informe Blog 2010-2013, 2014 (Ouito).
- 27. Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, comp. Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas. Buenos Aires: El Colectivo, 2010 (http://www.editorialelcolectivo.org/ed/images/ banners/abortopastillas.pdf).
- 28. Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. Quinto informe de atención de la línea Aborto: más información, menos riesgos. http://abortoconpastillas.info/wp-content/uploads/2013/01/LAS-MUJERES-YA-DECIDIE-RON-QUE-EL-ABORTO-ES-LEGAL-15-12-12.pdf. Noviembre 2012.
- 29. Mines A, Díaz Villa G, Rueda R, et al. El aborto lesbiano que se hace con la mano. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012). Rev. Bagoas 2010;9:133–160.
- 30. Lesbianas y Feministas por el Derecho a la Información. Línea Aborto Chile: El Manual ¿Cómo las mujeres pueden hacerse un aborto con pastillas? http://infoabortochile.org/ wp-content/uploads/2013/05/manual.pdf. 2013.
- 31. Seiter E, Jara ÁE, León Saucedo A, et al. Experiencias de aborto clandestino con medicamentos en Chile. Lesbianas y feministas por el derecho a la informaciónIn: Ponencia presentada en el 2° Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- Colectiva por la Libre Información para las Mujeres. Primer Reporte Político a un Año de Funcio-

- namiento de la Línea Aborto Información Segura. Lima: Mayo 2010-Junio 2011http://lineabortoinfosegura.blogspot.com.ar/2011/10/ bajate-el-1er-reporte-de-la-linea-aqui.html.
- 33. Colectiva por la Libre Información para las Mujeres. Hablemos de aborto y misoprostol. Información segura y experiencias sobre su uso, Julio del 2014 (Lima, http:// abortoinfosegura.com/).
- 34. Grosso B, Trpin M, Zurbriggen R. Políticas de y con los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar). In: Fernández AM, Siqueira Peres W, editors. La diferencia desquiciada. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- 35. Vaggione JM. La cultura de la vida. Desplazamientos estratégicos del activismo religioso conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos. Relig. Soc. 2012;32(2): 57–80.
- 36. Steele C, Chiarotti S. Con todo al aire: crueldad en la atención del posaborto en Rosario, Argentina. Reproductive Health Matters 2004;12(24/Suppl):39–46.
- 37. Briozzo L, Labandera A, Gorgoroso M, et al.
  Iniciativas sanitarias: una nueva estrategia en el
  abordaje del aborto de riesgo In: Briozzo L, editor.
  Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado
  en Condiciones de Riesgo. Arena, Montevideo.
- 38. Ipas. Boletín Asuntos de aborto con medicamentos. Noviembre 2012 (http://www.ipas.org/es-MX/What-We-Do/ Comprehensive-Abortion-Care/Elements-of-Comprehensive- Abortion-Care/Medical-Abortion-MA-.aspx).
- Heilborn ML, et al. Itinerários Abortivos em Contexto de Clandestinidade na Cidade do Rio de Janeiro-Brasil. Cien. Saude Colet. 2012;17:1699– 1708.



#### ©2015 Reproductive Health Matters. All rights reserved. Reproductive Health Matters 2015;Supplement(44):4–15

0968-8080/11 \$ - see front matter

DOI: 10.1016/S0968-8080(14)43786-8



# Experiencias de mujeres con el uso de medicamentos abortivos, en un contexto de restricciones legales: el caso de Argentina

#### Silvina Ramos<sup>a</sup>, Mariana Romero<sup>b</sup>, Lila Aizenberg<sup>c</sup>

- a Investigadora Principal, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina. Correspondencia: silvinaramosarcoiris@gmail.com
- b Investigadora Principal, CEDES, y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina
- c Investigadora externa, CEDES, Buenos Aires, Argentina

#### Resumen

Este artículo presenta los hallazgos de un estudio cualitativo que explora las experiencias de las mujeres que viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en Argentina, con el uso de misoprostol para inducir un aborto. Les preguntamos a las mujeres acerca de una variedad de decisiones que tuvieron que tomar, sus emociones, la experiencia física, las estrategias que necesitan utilizar, tal como buscar consejos sobre servicios de salud y para lidiar con un aborto con medicamentos clandestino, así como sobre su evaluación general de la experiencia. Se utilizó un programa para entrevistas a profundidad. Las muieres habían usado misoprostol y buscado consejería o atención en un hospital público (n=24), o habían usado misoprostol basándose en los consejos de una línea local de atención telefónica, información del internet o de otras mujeres (n=21). Se identificaron cuatro etapas en las experiencias de las muieres: cómo tomaron la decisión de interrumpir el embarazo, cómo obtuvieron el medicamento, cómo usaron las tabletas, y sus reflexiones sobre el resultado independientemente de que hayan o no hayan buscado consejos médicos. La seguridad y privacidad fueron clave para decidir usar el método de aborto con medicamentos. El acceso al medicamento fue el principal obstáculo, que requirió una receta o una farmacia con personal amigable. La información correcta sobre el número de tabletas a usar y los intervalos de dosis fue la manera menos fácil de obtener y causó inquietudes. La posibilidad de escoger un momento de privacidad y estar acompañada de una persona cercana se destacó como una ventaja única del aborto con medicamentos. Es imperativo reduplicar los esfuerzos por mejorar la ley, política y prestación de servicios referentes al aborto en Argentina a fin de asegurar las mejores condiciones posibles para el uso del aborto con medicamentos por parte de las mujeres. © 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras Clave:** legislación y políticas sobre el aborto, aborto con medicamentos, perspectivas de las mujeres, misoprostol, línea de atención telefónica sobre el aborto, Argentina

l aborto inseguro y la mortalidad relacionada con el mismo son mayores en aquellos países donde hay una actitud de intolerancia hacia el aborto legal<sup>1</sup>. En el año 2011, 46% de los países del mundo (91 de 192) permitía el aborto sólo si se hallaba en riesgo

la vida o la salud de la madre, 29% lo permitía si la madre lo solicitaba (al menos en el primer trimestre del embarazo), en tanto que cinco países (Chile, El Salvador, Nicaragua, Malta y la República Dominicana) no permitían el aborto bajo ninguna circunstancia<sup>2</sup>.

Se calcula que en 2006, aproximadamente un millón de mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones surgidas de un aborto inseguro en América Latina3. En 2008, según estimados de la OMS, 95% de los 4.23 millones de abortos que se realizaron en la región fue inseguro1. Datos más recientes estiman que 12% de todas las muertes maternas de la región se debió a complicaciones producidas por abortos inseguros4. La mayoría de países tienen leyes que prohíben el aborto<sup>5</sup>, pero tal como lo demuestran la evidencia a nivel mundial, la prohibición legal no evita que las mujeres procuren abortar. Cuando se encuentran frente al hecho de un embarazo no deseado. muchas mujeres buscarán la forma de abortar, a pesar de la condena y de las barreras que les impiden o dificultan tener un aborto seguro<sup>6</sup>.

La tecnología médica ha hecho posible que ahora las mujeres pueden interrumpir un embarazo sin riesgos, tanto con cirugía como con medicamentos. En los lugares donde hay restricciones legales, se ha producido un aumento considerable en el acceso y uso del aborto con medicamentos<sup>7-10</sup>, debido a que se puede conseguir misoprostol sin necesidad de receta médica o en el mercado negro. En estos contextos se están usando cada vez con mayor frecuencia distintas estrategias, tales como las líneas de atención telefónica de información y orientación o referencia, las compras por internet, y la consejería previa y posterior al aborto -que usan sobre todo las organizaciones de la sociedad civil v los grupos de mujeres- para que las mujeres tengan un mayor acceso al aborto seguro con medicamentos<sup>11,12</sup>.

El aborto con medicamentos les da a las mujeres una opción de interrumpir el embarazo en forma temprana, que es segura, de fácil acceso, no es invasiva y permite atención ambulatoria. Los estudios demuestran que las mujeres prefieren el aborto con medicamentos por varias razones: es más natural, no implica cirugía ni anestesia, permite una interrupción temprana del embarazo, protege la privacidad y las mujeres sienten que tienen un mayor control del proceso de aborto ya que, entre otras razones, se puede programar en función de la rutina diaria de la mujer. Por estos motivos, en la mayoría de estudios de aceptabilidad casi todas las mujeres que abortaron con medicamentos dijeron que lo volverían a usar y se lo recomendarían a otras mujeres<sup>8,13-16</sup>.

En América Latina, hace varias décadas que las mujeres han estado acudiendo al aborto con medicamentos para auto-inducirse el aborto en casa<sup>17,18</sup>. De los dos medicamentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud para abortar, la mifepristona todavía no está disponible en casi ningún país de la región, pero el misoprostol se viene vendiendo en farmacias desde la década de 1980<sup>19,20</sup>. Misoprostol está aprobado en la mayoría de países para evitar úlceras gástricas pero no para indicaciones ginecológicas u obstétricas, excepto en seis países\*, donde lo han registrado para alguna de estas indicaciones, mas no para el aborto<sup>21</sup>. A pesar del contexto legalmente restrictivo y ante el no cumplimiento del derecho penal contra el aborto, el uso del aborto con medicamentos por las mujeres está reduciendo los riesgos de aborto inseguro, y contribuyendo de esta forma al logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5a y 5b<sup>22</sup>.

Una revisión reciente de la literatura especializada en la región de América Latina encontró que, a pesar de haber una larga tradición de investigación académica y social sobre salud sexual y reproductiva, y además un fuerte movimiento de mujeres que se moviliza en torno a la problemática del aborto<sup>23, 24</sup>, son pocos los estudios que se han concentrado específicamente en la experiencia del aborto con medicamentos desde la perspectiva de la mujer. Esta revisión también mostró que las restricciones legales al acceso al aborto y las restricciones normativas sobre el acceso al aborto con medicamentos ocasionan que las mujeres carezcan de la información apropiada sobre la dosis, los síntomas y la eficacia del aborto con medicamentos. La falta de consejería y apoyo antes, durante y después del proceso del aborto también causa que las mujeres usen la medicación en condiciones no óptimas<sup>18</sup>.

En Argentina el aborto está prohibido por el Código Penal, excepto en los casos en que la vida o la salud de la mujer esté en riesgo, o si el embarazo es resultado de una violación, incluyendo la agresión sexual a una mujer con discapacidad mental. Sin embargo, los abortos por estas causas no están garantizados por

<sup>\*</sup> Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y Uruguay.

el sistema de salud<sup>25</sup>. No obstante estas restricciones, se estima que cada año se realizan casi 400,000 abortos en Argentina, y que las complicaciones surgidas de abortos peligrosos han sido la causa principal de la mortalidad materna en las últimas dos décadas<sup>26,27</sup>.

Los mayores obstáculos para tener acceso a un aborto seguro son las restricciones legales y la falta de una cultura de provisión de aborto en los servicios de salud pública –incluso para aquellos pocos casos que la ley autoriza. El hecho de que el misoprostol no esté aprobado para interrumpir el embarazo es un obstáculo más. No sólo las mujeres enfrentan obstáculos para obtener misoprostol, sino que los profesionales de la salud también tienen que lidiar con el hecho de que, como misoprostol no está registrado para casos de aborto, tienen que recurrir a usarlo sin etiqueta.

Las mujeres que han recurrido al aborto con medicamentos fuera de entornos clínicos lo han hecho, por lo tanto, en forma clandestina, a pesar de las restricciones legales y también por causa de ellas. En vista de la importancia que tiene el aborto con medicamentos en redefinir la naturaleza del aborto, es particularmente pertinente comprender las experiencias de las mujeres en contextos donde prevalecen las restricciones legales<sup>28</sup>. Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo que tuvo por objetivo explorar las experiencias de mujeres que viven en el área metropolitana de Buenos Aires, en Argentina, con el uso de misoprostol para inducir un aborto.

#### Metodología

Se hizo un estudio exploratorio y descriptivo. La muestra estaba compuesta de mujeres que tuvieron distintas experiencias de aborto con medicamentos, sobre todo en cuanto a las fuentes de información y consejería a las que tuvieron que acudir. Algunas de ellas (n=24 mujeres) habían usado misoprostol y buscaron consejería o se presentaron con síntomas de aborto incompleto en algún hospital público de la ciudad de Buenos Aires\*\*. Las demás (n=21 mujeres) habían usado misoprostol siguiendo

el consejo de una línea local de atención telefónica, de internet, o de otras mujeres. Todas ellas abortaron en sus respectivos hogares.

Las mujeres fueron seleccionadas de dos maneras. Primero, muieres que solicitaron consejería en un hospital, fueron abordadas por un miembro del equipo de salud del mismo antes de que se les diera de alta. Se les preguntó si el equipo de investigadoras podría entrevistarlas. Estas entrevistas se llevaron a cabo en el hospital. Segundo, para llegar a las mujeres que no acudían a un establecimiento de salud, se usaron las técnicas de muestreo llamadas "bola de nieve" o muestreo en cadena. A través de organizaciones de muieres de la comunidad v mediante redes personales buscamos referencias de mujeres que habían tenido un aborto auto-inducido con medicamentos en los 12 meses previos. En algunos casos, la persona de contacto nos refirió a dos mujeres o más. En otros casos, la persona entrevistada nos refería a otra mujer. En todos los casos, la persona de contacto les preguntaba a las mujeres si el equipo de investigadoras las podía entrevistar.

Aplicamos un plan de entrevistas en profundidad para reunir información sobre la decisión de abortar de cada mujer y su elección del aborto con medicamentos; cómo obtuvo el medicamento; creencias sobre cómo funciona el medicamento; percepciones sobre la seguridad y la eficacia; experiencia física y subjetiva del proceso de aborto; percepciones sobre la privacidad; costos personales y familiares; y el papel del servicio de salud, si hubiera habido.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI) de la OMS y por el Comité de Ética en Investigación de CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Roberto Quirno, Buenos Aires, Argentina). Se obtuvo el consentimiento informado de todas las mujeres. El trabajo de campo se llevó a cabo desde octubre 2011 hasta julio 2012.

Las entrevistas se hicieron en español y el análisis se realizó utilizando el texto original en español. Dos miembros del equipo de investigación codificaron en forma independiente las transcripciones de las entrevistas; el equipo de investigación discutió y resolvió las discrepancias en la codificación. Las citas que se usan en este artículo fueron traducidas al inglés. Todos los nombres utilizados son ficti-

<sup>\*\*</sup> Por razones de confidencialidad no se indica el nombre del hospital.

cios para proteger el anonimato de las participantes.

Tal como lo señalamos en este artículo, nuestro objetivo era explorar la diversidad de experiencias que han tenido las mujeres, así como el rango de sus decisiones, emociones y experiencias físicas y sus estrategias, incluvendo la búsqueda de atención médica, que experimentaron las mujeres al practicarse un aborto clandestino con medicamentos, v su evaluación general de esta experiencia. Además, queríamos descubrir si la experiencia del aborto con medicamentos habría sido distinta si la mujer hubiera recibido asesoramiento v cuidados médicos antes o después del aborto. Analizamos las implicancias de estos hallazgos para la salud y el bienestar de las mujeres y examinamos de qué manera deberían usarse estos hallazgos para influir en futuras estrategias que mejoren el acceso al aborto con medicamentos en contextos con restricciones legales.

#### Resultados

Las edades de las 45 mujeres entrevistadas oscilaban entre los 18 y los 40 años; 60% había completado su educación primaria (siete años o más de escolaridad). Un tercio de ellas vivía con su pareja al momento de la entrevista. Sesenta por ciento de ellas tenía hijos (entre uno y nueve).

En las experiencias de las mujeres identificamos cuatro etapas. Primera, cómo se tomó la decisión de interrumpir el embarazo, incluyendo la búsqueda de información y las razones por las que eligieron el aborto con medicamentos. Segunda, cómo se obtuvo el medicamento, incluyendo el acceso a la receta y la compra de las tabletas. Tercera, cómo se usaron las tabletas, incluyendo la búsqueda de información sobre la forma de usarlas (dosis, intervalo, efectos secundarios y señales de peligro). Finalmente, la etapa posterior al aborto, una vez terminado el proceso, si la mujer buscó o no orientación médica, y las reflexiones de la mujer sobre lo que había sucedido.

# La decisión de interrumpir un embarazo usando misoprostol

La elección del aborto con medicamentos fue el resultado de que las mujeres compararan distintas opciones para interrumpir su embarazo. En este proceso, un factor determinante fue la ventaja de que se usaran pastillas para el aborto: las pastillas eran más cómodas porque se podían usar en casa y en compañía de una persona significativa al lado de la mujer; eran menos riesgosas; el medicamento era seguro y más efectivo; no era necesario que hubiera un procedimiento quirúrgico. El costo de las pastillas en comparación con el costo de un aborto quirúrgico no se reportó como un obstáculo importante ni como una ventaja.

"Me parece menos riesgosa para mí. Sí, parece más segura y menos... No sé, creo que tal vez [el aborto quirúrgico] es una intervención muy importante en tu cuerpo. En vez de eso usé las pastillas, las tomé en casa, con la gente que amo, y tal vez es menos duro que el curetaje o el legrado" (Laura, 25).

"Me imagino en cualquier sitio, con cualquier doctor, sin saber si realmente es un doctor o no, y me parece una carnicería. Tengo una amiga que hizo eso y salió totalmente drogada de la anestesia, arrastrándose en el piso de un departamento vacío, ¿lo ves? No es bueno, nadie te apoya ni siquiera sabes quién lo hizo..." (Lucía, 28).

Para la mayoría de las mujeres entrevistadas, la información necesaria para tomar la decisión de usar misoprostol o no se obtuvo a través del contacto de distintas fuentes, especialmente amigas y familiares. Sin embargo, la información obtenida a menudo era incompleta y no satisfacía del todo sus expectativas, por lo que tuvieron que recurrir a más de una fuente, hasta que sintieron que ya habían recibido la información necesaria para proceder. Para 18 de las 45 mujeres, el factor determinante para decidirse a usar misoprostol fue la confianza en la seguridad del método, trasmitida por las fuentes a quienes consultaron.

Aquellas mujeres que pudieron consultar a los servicios de salud que son conocidos por su compromiso con las mujeres y la calidad de su atención, se sintieron particularmente cómodas con el proceso de aborto. A ello se sumó la interacción con personal amigable que no sólo les dio información apropiada sino que las escucharon y les prestaron atención a sus preocupaciones en forma

respetuosa, haci+endolas sentir que su decisión estaba justificada. Para varias mujeres, la Internet desempeñó un papel significativo, sobre todo para aquéllas que accedieron a una línea telefónica local y a su material impreso\*\*\*, cuya información fue una especie de "todo en una sola tienda". Ellas describieron esta fuente como accesible, integral y precisa.

"Cuando me di cuenta de que estaba embarazada empecé a preguntarle a mis amigas que eran mayores que yo, si ellas sabían cómo podía interrumpir el embarazo... Me hablaron de pastillas y otros métodos, pero me dijeron: 'Si lo vas a hacer, ¡hazlo con cuidado!' Por eso no pensé en ninguna otra alternativa, confié en ellas porque ellas sabían de qué estaban hablando" (Claudia, 21).

"Le pregunté a una amiga, quien me dijo que el hospital X era muy amable y comprensivo, que ella enviaba ahí a las chicas con embarazo no deseado.... Y también hay libros, hay uno de las Lesbianas y Feministas que apoyan el aborto legal y el aborto seguro, lo pedí prestado y lo leí, y me pareció seguro. Yo ya tenía información de mis amigas de Chile que lo habían hecho. Y así tomé la decisión" (Taira, 31).

#### Conseguir el medicamento

Les tomó a las mujeres entre una y dos semanas abastecerse de las pastillas. La complejidad de esta empresa dependía de conseguir la receta médica que necesitaban para comprarla; tener contactos que pudieran identificar la farmacia dónde ir; encontrar una farmacia que las venda; tener el dinero necesario; y conseguir el apoyo de amigos y/o familiares.

En Argentina, se necesita una receta médica escrita a mano, firmada y fechada por un profesional de la salud para comprar Misoprostol. Los contactos y las recomendaciones personales fueron particularmente importantes en este sentido. Dada la carga que representa tratar de obtener una receta escrita a mano.



Folletos, volantes y publicaciones sobre el aborto con medicamentos, Argentina, 2014.

<sup>\*\*\*</sup> Nos referimos a "Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas", Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. http://www.editorialelco-lectivo.org/ed/index.php?option=com\_content&view=article&tid=176: todo-lo-que-queres-saber-sobre-como-hacer-se-un-aborto-conpasillas&tItemid=1

muchas mujeres probaron distintas estrategias para conseguir el medicamento sin tener una. Al final, 21 mujeres obtuvieron la receta en un establecimiento público de salud conocido por brindar consejería, mientras 11 mujeres compraron el medicamento en una farmacia sin receta médica, seis recurrieron a un médico amigo o familiar, quien les dio la receta. Cinco recibieron las pastillas directamente de amigos o familiares y dos mujeres compraron el medicamento en Internet.

"Yo fui a varias farmacias, con una amiga mía; fuimos de farmacia en farmacia, y le decíamos al farmacéutico: 'Mira, tengo este problema, y necesito tu ayuda, pero no tengo receta médica'" (Yamila, 18).

"La parte más difícil fue conseguir la receta médica... al final la conseguí a través de un amigo de un amigo que era doctor... pero antes de eso tuve varias citas con ginecólogos tratando de encontrar un doctor amigable que me diera la receta médica" (Gabriela, 25).

Aquéllas que no pudieron conseguir el nombre de una farmacia en la que pudieran confiar preguntaban en las farmacias de su barrio como primer paso, ya que conocer al personal de la farmacia era tomado como una ventaja que podría posibilitar la compra.

Como el Misoprostol no está registrado para realizar abortos, comprar el medicamento con ese propósito requiere hacer que un acto ilegal parezca legal. Para las mujeres de este estudio, esto significó emplear estrategias para evitar preguntas del tipo "¿Para qué es?", por parte del farmacéutico. Por ejemplo, algunas mujeres le pidieron a alguien mayor que comprara el medicamento, fingiendo tener un problema de úlcera gástrica. Otras pidieron que la receta médica se hiciera a nombre de un hombre.

"Un fisioterapeuta hizo la receta médica a nombre de mi compañero en vez de a nombre mío. Dijo: "Bueno, voy a comprarlo con mi cara de buen vecino. Siempre puedo decir que tengo una tendinitis o lo que sea..." (Victoria, 33).

Si bien casi todas las mujeres en este estudio tenían limitaciones económicas, el costo del medicamento no era percibido como un problema insuperable, particularmente al compararlo con el costo percibido de un aborto quirúrgico. Cabe mencionar que las mujeres evaluaron tanto el costo como la seguridad al decidirse por un aborto con medicamentos.

"Yo lo recomendaría porque es más accesible económicamente en comparación al costo de un aborto quirúrgico. Puedes elegir entre esto [el aborto con medicamentos] y otros tipos de aborto clandestino, que son más riesgosos. Esto representa una diferencia. Te lo puedo decir a nivel de la clase media baja, o lo que sea que seamos, sabemos que los abortos quirúrgicos actualmente son riesgosos por las condiciones en las que se practican. Esta es una opción más barata y más segura" (Yamila, 21).

Finalmente, la mitad de las mujeres debieron confiar en contactos de sus redes personales para conseguir el medicamento.

"Mi hermana me consiguió las pastillas. Trabaja en una organización social que les brinda las pastillas a mujeres que quieren abortar. La organización consigue las pastillas a través de otra organización que, hasta donde yo sé, tiene un contacto con alguien quien trabaja en un laboratorio" (Camila, 22).

"Una amiga mía lo sabe porque una amiga de ella lo sabe. Le dije, 'Por favor, cuando le hables, pregúntale dónde las compró'. Ella me hizo este favor, le preguntó y ella le dijo que le había comprado las pastillas a una señora. Y nos fuimos, ella entró, las compró y me las dio" (Norma, 30).

#### Cómo usar el medicamento

El restringido contexto legal en el que ocurren los abortos en el país influye sobre el tipo y la calidad de información disponible<sup>18</sup>. La mitad de las mujeres se sentía confiada respecto a cómo usar las pastillas, principalmente aquéllas que habían recibido información de un proveedor de servicios de salud antes del aborto, o habían obtenido información de la internet y/o de la línea de información telefónica. Sin embargo, las entrevistas muestran que el conocimiento que tienen las mujeres sobre qué esperar y cómo funcionan los medicamentos estaba incompleta y fragmentada, y aún los

doctores no eran siempre percibidos como una fuente confiable de información.

"Los mismos doctores daban información distinta. Yo recibí información muy diferente. Uno dijo que solo debería tomar 4 pastillas y eso causaría el aborto, otro dijo que debería tomar las 12; otro dijo que debería tomar 4 pastillas y tal vez 24 horas después debería tomar otras 4. Y eso me preocupaba" (Norma, 30).

"Una amiga mía le preguntó a varias organizaciones feministas y recibió información, pero en partes... la gente tenía miedo de darle la información directamente y se les dificultaba darle un contacto telefónico. O le decían que hay una pastilla y no es ilegal obtenerla. Toda la información que le dieron estaba equivocada. Luego, encontré una página web donde había una guía muy útil sobre aborto con pastillas, dónde conseguirlas y los pasos a seguir" (Gabriela, 25).

Las vías de aplicación utilizadas fueron vaginal, oral o una combinación de ambas. Los médicos a veces recomendaron no usar la vía vaginal para que no haya restos del medicamento después, en caso que la mujer sea examinada, por ejemplo, si hubiera complicaciones de cualquier tipo. Las mujeres mencionaron distintas dosis, pero la más frecuente era de 4 pastillas cada 3 horas. Las mujeres estaban particularmente preocupadas sobre cuántas pastillas tomar y el intervalo entre las dosis, que fue la información menos clara que pudieron obtener.

"Mi principal duda era cuándo volver a tomar la dosis... si lo estaba perdiendo o no, porque la información decía que si tienes una gran pérdida y tenías que usar dos toallas higiénicas cada media hora, entonces debías acudir a un hospital. Pero, yo tenía una menstruación normal, así que no estaba segura. Luego, sangré durante 15 días, así que fui a la clínica y la ecografía mostró que todavía tenía algo adentro, así que repetí la dosis, usé 4 pastillas" (Andrea, 33).

Todas las mujeres tomaron los medicamentos en su casa, el día y la hora que les era conveniente, lo que las hizo sentirse más tranquilas. Eligieron la noche, cuando los niños dormían, o los fines de semana cuando tenían tiempo para poder descansar, y las interrupciones o exigencias se reducían.

"Yo la tomé durante el fin de semana porque [el doctor] me dijo que en dos días, como mucho tres, terminaría todo. Así que, me dije, el tercer día estaré lista para volver al trabajo" (Gabriela, 43).

Dos tercios de las mujeres atravesaron el proceso de aborto en compañía de alguien cercano (pareja, amiga o pariente), en quien confiaban. Esto fue algo que recalcaron, particularmente, como una ventaja única del aborto con medicamentos.

"Lo puedes hacer en tu casa y te permite tener a alguien ahí en quien confías y a quien le puedes pedir apoyo" (Lucía, 28).

#### La experiencia física

Para la mayoría de mujeres el aborto en sí mismo fue vivido como una menstruación normal o más intensa. Esto creó la percepción de que un aborto estaba cerca de ser "un proceso natural" y les permitió lidiar mejor con sus ansiedades y miedos.

"Fue como una menstruación normal. Piensas que será un fuerte sangrado o algo así, pero fue muy ligero y luego paró... Me preocupaba que todo fuera a salir bien, no sabía cómo lo soportaría mi cuerpo... pero no, en realidad estuvo muy bien" (Karina, 36).

El sangrado y expulsión fueron reconocidos como señales clave. De hecho, 16 mujeres dijeron que fue a través del sangrado que pudieron confirmar que se había iniciado el proceso de aborto y que estaba en curso. Las mujeres también mencionaron otros síntomas físicos como dolor (24), expulsión de coágulos de sangre (9), contracciones (5), escalofríos (3), vómitos (3), zumbido en los oídos (1) y diarrea (1). Si bien las mujeres sentían menos dolor de lo que esperaban, lidiar con ello dependía de si habían recibido información previa sobre los efectos secundarios y también si tenían a alguien cerca que las acompañara.

"Yo estaba con mi compañero, él estaba conmigo porque hasta donde yo entendía no puedes tomar los medicamentos sola, por si acaso, ya sabes.... es lo que me dijo mi doctor... fue distinto de lo que me esperaba, menos trágico... pensé que el dolor sería mayor y que estaría aún más preocupada" (Lucía 25).

Sólo 12 de las 45 mujeres utilizaron analgésicos, principalmente aquéllas a quienes un profesional de la salud les había aconsejado previamente que lo hicieran. Los principales motivos por los que las mujeres rechazaron el uso de analgésicos fueron el miedo a que frenaran el proceso de aborto y la creencia de que las pastillas ya venían con un analgésico.

A pesar de tener alguna noción de los síntomas que debían esperar después de tomar las pastillas y cómo actuar en consecuencia, muchas de las mujeres carecían de información sobre cómo actúa la droga y lo que le hace al cuerpo. Estas ideas fueron expresadas de la siguiente manera:

"Lo que sea que hay ahí se disuelve/afloja".

"Hay pequeños pedazos de tejido".

"Tiene que ver con unas reacciones químicas que hacen que el cuerpo expulse el embrión".

"Produce contracciones".

"Dilata el útero".

"Cambia tus hormonas".

"Las pastillas llegan ahí y explotan".

"Tuve una revolución en el vientre".

"Las pastillas cortan el oxígeno".

#### La experiencia emocional

Si bien todas las mujeres habían decidido abortar, todas vivieron el proceso con emociones negativas, aún las que sentían confianza en los medicamentos. Miedo a tener hemorragias (8), culpa y remordimiento (8), incertidumbre y no saber si los medicamentos habían sido tomados correctamente (6), miedo a volverse estériles (6), descuido por haber quedado embarazadas (6), tristeza (5), enojo por tener que lidiar con proveedores de servicios de salud y tener que confesar el aborto (4), miedo a morir (3), preocupaciones sobre cómo lidiar con la rutina diaria (2), vergüenza de haber matado a un bebé y descuidar a sus hijos, (3), todo figuraba en los relatos de las mujeres.

Por otro lado, el alivio y la satisfacción de haber resuelto el problema, y la sensación de confianza en sí mismas sobre la decisión que habían tomado fueron emociones positivas asociadas a la experiencia del aborto para algunas mujeres. Para estas mujeres, haber tenido información sobre el crecimiento del feto y la sensación práctica de "haber resuelto" un problema vital, compensaban la culpa y el remordimiento que se presentaron como emociones subyacentes para casi todas las mujeres que entrevistamos.

"El primer temor, y quizás el más fuerte, sea el de la culpa. Es la idea de haber matado a una vida, digamos, esto que resulta de una crianza cristiana, que en realidad yo no tuve. Pero también, tenía una sensación de alivio, de haber sido capaz de hacerlo. Nunca se puede decir que haya sido una alegría, no se puede decir que estás contenta haciendo lo que tienes que hacer, pero existe la idea de que yo quería esto, y es lo que yo quería" (Natalia, 33).

Los miedos y las angustias también se manejaban mejor cuando las mujeres contaban con una red de apoyo, que incluía un proveedor de servicios de salud que respondiera frente a las dudas o una persona importante que la acompañara durante el proceso de aborto.

"Lo que recuerdo es la compañía de mi pareja, estábamos viviendo juntos y mi casa fue el lugar que elegimos para hacerlo. Él estaba ahí; me cuidó y también se encargó de mis dolores físicos... Nunca sentí que las cosas estuvieran fuera de control" (Natalia, 33).

#### La experiencia con los servicios de salud

Las consultas previas en el hospital a través del cual algunas de las mujeres fueron contactadas para el estudio, dieron forma a sus expectativas sobre el aborto con medicamentos. Aquéllas que habían recibido consultoría ahí estaban, sobre todo, contentas y muy sorprendidas por el hecho de que un establecimiento público de salud estuviera dispuesto a guiarlas a través del proceso, proporcionarles información relevante, no hacer preguntas, reconfortarlas, asegurarles que el método es seguro y apoyarlas en su decisión. Todos estos elementos fueron resaltados como particularmente valiosos y las hicieron sentir

más tranquilas con su decisión de abortar y con el aborto en sí.

"Sentirse reconfortada, guiada sobre lo que hay que hacer después, sobre dónde conseguir el medicamento, tener solucionado el problema de la receta médica, recibir información sobre el precio, todos estos temas... y no ser condenada sino cuidada... estas cosas importaron de verdad para mí" (Laura, 25).

"Al principio tenía miedo de venir al hospital... ya había tenido la experiencia de ir a hospitales públicos para pedir la pastilla del día siguiente, o pedir preservativos y que me trataran como una asesina... pero cuando llegué, lo más fácil fue hablar con las doctoras. Eran mujeres muy amistosas; fue fácil hablar con ellas. Pensé que iba a ser más difícil. Estas señoras son muy simpáticas y puedes confiar en ellas y contarles cualquier cosa, porque no van a escandalizarse. Para mí, eso fue realmente esencial" (Lucia, 23).

"Me abrieron la puerta. Yo estaba muy nerviosa, me hicieron una ecografía, me dijeron desde cuándo estaba embarazada... que tenía tiempo para pensarlo bien, me calmaron y me aseguraron que todo estaría bien, que el método era efectivo, y que el riesgo de morir era muy, muy bajo. Me aconsejaron que volviera; que me estarían esperando" (Débora, 23).

Para tres de las mujeres que no recibieron consejería previa por parte de un profesional de la salud, lo que pensaron que eran síntomas alarmantes -fiebre, sangrado fuerte o duradero, dolor insoportable, ausencia de sangrado- hizo que tomaran la decisión de ir al hospital. Las tres esperaban una respuesta negativa de parte del hospital, basadas en experiencias propias y de otras mujeres. Asumieron que el servicio de salud no sería receptivo a sus necesidades a causa de lo que habían hecho. Sin embargo, el miedo de ser maltratadas y/o denunciadas a la policía fue superado por el miedo aún mayor de morir. Una vez ingresadas, sus expectativas fueron reemplazadas por la estresante realidad de que las dejaran solas en una habitación o que las pusieran en una habitación con mujeres en trabajo de parto o mujeres con sus bebés recién nacidos al lado de ellas, ya que los hospitales no tienen un espacio reservado para mujeres con complicaciones de aborto.

"El miedo que tenía era porque estaba en una habitación sola, y en la habitación de al lado había mujeres dando a luz. Había una chica en pleno parto y yo oía todo. Me dije: 'Me quiero morir'. Había un reloj ahí, me la pasé mirándolo, mi hermana me llamaba cada 50 segundos porque solo los dejaban entrar por un segundo. No podían visitarme" (Lucia, 28).

"Estás en la misma habitación con las madres. Se la pasan hablando del bebé, de la barriga, bla, bla, bla... Así que yo estaba bien, pero era imposible no angustiarse" (Andrea, 21).

## "El aborto terminó": evaluación de la experiencia

Al final de la entrevista, se le pidió a las mujeres que evaluaran su experiencia en su totalidad, sus aspectos positivos y negativos, el impacto que había tenido en ellas, y cómo lo ven para las mujeres en general. Algunas mujeres mencionaron aspectos del método en sí y lo que permite, y también las circunstancias en las que se había dado su experiencia de aborto, las cuales sentían que debían ser comprendidas en conjunto. Muchas de ellas mencionaron tanto aspectos positivos como negativos, reconociendo la ambivalencia tanto de la situación como de la experiencia.

"Si conoces los riesgos, tienes buena información y alguien a tu lado, las pastillas te permiten mantener la experiencia en privado. La decisión siempre es privada, y usar las pastillas significa que también puedes hacerlo a tu manera, cuando tú lo quieres, con la gente que quieres y eso no tiene precio. Pero no todas las mujeres tienen acceso a estas condiciones... y a veces se elige otro método -porque la vida es distinta para cada mujer" (Ana, 29).

"El método no importa, siempre y cuando sea seguro y cuente con el respaldo de alguien, de un profesional. El método no importa; importa cómo llegaste a él, lo que importa es que sepas qué esperar y tengas información..." (Claudia, 24).

"Con [las pastillas] no corres ningún riesgo, como lo haces cuando estás en manos de al-

guien que no conoces, que te va a cobrar un montón de plata porque no le importas... esas manos no te cuidan y hasta te puede contagiar algo" (Lucía, 28).

"Cuando decidí hacerlo, pensé: 'es relativamente barato, estás en casa, puedes estar con alguien, y no estás en un lugar clandestino. Luego, tardó tanto que pensé que debería haber elegido otra cosa. Porque con el otro método terminas el mismo día, te vas y ya está. Comienza y termina el mismo día, te hacen un chequeo, pero cuando el momento de mierda pasa, se acabó. Pero de este modo, sigue y sigue, y no sabes si volver a tomar las pastillas o no" (Andrea, 21).

Las circunstancias en las que se hace el aborto, las condiciones clandestinas y sus correspondientes riesgos, así como la calidad de la información que consiguieron fueron particularmente significativas para algunas mujeres.

"Otras opciones son más complicadas porque necesitas que intervenga un doctor, un doctor que está cometiendo un delito; te involucras en una relación perversa porque lo estás sobornando para que arriesgue su licencia médica, así que en ese sentido, las pastillas son un millón de veces mejor" (Victoria, 33).

"Sé de mujeres a las que les ha fallado. Para mí depende de cómo lo manejas y lo que sabes previamente... Conozco personas que lo intentaron con las pastillas una y otra vez y no pasó nada. Por suerte para ellas, los bebés nacieron bien, porque existía el riesgo de que algo les pasara. La información de verdad importa" (Claudia, 24).

Al final, las mujeres hablaron de elección y autonomía para tomar decisiones. Se valoró particularmente la opción de un proceso privado para la interrupción del embarazo, sin interferencia.

"Las pastillas pueden cambiar tu vida, ser capaz de decidir lo que quieres hacer con tu cuerpo... creo que son como las pastillas anticonceptivas, las tomas y no tienes que explicar porqué las tomas, te dan la autonomía y la privacidad para que hasta la mujer más sola

del mundo, hasta la que no tiene a nadie en quien confiar, pueda hacerlo. Así que creo que este aspecto, la autonomía, es esencial, porque al final, es tu cuerpo. Creo que las otras opciones siempre incluyen a un tercero con quien tienes que negociar y siempre que tienes que negociar hay algo que perder... Una vez que tienes las pastillas en tus manos puedes hacer lo que quieras" (Victoria, 33).

#### Conclusiones

Este estudio analizó las experiencias de las mujeres con el aborto con medicamentos en un entorno restringido por lev. Como en varios países en América Latina, la situación del aborto en Argentina ha estado cambiando en los últimos años a causa de fallos judiciales a favor del acceso de las mujeres a abortos legales en casos de riesgo para la vida y la salud; así como en casos de violación. Asimismo, la introducción de ciertos cambios en políticas públicas, particularmente las normativas emitidas para regular el acceso a abortos legales con estas causales<sup>23,29,30</sup>. Mientras tanto, la alternativa del uso casero del Misoprostol, viniendo de grupos de mujeres, organizaciones sociales y equipos de salud en algunos establecimientos públicos de salud ha llegado a las mujeres que están atravesando embarazos no deseados. Las líneas de atención telefónica y las páginas web apoyan esto brindando información exacta y con perspectiva de género y consejería, así como referencias a servicios de salud que reciben bien a las mujeres<sup>31</sup>. También, las organizaciones comunitarias llevan adelante actividades educativas y brindan material informativo, dirigido a mujeres, brindándoles su apoyo32; a su vez, los servicios de salud pública que aconsejen a las mujeres usando un enfoque que reduzca los daños, un clima cultural abierto al debate sobre el aborto<sup>34-36</sup>; y el uso más extenso del Misoprostol para la interrupción de embarazos, a menudo son descubiertos por las mujeres a través de referencias verbales<sup>33,36</sup>.

Los resultados presentados aquí deberán, por lo tanto, ser interpretados con relación a este contexto cambiante. La oportunidad sin precedentes creada por el uso del Misoprostol está flanqueada por las barreras históricas para el acceso a un aborto seguro, ya sea legalmen-

te o no. Las mujeres están siendo beneficiadas por el nuevo contexto, pero aún viven el trasfondo de ilegalidad profundamente arraigado culturalmente, lo que las hace sufrir el estigma social y las barreras emocionales que limitan su aceptación de la decisión de abortar.

Los resultados muestran que las mujeres perciben que el aborto con medicamentos tiene muchas ventajas. Como muchos otros estudios de la región latinoamericana han demostrado, las mujeres en este estudio apreciaban fuertemente la posibilidad de que sus abortos sean privados; de poder decidir el día, lugar y hora para usar las pastillas; la seguridad de abortar sin la intervención de desconocidos; la sensación segura de estar atravesando un proceso fisiológico; y la posibilidad de ser cuidadas por alguien que ellas elijan.

El hecho de que las mujeres tuvieran que confiar en sí mismas en un entorno clandestino hizo que la información y consejería fueran críticas 16,26. Las mujeres accedieron a información de distintas fuentes y se preocuparon particularmente cuando esas fuentes brindaban información distinta entre sí, o ésta se encontraba fragmentada o era inexacta. La información que lograron obtener hizo que confiaran suficientemente en el método para seguir adelante con él, al final, a veces sentían que el conocimiento que tenían no era suficiente, lo que causaba una angustiante sensación de incertidumbre. Si bien ahora hay más información disponible que en el pasado<sup>16</sup>, aún parece haber mucho menos de lo que las mujeres necesitan. Además, no menciona la gama de aspectos del proceso de aborto con los cuales las mujeres están preocupadas: la medida del sangrado, si es que deben repetir la dosis o no y cuándo, cómo evaluar los coágulos, cómo lidiar con su temor, ansiedad, dolor y culpa, entre otros aspectos.

Las mujeres buscaban consejería activamente para que las apoyen a tomar una decisión y/o llevar adelante el aborto. Distintas fuentes se las proporcionaron: líneas de atención telefónica, parientes y amigos, material impreso, y también profesionales de la salud<sup>8</sup>. Las particularidades del método combinadas con las restricciones legales sobre la participación de los profesionales de la salud, pone al aborto en manos de las mujeres. La diversidad de grupos e individuos actualmente comprometidos con apoyar el aborto

seguro también hace que la consejería, elemento crucial, esté más disponible.

Al mismo tiempo, la línea de atención telefónica y sus materiales de información fueron recursos altamente valiosos, particularmente para aquellas mujeres que parecían más seguras y hábiles en el uso de internet y materiales impresos. Para mujeres que se sentían más vulnerables, el contacto cara a cara y la seguridad que les proporcionaba el personal médico amistoso era más acorde a sus necesidades. Además, la "autoridad moral" de los proveedores de servicios de salud ayudó a disipar su malestar y dar legitimidad a su situación y decisión.

Nuestros resultados muestran que las mujeres involucraban y confiaban en sus parejas, familiares y/o amigos durante el proceso de aborto. La "naturaleza" del aborto con medicamentos, y el deseo de las mujeres de tener a alguien a su lado, fueron propicios para ellas<sup>8,26,37</sup>. Si bien hay estudios recientes en América Latina que argumentan que las mujeres usan el aborto con medicamentos porque no tienen alternativa, hemos demostrado que las mujeres en este estudio elegían el aborto con medicamentos, luego de un reflexivo proceso de toma de decisiones<sup>8,37,38</sup>. Tomaban la decisión final sólo cuando tenían claras las ventajas y seguridad que brindaban las pastillas.

Aunque este estudio haya sido pequeño y no pueda ser tomado como representativo, los resultados muestran que a pesar del entorno restringido por ley, las mujeres estaban teniendo acceso a información, consejería y Misoprostol. Finalmente, a decidir si proceder o no al aborto. y poder actuar sobre esa decisión, tuviesen o no apoyo por parte de profesionales de la salud. Éste método les resultó difícil pero también aceptable y asequible. Sin embargo, también expresaron muchas dudas e incertidumbres, no todas explicadas por el ambiente de clandestinidad. La práctica del aborto con medicamentos en este contexto estuviera en sus propias manos, les generaba un fuerte peso a algunas. Es necesaria mucha confianza en sí misma para poder atravesar este proceso sin vacilar.

Se deberían redoblar los esfuerzos para mejorar las leyes, políticas y provisión de servicios en Argentina, a fin de asegurar las mejores condiciones posibles para la práctica del aborto con medicamentos. Se debería aprobar la disponibilidad de Mifepristona y de Misoprostol y se debería crear un ambiente favorable a estos medicamentos. Asimismo, ya que no todas las mujeres, ni sus experiencias de vida y circunstancias son las mismas, debería ser prioritario ampliar la gama de opciones de métodos de aborto y fuentes de información.

#### Agradecimientos

Las autoras agradecen el apoyo técnico y financiero brindado por HRP (PNUD/FPNU/ UNICEF/OMS/Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana del Banco Mundial). Agradecemos a todas las mujeres que compartieron sus experiencias y confiaron en nosotras para que informemos sobre un momento tan importante de sus vidas.

Queremos agradecer al Jefe de Servicio y al personal del hospital que nos presentó a las mujeres. Sin su ayuda el estudio no habría sido posible. Apreciamos enormemente el compromiso y sensibilidad de Ana Aguilera, Sonia Ariza, Paula Bilder y Tamar Finzi al llevar adelante las entrevistas.

#### Referencias

- Ahman E, Shah IH. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. Geneva: World Health Organization, 2011. http:// www.who.int/ reproductivehealth/publications/unsafe\_abortion/ 9789241501118/en/.
- 2. Turquet L. In Pursuit of Justice. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 2011. http://progress.unwomen.org/pdfs/EN-Report-Progress.pdf.
- 3. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. Lancet 2006;368(9550):1887–92.
- Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. January 2012. http://www.guttmacher. org/pubs/fb\_IAW.pdf.
- Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe. Enero de 2012. http:// www. guttmacher.org/pubs/IB\_AWW-Latin-America-ES.pdf.
- Cohen S. Facts and consequences: legality, incidence and safety of abortion worldwide. Guttmacher Policy Review 2009;12(4). http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/4/gpr120402.html.
- Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. Family Planning Perspectives 1995;27(4): 142–8.185.
- 8. Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, et al. Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study. Reproductive Health Matters 2005;13(26):75–83.
- Beckman LJ, Harvey SM. Experience and acceptability of medical abortion with mifepristone and misoprostol among US women. Women's Health Issues 1997;7(4): 253–62.

- Winikoff B, Sivin I, Coyaji K. The acceptability of medical abortion in China, Cuba and India. International Family Planning Perspectives 1997;23:73– 78,89.
- 11. International Planned Parenthood Federation. Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. www.ippfwhr.org/sites/default/ files/guia%20IPPF%20final.pdf.
- 12. Gomperts RJ, Jelinska K, Davies S, et al. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2008;115(9):1171–5.
- 13. Gynuity Health Projects. Providing medical abortion in low-resource settings: an introductory guidebook. New York: Gynuity Health Projects, 2009. http://gynuity. org/downloads/clinguide\_maguide2nd\_edition\_en.pdf.
- 14. Swica Y, Raghavan S, Bracken H, et al. Review of the literature on patient satisfaction with early medical abortion using mifepristone and misoprostol. Expert Review of Obstetrics & Gynecology 2011;6(4):451–68.
- 15. Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1997;176(2):431–7.
- Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted.
   Reproductive Health Journal 2012;9(1):34. http://

- www.reproductive- health-journal.com/content/pdf/1742-4755-9-34.pdf.
- 17. Barbosa R, Arilha M. The Brazilian experience with Cytotec. Studies in Family Planning 1993;24(4):236–40.
- Costa SH. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. International Journal of Gynecology & Obstetrics 1998;63(Suppl 1):S131-9.
- Távara Orozco L, Chávez S, Grossman D, et al. Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe. Lima: CLACAI, 2011. http://www.clacaidigital.info:8080/ xmlui/handle/ 123456789/173.
- 20. Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI); Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Misoprostol: regulaciones y barreras en el acceso al aborto legal. 2013. http://www. clacaidigital. info:8080/xmlui/handle/123456789/489
- 21. Gynuity Health Projects. Map of misoprostol approval, 2011–2013. http://gynuity.org/downloads/mapmiso\_sp.pdf.
- 22. Gordon P, Boler T, Burgin J, et al. What women want: meeting the global demand for medical abortion. London: Marie Stopes International, 2010. http://www.mariestopes.org/sites/default/files/What-Women-Want-Summary.pdf.
- Asociación por los Derechos Civiles. Aborto no punible. El fallo "F., A.L. s/ medida autosatisfactiva" ¿qué obtuvimos y qué nos queda por obtener? http://www. clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/425.
- Mario S, Pantelides EA. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población 2009;87:95–120.
- 25. Romero M, Ábalos E, Ramos S. La situación de la mortalidad materna en Argentina el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Hoja Informativa nº 8. Buenos Aires: OSSyR, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, marzo de 2013. http://www. ossyr.org.ar/ pdf/hojas\_informativas/hoja\_8.pdf.
- 26. Lie M, Robson S, May C. Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Services Research 2008;8:150. http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-150.pdf.
- 27. Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, et al. El aborto con medicamentos en América Latina. Las

- experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú. Population Council y Gynuity Health Projects, 2005. http://www. clacaidigital. info:8080/xmlui/handle/123456789/50.
- 28. Espinoza H, Ellertson CH, García S, et al. Medicamentos para la interrupción de la gestación: una revisión de la literatura y sus posibles implicaciones para México y América Latina. Gaceta Médica de México 2002;138(4):347–56.
- Pecheny M. Yo no soy progre, soy peronista. In: Bergallo P, ed. Aborto y Justicia Reproductiva. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2011. p.91–114.
- 30. Ramos S, Romero M, Arias Feijoó J. El aborto inducido en la Argentina: ¿un viejo problema con un nuevo horizonte? In: Bergallo P, editor. Aborto y Justicia Reproductiva. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2011. p.57–90.
- 31. Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto. Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas. Buenos Aires: Editorial El Colectivo, 2010. www.abortoconpastillas.info.
- 32. La Revuelta. Cómo hacerse un aborto con pastillas. 2012. http://sincloset09.wix.com/aborto-misoprostol.
- 33. Vázquez S, Gutiérrez MA, Calandra N, et al. El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes. In: Checa S, editor. Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires: Paidós, 2008. p.277–97.
- 34. Carbajal M. El aborto en debate: aportes para una discusión pendiente. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- 35. Zurbriggen R, Anzorena C. El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible. Buenos Aires: Ediciones Herramienta, 2013.
- 36. Zamberlin N, Gianni MC. El circuito del misoprostol: un estudio de las respuestas a la demanda de medicamentos abortivos en farmacias privadas. Revista Medicina 2007;67(Suppl.1):67.
- Carril Berro E, López Gómez A. Entre el alivio y el dolor: mujeres, aborto voluntario y subjetividad. Montevideo: Trilce, 2008. http://www.hacelosvaler. org/2008/esp/ publicaciones/entre\_el\_alivio\_y\_el\_ dolor.pdf.
- 38. Silva M. Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú. Montevideo: Médicos del Mundo, 2014. http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/ handle/123456789/536.



### © 2014 Reproductive Health Matters. All rights reserved.

Reproductive Health Matters 2014;22(44):191–201 0968-8080/11 \$ - see front matter Doi: 10.1016/S0968-8080(14)44799-2



## Interrupción del embarazo por anormalidades fetales: una meta-etnografía de experiencias de mujeres

Caroline Lafarge a, Kathryn Mitchell b, Pauline Fox c

- a. Asistente de investigación, Facultad de Psicología, Trabajo Social y Ciencias Humanas, University of West London, Londres, Reino Unido. Correspondencia: caroline.lafarge@uwl.ack.uk
- b. Vicerrectora, Oficina del Vicerrectorado, University of West London, Londres, Reino Unido
- c. Profesora Asociada, Facultad de Psicología, Trabajo Social y Ciencias Humanas, University of West London, Reino Unido

**Resumen:** Debido a los avances tecnológicos en el diagnóstico prenatal de anormalidades fetales, más mujeres contemplan la opción de interrumpir un embarazo por este motivo. Gran parte de los estudios disponibles se enfocan en la adaptación psicológica de la mujer a este suceso. Sin embargo, se carece de un entendimiento holístico de las experiencias de las mujeres. Este artículo reporta una revisión sistemática de estudios cualitativos de experiencias de las mujeres con la interrupción del embarazo por anormalidad fetal. Se realizó una búsqueda en ocho bases de datos, hasta abril de 2014, de estudios revisados por pares y redactados en inglés que reportaron datos primarios o secundarios, utilizaron métodos cualitativos identificables e interpretativos, y ofrecían una contribución valiosa a la síntesis. En total, se examinaron 4281 estudios; 14 reunían los criterios de inclusión. Los datos fueron sintetizados utilizando meta-etnografía. Se identificaron cuatro temáticas: un mundo destrozado, perdiendo y volviendo a ganar control, el rol de profesionales de la salud y el poder de culturas. La interrupción del embarazo por anormalidad fetal puede considerarse un suceso traumático que las mujeres experimentan como personas individuales, en su contacto con la comunidad de profesionales de la salud, y en el contexto del ambiente político socio-jurídico. La variedad de emociones y experiencias que genera la interrupción del embarazo por anormalidad fetal va más allá del paradiama de aborto y abarca un modelo de duelo. Se necesitan opciones de servicios coordinados que les permitan a las mujeres tomar sus propias decisiones y recibir atención con apoyo. © 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras clave:** aborto, anormalidad fetal, meta-etnografía, experiencia vivida, revisión sistemática, pesar, Brasil, Finlandia, Israel, Suecia, Reino Unido, Estados Unidos, Vietnam.

In Inglaterra y Gales, en 2013, la interrupción del embarazo por anomalía fetal representó el 1% de todas las interrupciones.¹ A medida que se desarrollan las técnicas de monitoreo prenatal y aumenta la edad de las madres, también se incrementa el riesgo de que haya anormalidades,² son cada vez más numerosas las mujeres que pueden ser diagnosticadas con anormalidad fetal, y deben enfrentar la posibilidad de interrumpir su embarazo. Las investigaciones indican que interrumpir un embarazo a causa de anormalidades fetales es una decisión compleja³ que puede tener consecuencias psicológicas a largo plazo tales como depresión, estrés post-trau-

mático y un duelo complicado, tanto para las mujeres como para sus parejas.<sup>4-9</sup> Las reacciones de duelo a resultas de este evento han sido comparadas con las vivencias en otros tipos de pérdida perinatal, tales como los mortinatos o la mortalidad neonatal.<sup>10-12</sup>

Sin embargo, la interrupción del embarazo por anormalidad fetal es distinta en cuanto son los padres quienes deciden interrumpir el embarazo. El hecho que los padres puedan elegir si interrumpen o no el embarazo colocan a este fenómeno en el centro del debate ético, que tiene implicancias en la experiencia vital de las mujeres. El primer debate se relaciona con los derechos al aborto, y si el aborto daña

o no la salud mental de las mujeres. Sin embargo, los estudios más integrales y recientes han concluido que el aborto no daña el bienestar de las mujeres. El segundo debate, que se ha dado en las últimas décadas, la se relaciona a la cuestión de la eugenesia y se ilustra con deliberaciones sobre el plazo de tiempo y las condiciones médicas para que el embarazo pueda ser interrumpido. El tercer debate se concentra en la actitud de los profesionales de la salud frente a la interrupción por anomalía fetal y su derecho a la objeción de conciencia. 17

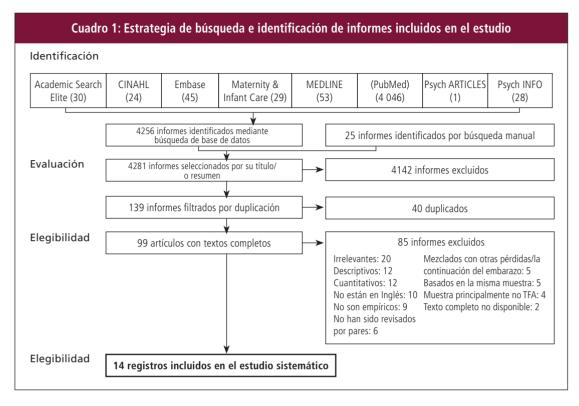
Las actuales investigaciones acerca de las respuestas de las muieres a las interrupciones del embarazo por anomalías fetales tiene una limitación: su enfoque privilegia la medición cuantitativa de resultados psicológicos. Dos informes sistemáticos publicados en 2011 nos brindan perspectivas útiles pero no abordan las experiencias de las mujeres de manera holística. Estas limitaciones ameritan que se revisen los estudios cualitativos sobre la experiencia de interrumpir un embarazo por anormalidad fetal. En este artículo se describe el primer estudio sistemático de investigaciones cualitativas sobre las experiencias de las mujeres frente a la interrupción del embarazo por anormalidad fetal. El informe busca brindar una evidencia empírica contrastada para la práctica clínica y la elaboración de políticas, con la esperanza de que ayude a los profesionales a brindar la meior atención posible. Si bien los fundamentos de este informe se basan en el contexto político, cultural y clínico específico de Inglaterra y Gales, el informe evalúa las experiencias de las mujeres en siete países, y al hacerlo amplía la relevancia de sus hallazgos.

#### Métodos

Este informe sistemático es una meta-etnografía. Los datos fueron seleccionados y analizados según las directrices enunciadas por Noblit y Hare.<sup>20</sup> Se efectuó una búsqueda en ocho bases de datos electrónicas, hasta abril de 2014 (cuadro 1), para identificar estudios cualitativos de experiencias de mujeres cuando su embarazo se interrumpe por anormalidad fetal. Las bases de datos fueron: Academic Search Elite, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Embase, Maternity and Infant Care, MEDLINE, PubMed, PsychINFO y PsychARTICLES. Se realizó una búsqueda manual de autores y de la sección de referencias de los artículos clave. Los términos buscados incluyeron: interrupción del embarazo, aborto inducido, aborto terapéutico, anormalidad fetal, anomalía fetal, adaptación, experiencias, investigación cualitativa, estudios cualitativos y entrevista.

Para ser incluidos en esta investigación, los estudios debían presentar lo que habían descubierto de fuentes primarias o secundarias sobre las experiencias de las mujeres, y debían basarse en métodos de análisis cualitativo identificables e interpretables (por ejemplo, la teoría fundamentada en datos). Se excluyeron los estudios cualitativos puramente descriptivos. Además, los estudios debían ser revisados por pares, estar escritos en inglés para evitar problemas de interpretación provocados por la traducción, y ofrecer contribuciones valiosas a la síntesis. El último criterio difería de los otros porque implicaba una apreciación subjetiva; sin embargo, esto concuerda con las directrices de la meta-etnografía<sup>20</sup>. A pesar de todo, para ratificar la validez del informe, la calidad de los estudios ha sido evaluada según el Critical Appraisal Skills Programme (Programa de Evaluación Crítica de Habilidades), <sup>21</sup> un marco utilizado con éxito en otras meta-etnografías. 22-24 Cada estudio ha sido evaluado en diez preguntas que abarcan consideraciones metodológicas y éticas, su claridad y transparencia de análisis, y la contribución que hacen al conocimiento. Hubo un nivel de acuerdo generalizado en torno a los artículos que serían incluidos en este estudio. Todas las diferencias de opinión se solucionaron debatiéndolas. Aunque el estudio se centra en las experiencias de las mujeres, fueron incluidos también los estudios que incluyen relatos de hombres o profesionales de la salud, siempre v cuando las mujeres fueran parte sustancial de la muestra y que el análisis de relatos de las mujeres fuera claramente identificable.

Se sintetizó la información utilizando la meta-etnografía.<sup>20</sup> Este enfoque se centra en la interpretación de los hallazgos cualitativos más que en la agregación de los mismos, por lo cual se puede comparar a los métodos cualitativos de los estudios que sintetiza.<sup>25</sup> Implica



el análisis de los estudios (citas de los participantes y temas identificados por los autores de los estudios), y de la relación entre ellos para determinar si los temas se relacionan entre sí, o si más bien se contradicen. El análisis luego involucra la creación de nuevos temas, que posteriormente se comparan con todos los estudios, y a partir de dicha comparación se genera un marco interpretativo (línea argumentativa). 20,25,26 El análisis fue realizado por la autora 1 y luego lo convalidó la autora 2. Ambas autoras estuvieron de acuerdo en que los temas y el marco interpretativo estaban fundados en la información y daban una interpretación significativa de las experiencias de las mujeres.

#### Resultados

En total se identificaron 4281 registros. De los cuales se excluyeron 4142 y se eliminaron 40

duplicados. Se analizaron los textos completos de 99 artículos, 85 se excluyeron porque no satisfacían los criterios de inclusión, estaban mezclados con los casos de otras pérdidas peri-natales o de continuidad del embarazo; la mayor parte del texto no cubría la interrupción por anormalidad fetal, o el texto completo no estaba disponible. Se seleccionaron catorce estudios publicados entre 1997 y 2013 (Tabla 1) para su evaluación. Cinco se realizaron en los Estados Unidos, cuatro en el Reino Unido y uno en Brasil, en Vietnam, Israel, Suecia, y Finlandia. Los estudios se originaron en las disciplinas de antropología, enfermería, obstetricia, salud pública, trabajo social y sociología.

La síntesis generó cuatro temas: un mundo destrozado, pérdida y recuperación del control personal, el papel de los profesionales de la salud y el poder de las culturas.

En todo este documento se han utilizado los términos 'bebé' y 'niño' porque reflejan el lenguaje utilizado por las participantes y transmiten el concepto de que, en la mayoría de los casos, el embarazo era deseado.

<sup>\*</sup> Para más detalles sobre la metodología diríjase a la autora correspondiente.

#### Un mundo destrozado

Terremoto emocional

Para muchas mujeres, la interrupción del embarazo por anormalidad fetal es como si sufrieran un terremoto emocional que remueve sus creencias básicas y requiere una reconstrucción. Las mujeres describen un dolor físico y emocional intenso, y algunas manifiestan "querer[se] morir".30 El dolor psicológico generalmente es el más difícil de sobrellevar,27 particularmente cuando hay feticidio (una invección in útero que causa la expulsión del feto)<sup>29,34</sup> v las muieres sienten o ven los últimos movimientos del bebé en la pantalla.<sup>29,34</sup> También les resulta difícil dar a luz o recuperarse en pabellones donde hav mujeres cuvos embarazos han tenido resultados positivos.<sup>31</sup> La transición brutal del estado de embarazo al estado de no-embarazo contribuye a la sensación de devastación.<sup>27,33</sup> Para las mujeres que dan a luz a sus bebés después de la interrupción médica del embarazo, la transición entre "decir hola v decir adiós" 27 en un mismo encuentro es inconcebible. Muchas mujeres se encuentran tan aturdidas y conmocionadas que no están preparadas para tomar decisiones normalmente relacionadas con el nacimiento del bebé: si quieren o no desean verlo o cargarlo, qué tipo de funeral organizar, si quieren que le tomen una fotografía o las huellas de sus manos/pies.33 La discrepancia entre las expectativas del embarazo y el resultado es tan enorme que solo incrementa el malestar de las mujeres.31

Después de la interrupción del embarazo, las mujeres contemplan su pérdida, a menudo con ansias de tener a su hijo mucho después de que ha fallecido. El proceso de duelo, es continuo y las mujeres lo aceptan como una "cuestión que durará toda la vida" con un dolor que disminuye, pero nunca desaparece por completo. Las mujeres pierden el futuro inmediato que habían imaginado, luego de haber hecho mucho para preparar la llegada del bebé. También se observa una pérdida de autoestima reproductiva, y hay algunas mujeres que sienten que han fracasado por no tener un bebé sano, y que se han decepcionado a ellas mismas y a las personas de su entorno. In mucho con antidad de su entorno.

#### Ataque al ego

La interrupción del embarazo por anormalidad fetal también representa un "ataque" al ego<sup>34</sup> v socava el sentido de seguridad de las mujeres.<sup>27,30</sup> Muchas mujeres empiezan su embarazo con un (falso) sentido de seguridad de que "su bebé estará bien" 30, y el embarazo será normal.30,38 Enterarse de la anormalidad representa una "pérdida de inocencia," que las mujeres anhelan recobrar y genera una fuerte sensación de vulnerabilidad. ¿28 Algunas luchan contra sus propios valores y creencias espirituales sobre la decisión de interrumpir el embarazo. 27,29-31,38 Interrumpir el embarazo también tiene profundas consecuencias en la propia identidad de las mujeres como mujeres, e implica que tienen que elegir convertirse en "la madre de un niño discapacitado o en una madre de luto". 30 Algunas mujeres se culpan a sí mismas por la anormalidad, mientras que otras cuestionan su falta de valor moral por no haber elegido un hijo que tenga una deficiencia.30,31 Las mujeres sin hijos experimentan además la dificultad de que se les niegue el estatus social de ser madres.30 Las mujeres también cuestionan sus cuerpos y algunas los culpan de haber creado un niño imperfecto,31 o de que se havan recuperado con demasiada rapidez en comparación con el dolor que asalta a sus mentes. 27,30 El regreso de la menstruación señala que el cuerpo está fisiológicamente listo para un nuevo embarazo, y eso suele ser exactamente lo opuesto a cómo se sienten las mujeres emocionalmente.<sup>27</sup> La incongruencia entre el estado del cuerpo y el de la mente también se manifiesta con la lactancia, y para las mujeres es algo particularmente difícil de sobrellevar.31

#### **Ambivalencia**

La ambivalencia se manifiesta en la decisión de interrumpir el embarazo y provoca sentimientos encontrados. Es un sutil acto de equilibrio entre las perspectivas del bebé y su calidad potencial de vida, y las necesidades de la mujer, su pareja y los otros niños.<sup>27-29, 31, 38</sup> A menudo acarrea un alto grado de incertidumbre ya que muchos diagnósticos se basan en probabilidades.<sup>34</sup> Para muchas mujeres, la decisión de interrumpir el embarazo es una decisión que desearían no haber tenido que tomar jamás.<sup>38</sup> Sin embargo, el dolor por la decisión tomada puede coexistir con el alivio de haber tenido la oportunidad de tomarla,<sup>27,29,31</sup> evitándole a este niño una vida de sufrimiento y a los otros

Cuadro 1: Características del estudio						
Artículos	País	Participantes	Recopilación de Datos	Metodología	Se exploró	
Bryar 1997 <sup>27</sup>	Estados Unidos	3 mujeres	Entrevistas	Fenomenología	Las decisiones de interrumpir el embarazo, adaptarse a la pérdida, significado de la pérdida.	
Rillstone 2001 <sup>28</sup>	Estados Unidos	13 mujeres, 9 hombres, 2 profesionales de la salud, 3 casos con continuación del embarazo.	Entrevistas	Teoría fundamentada	Encarar un nuevo embarazo, experiencias de interrupción del embarazo y manejo de la angustia en un nuevo embarazo.	
Ferreira da Costa 2005 <sup>29</sup>	Brasil	10 mujeres	Entrevistas	Análisis temático	Experiencias de IAF desde el diag- nóstico hasta planificar próximos embarazos, aspectos legales.	
McCoyd 2007 <sup>30</sup>	Estados Unidos	30 mujeres	Entrevistas	Teoría fundamentada y análisis del marco de trabajo	Respuestas psicosociales, expectativas y dilemas. Factores sociales y consecuencias de la pérdida.	
Gammeltoft 2008 <sup>31</sup>	Vietnam	17 mujeres	Observaciones y entrevistas	Etnografía y análisis temático	Experiencias del procedimiento y secuelas.	
Graham 2009 <sup>32</sup>	Reino Unido	9 mujeres 3 hombres 21 profesionales de salud	Entrevistas	Enfoque temático, análisis descriptivo y post-estructuralista y discursivo.	Actitudes respecto al feticidio y la experiencia del feticidio.	
Hunt 2009	Reino Unido	38 mujeres 10 hombres	Análisis secun- dario de las entrevistas	Análisis del marco	Experiencias de toma de decisiones inmediatamente después de la interrupción del embarazo.	
Leichtentritt 2011 34	Israel	9 mujeres	Entrevistas	Análisis de los relatos	Experiencias de feticidio	
Kerns 2012	Estados Unidos	21 mujeres, 4 casos de compli- caciones durante el embarazo.	Entrevistas	Teoría fundamentada	Experiencias de toma de decisiones con relación al método de interrupción.	
Asplin 2013 <sup>36</sup>	Suecia	11 mujeres	Entrevistas	Análisis cualitativo del contenido	Experiencias de la atención brindada.	
France 2013 <sup>37a</sup>	Reino Unido	28 mujeres 9 hombres	Análisis secun- dario de las entrevistas	Análisis del marco	Experiencias de comunicar el fin del embarazo a otros (incluyendo niños).	
Gawron 2013 <sup>38b</sup>	Estados Unidos	30 mujeres	Entrevistas e historias clínicas	Análisis comparativo constante y latente	Las experiencias de tomar las decisiones y los servicios de inte- rrupción del embarazo.	
Koponen 2013 <sup>39</sup>	Finlandia	8 mujeres	Relatos en línea	Análisis de discurso	La forma como las mujeres construyen, experimentan y le dan significado a la experiencia a través del uso del lenguaje.	
Lafarge 2013 <sup>40</sup>	Reino Unido	27 mujeres	Relatos en línea	Análisis fenomenológi- co interpretativo	Experiencias de lidiar con los procedimientos y el después.	

<sup>&</sup>lt;sup>A</sup> Submuestra del estudio de Hunt pero analizado independientemente. B Muestra de mujeres que se presentan para la interrupción a causa de anormalidad fetal.

Todos los otros estudios se basan en mujeres a quienes se les interrumpió el embarazo.

niños, tener que cuidar a un hermano discapacitado. La ambivalencia también se muestra en la relación emocional de la mujer con el bebé, que fluctúa entre la necesidad de proteger v tomar distancia, y "luchando contra el amor por su bebé".27 Algunas mujeres vietnamitas consideran que la anormalidad del bebé es resultado del comportamiento inmoral de algún miembro de la familia, y sienten alivio por tener la oportunidad de evitar el nacimiento de un hijo discapacitado. Otras se sienten culpables por robarle la vida a sus hijos y temen que el alma del bebé regrese para atormentarlas. dañando potencialmente su futuro reproductivo.31 Las mujeres también tienen conflictos entre su necesidad de tiempo para recopilar v procesar información y la difícil experiencia de seguir "dando vida mientras piensan en quitarla".34

#### Pérdida y recuperación del control personal La paradoja de la elección

La mayoría de mujeres describen su toma de decisión como una elección entre "dos alternativas, siendo ambas muy desagradables"30 y deciden interrumpir porque la situación no tenía solución.36,39 Sienten que no es una decisión real, ya que su capacidad de acción está limitada. 30,39 Esto es particularmente cierto en el caso de las mujeres que tuvieron que conseguir autorización para interrumpir el embarazo, como en el caso de Brasil, cuando se realizó el estudio.29 También ocurrió en Israel donde es necesario tener la aprobación del Estado después de las 24 semanas de gestación.<sup>34</sup> Sin embargo, la mayoría de las mujeres sienten que su decisión es correcta. Para muchas, es la primera (y única) decisión maternal que pueden tomar para el bebé, 27-29, 31 y una de las únicas formas que tienen de ejercer control. Esto podría explicar la sensación de logro que se registra en algunos estudios.<sup>29</sup>

#### Recuperando el control

Muchas mujeres se sienten impotentes en distintos niveles, con falta de control sobre sus emociones y duelo. No están preparadas para la magnitud y duración de su dolor<sup>27-31,36</sup> ni para la "montaña rusa"<sup>27,38</sup> de emociones que experimentan después de la interrupción. Los intentos de volver a ganar el control de la situación incluyen controlar su ambiente so-

cial limitando el contacto con otros<sup>27,40</sup> y la divulgación voluntaria de lo ocurrido.<sup>27,28,30,37</sup> Estas estrategias son a la vez mecanismos para autoprotegerse y un intento de controlar las emociones. Otras reclaman el control a través de las decisiones que toman después de la interrupción, por ejemplo, organizando el funeral del bebé.<sup>33,40</sup> Las mujeres también dicen que mantienen control sobre sus emociones durante los siguientes embarazos desarrollando una "armadura emocional". (<sup>28</sup>)

#### Sobrevivir al calvario

La secuela de la interrupción del embarazo es parecida "al día siguiente" (del terremoto). Las mujeres están en shock, pero se sienten muy vivas. Algunas piensan que es la mayor prueba para determinar la fuerza de su carácter<sup>29</sup> v de la relación con su pareja.<sup>28</sup> Son profundamente conscientes de que la decisión de interrumpir el embarazo es únicamente de ellas, aun si lo consultan con su pareja. 29,31 Autodenominándose sobrevivientes, las mujeres dicen que pasar por esto es "la cosa más difícil que han hecho en la vida" con valentía y resiliencia.28,29 Algunas dicen haberse hecho más fuertes como resultado de la interrupción 29,40 y haber descubierto nuevas fortalezas.<sup>39</sup> Después de la interrupción, las mujeres se dedican a la dura labor de reconstruir su mundo interior. Encontrar un motivo para vivir es importante para algunas, y crecer positivamente es una manera de dar significado a su experiencia.<sup>49</sup> Darle un buen uso a la experiencia (por ej. patrocinando obras de caridad), redefinir sus prioridades de vida y atacar los problemas no resueltos contribuyen a crear en ellas la sensación de empoderamiento y crecimiento.40 Las mujeres también hallan consuelo en la "empatía renovada" 27 hacia otros y en la consolidación de lazos familiares. 27,29 Otro embarazo es en general reconfortante, pero puede ser agridulce, otra señal de ambivalencia. 28,40 Las mujeres conscientemente reducen sus expectativas frente a un nuevo embarazo y buscan información con la intención de prepararse para posibles contratiempos.<sup>28</sup> Un nuevo embarazo se percibe como un gran paso de fe que requiere valentía v determinación, pero que será finalmente gratificante porque: "sin valor no hay gloria".28

#### El papel de los profesionales de la salud

La información como medio de empoderamiento Las mujeres valoran la información clara e imparcial a tiempo para poder entender la anormalidad, el procedimiento de interrupción del embarazo, y qué esperar después de la misma.31, 35, 36 Son importantes los consejos sobre cómo anunciar el fin del embarazo a otros,37 incluyendo a sus propios hijos, así como la información de qué esperar a largo plazo en el plano emocional. Sin embargo, los profesionales de la salud raramente tocan estos temas. Algunas mujeres dicen haber tenido que buscar la información ellas mismas<sup>38,39</sup> v eso las mortifica, mientras otras lo consideran como una parte integral de su proceso de superación.40

Brindar información puede considerarse como una forma de empoderar a las mujeres a fin de que tomen decisiones informadas. 33,38 Una falta de información no solo genera malestar,<sup>31</sup> sino que mantiene a las mujeres en un estado de pasividad e incertidumbre, dejándolas con la sensación de no estar preparadas para la interrupción y sus secuelas.33 En cambio, las mujeres reciben en forma positiva la información que les permita tomar la decisión correcta para ellas. La elección del método de interrupción es un buen ejemplo, 28,35 ya que las mujeres pueden lograr hacer coincidir su experiencia con sus propios valores y creencias.<sup>35</sup> Algunas mujeres valoran la oportunidad de dar a luz después de una interrupción médica, crear lazos y hacer bendecir a su bebé, mientras que otras eligen una interrupción quirúrgica, en un intento de distanciarse o protegerse, ya que temen "no querer soltar [al bebé] nunca más",35

#### Empatía v compasión

Las mujeres valoran por sobre todas las cosas la atención empática y compasiva. Se sienten agradecidas cuando los profesionales de la salud reconocen que su embarazo ha sido deseado y las atienden sin juzgarlas<sup>35,36</sup>. Las consuela recibir gestos y actos de gentileza de los profesionales de la salud, que a veces pueden ir más allá de los límites normales que hay entre médico y paciente.<sup>40</sup> Es fundamental sentir que tratan con respeto y dignidad a ellas y a sus bebés.<sup>36,40</sup>

#### La falta de cuidados postoperatorios

Las muieres a menudo insisten en que no les brindan atención durante la convalecencia ni cuidados postoperatorios. Sienten "que no tienen apoyo", que están casi abandonadas, 36,39,40 lo que empeora su malestar. Para llenar este vacío algunas mujeres buscan apovo en los servicios de asesoramiento u orientación terapéutica<sup>40</sup> pero estos tienen un costo económico.<sup>36</sup> Otras acuden a grupos de apoyo para compartir sus historias 36,39,40 y brindar y recibir apovo en forma recíproca, lo que para algunas mujeres tiene un efecto terapéutico. 40 En vista de que no hay cuidados postoperatorios ni de convalecencia, debido a la falta de cuidados posteriores, el recuerdo de encuentros con los proveedores de servicios de salud durante la interrupción del embarazo pueden tener una influencia duradera en la manera cómo las mujeres lidian con ella.40

Sin embargo, a pesar de que la sensación de aislamiento que sufren las mujeres después de la terminación se debe en parte a la falta de atención postoperatoria adecuada, esta también es consecuencia de la incapacidad de las mujeres para hablar sobre su situación, debido al estigma que rodea la interrupción del embarazo por anormalidades fetales.

#### El poder que tienen las culturas

El estigma y el secretismo

El estigma asociado al aborto genera una atmósfera de secreto v vergüenza, v muchas mujeres mencionan el miedo a ser juzgadas. El estudio israelí se refiere a la interrupción por anormalidad fetal como un "tabú" v describe que las mujeres enfrentan un "muro de silencio".34 Esto hace que ellas se autocensuren<sup>27,28,30,38</sup> y solo compartan parte de su historia,34,37,39 diciendo que lo que tuvieron fue un aborto espontáneo o compartiendo la historia completa solo con muy pocas personas seleccionadas.<sup>37</sup> La información parcial puede ser un arma de doble filo, ya que protege a las mujeres de reacciones potencialmente dolorosas pero impide la sanación porque inhabilita el acceso al apoyo.<sup>37</sup> Al compartir solo parte de su historia las mujeres pueden ser incapaces de procesar completamente su pérdida, socavando su identidad de madres afligidas. Por lo tanto algunas mujeres eligen divulgarlo todo, quieren que la gente lo sepa.<sup>37</sup> En general, las mujeres que eligen contarlo todo, cuentan que sus experiencias fueron positivas.<sup>30,37</sup>

#### Dolor sin derecho al consuelo

Por más que las mujeres compartan su historia completa o no, el dolor de las mujeres no tiene derecho al consuelo pues la sociedad no autoriza su pérdida. Ya que lo suyo es una "pérdida elegida",31 y "nadie conoció a sus bebés"33 las mujeres se sienten inadecuadas para expresar su dolor. En Vietnam, se fomenta que las mujeres se olviden de sus bebés, y a menudo se les oculta el lugar donde está situada la tumba.31 El lenguaje que se utiliza para definir la interrupción del embarazo por anormalidad fetal también es importante. A pesar de que las mujeres están de acuerdo en que el procedimiento es un aborto, quieren que su experiencia se diferencie de los abortos que no tienen motivos médicos.<sup>36</sup> Para algunas, los términos "aborto" o "interrupción del embarazo" son muy duros y preferirían llamarlo "parto prematuro terapéutico,"29 o compararlo con el hecho de apagar una máquina de soporte vital.<sup>27</sup> El lenguaje inadecuado para describir su experiencia aliena aún más a las mujeres, ya que no pueden comunicar efectivamente su historia. Esta insuficiencia también es visible en la falta de terminología, por ejemplo, en Israel, donde no existe una palabra para feticidio.34 Las terminología para nombrar al bebé es otro ejemplo; a algunas mujeres palabras como "feto" les causan dolor. 40 otras, sin embargo, preferirían "no pensar que es un bebé,"33 o sienten que han "perdido un embarazo más que un bebé". 32

#### Paisaje cultural

El contexto social impacta gravemente las experiencias de las mujeres. Los debates polarizados sobre el aborto hacen que las mujeres resulten estigmatizadas y que se sientan como parias sociales. <sup>27,28,30</sup> Las leyes sobre el aborto también influyen y dictan el momento y las condiciones médicas en la que los embarazos son interrumpidos. <sup>29,34</sup> En los Estados Unidos, el aborto es legal pero funciona distinto dependiendo del Estado. Es posible que algunas mujeres tengan que viajar a otros Estados para acceder a exámenes o servicios de aborto. <sup>38</sup> En Vietnam el feticidio no se realiza antes de inducir el parto, lo que resulta en que algunos bebés nacen vivos. <sup>31</sup> Por otro lado, para algu-

nas mujeres el feticidio es la parte más traumática de la interrupción del embarazo. (29,34) También influve en el resultado si el costo del procedimiento está cubierto por los sistemas públicos de salud, ya que puede generar un acceso desigual a los servicios. En los Estados Unidos, muchas mujeres tienen dificultades para acceder a la cobertura financiera de sus proveedores de seguros.38 Sin embargo, es posible que muchas mujeres se sientan presionadas a interrumpir su embarazo debido al fuerte apovo social a los chequeos prenatales.<sup>34</sup> Más aún, esta presión encubierta usualmente se da en ambientes políticos y sociales donde generalmente se fomenta la inclusión de personas con discapacidades, lo que a algunas mujeres les resulta confuso.30

El ambiente donde las mujeres son atendidas y la relación entre médico y paciente también influyen en la experiencia de las mujeres. En Vietnam, la deferencia que le tienen las mujeres a los médicos les impide hacerles preguntas, y algunas de ellas manifiestan sentirse avergonzadas de hacerles pasar a los doctores una "experiencia desagradable". El implícito desequilibrio de poder influye también en el nivel de control que las mujeres sienten que pueden ejercer. En contraste, en otras culturas médicas se motiva a que las mujeres hagan preguntas y, en caso de ser posible, participen de sus cuidados. 33,35

Finalmente, el legado del pasado también contribuye a darle forma a la experiencia de las mujeres. La política vietnamita de "realzar la calidad de su población" con relación al incremento en los defectos de nacimiento causados por el Agente Naranja después de la guerra de Vietnam, puede ser un intento de borrar el pasado.<sup>31</sup> Del mismo modo, las políticas eugenésicas en Finlandia pueden seguir influyendo en la percepción del diagnóstico prenatal, y afectando la forma en que las mujeres viven las interrupciones de embarazo por anormalidad fetal y la atención que reciben, ya que los profesionales de la salud ahora enfatizan la autonomía de los padres.<sup>39</sup>

#### Discusión

La meta-etnografía indica que la interrupción del embarazo por anormalidad fetal afecta la condición de las mujeres en tanto individuos, pacientes y seres sociales. La experiencia de las mujeres puede ser entendida en un marco multidimensional (micro, meso, macro); cada dimensión corresponde a las interacciones de las mujeres con ellas mismas, con la comunidad médica y con su ambiente.

La microdimensión se centra en el mundo interno de las mujeres. La experiencia de las mujeres es, ante todo, una experiencia íntima. En todos los países, la experiencia de interrumpir el embarazo por anormalidad fetal es traumática, un hallazgo consecuente con la literatura cuantitativa. Es similar a una crisis existencial, una metáfora utilizada en el estudio vietnamita<sup>31</sup> y en la literatura sobre la toma de decisiones posterior a un diagnóstico de anormalidad fetal.<sup>3</sup> Sin embargo, es también una muestra de resiliencia, y para algunas, la oportunidad de crecer, un resultado afín a algunos estudios sobre el duelo.<sup>41</sup>

La meso-dimensión se refiere a la experiencia del cuidado de las mujeres durante y después del embarazo. Brindarle información a las mujeres les permite tomar decisiones informadas y lidiar con la interrupción del embarazo a largo plazo. El proveerles información también las puede empoderar, permitiendo a las mujeres volver a ganar el control de una situación que muchas sienten que no dominan. Este estudio, sin embargo, sugiere que si bien las mujeres generalmente reciben información sobre la anormalidad y en menor medida, el procedimiento, en general no se sienten preparadas para la carga emocional que conlleva. Los profesionales de salud deberían encontrar formas de apoyar a las mujeres después de la interrupción del embarazo, asegurándoles que su dolor es parte de una respuesta normal de duelo. Finalmente, muchas mujeres encuentran que la estructura y la duración de la atención, y las opciones del servicio, son deficientes o están fragmentadas. Es la falta de cuidados posteriores lo que se manifiesta particularmente en este estudio, un resultado que confirma investigaciones anteriores. 4,42

Finalmente, la macrodimensión se refiere a las leyes, las políticas y el contexto histórico, que determinan pero también son resultado de actitudes en la sociedad hacia la interrupción del embarazo por anormalidad fetal. En el entorno en que viven las mujeres, la terminación del embarazo por anormalidad fetal está bajo la influencia de varios factores: si la interrup-

ción está permitida, el momento y las condiciones médicas en las que se realiza, la calidad de las prácticas clínicas, las actitudes de los proveedores de servicios de salud, la expectativa social de que las mujeres sean madres, y las actitudes que existen con relación al aborto y discapacidad. Todos ellos en conjunto forman el paisaje en el cual las mujeres se enfrentan a la experiencia de la interrupción por anomalía fetal. En la medida que las sociedades emiten a las mujeres mensajes contradictorios promoviendo, por un lado, la aceptación de la discapacidad v, por otro, fomentando los controles prenatales, muchas mujeres se sienten incapaces de compartir sus historias y, por lo tanto, se sienten aisladas v estigmatizadas.

#### **Implicancias**

Reconocer la complejidad y variedad de las experiencias de las mujeres

La interrupción del embarazo por anormalidad fetal es un duelo único, inconsistente con el paradigma clínico y social del aborto cuando el embarazo no es deseado. La interrupción del embarazo por anormalidad fetal también difiere de otras pérdidas perinatales que no son resultado de la decisión de la mujer, o de otros tipos de duelo en que la pérdida no es sancionada socialmente. Como la interrupción del embarazo por anormalidad fetal es un fenómeno relativamente nuevo, las mujeres (y los profesionales de salud) no pueden nutrirse de conocimientos previos. Además, los desarrollos técnicos en los exámenes hacen que las mujeres deban enfrentarse constantemente con nuevas preguntas, para las cuales aún no hay respuestas normativas.43 Por lo tanto es esencial que los profesionales de salud y los encargados de formular las políticas conceptualicen y reconozcan la complejidad de este fenómeno y el rango de emociones que genera.

La necesidad de que las opciones de servicio estén estructuradas, coordinadas y se centren en las mujeres

Ya que muchas mujeres en los estudios citados mencionan que las opciones de servicios están fragmentadas y por momentos ausentes, es importante que los profesionales de la salud desarrollen, administren e implementen mejores estructuras y opciones de salud coordinadas. Las mujeres necesitan información sobre la interrupción del embarazo, las decisiones que deberán tomar antes y después de que suceda, y las repercusiones emocionales a corto v más largo plazo. Las mujeres deberían recibir apoyo durante todo el proceso, de ser necesario inclusive después de la interrupción del embarazo. La atención también deberá abordar las cuestiones psicológicas que son particularmente relevantes a la interrupción del embarazo por anormalidad fetal, tales como la culpa y el autoinculpamiento. 44 Estas opciones de servicio deben centrarse en las mujeres v reflejar sus preferencias en relación a su cuidado clínico (por ejemplo, el método de interrupción) v cómo lidiar con el bebé después de la interrupción del embarazo, así como la terminología que se utiliza para referirse a su situación. Como parte de las opciones de servicio coordinadas, los profesionales de la salud deberían considerar derivar tempranamente a las mujeres a grupos de apoyo, u otras organizaciones que puedan llenar algunos de los vacíos de atención que brindan, y/o servicios terapéuticos si estos están justificados.

#### Ley y cuestiones políticas

El estudio brasileño brinda un motivo claro para legalizar la interrupción del embarazo en caso de anormalidad fetal mortal, mientras el estudio israelí ilustra la importancia de eliminar los obstáculos para el acceso a un procedimiento que muchas mujeres ya encuentran de por sí difícil de considerar. Finalmente, la polarización del debate sobre la interrupción del embarazo por anormalidad fetal (y más generalmente sobre el aborto) en países donde prevalece con furor, genera estigmatización y daña a las mujeres. A pesar de que estas observaciones son específicas a los países donde se originan los estudios, las implicancias son relevantes a nivel global.

#### Limitaciones

Este estudio tiene varias limitaciones. Cubre solo artículos escritos en inglés, excluyendo investigaciones potencialmente esclarecedoras. Los Estados Unidos y el Reino Unido estaban sobrerepresentados y las mujeres de los

países de altos ingresos eran predominantemente blancas, de clase media y con una buena educación. Esta parcialidad ha sido observada en otros estudios. As Sin embargo, en los Estados Unidos, este perfil puede ser un reflejo exacto de la población en la cual generalmente se realiza esta práctica, ya que por ley, no se requiere que los Estados cubran el aborto "por elección". Como resultado, muchas mujeres dependen de proveedores privados de seguros de salud para costear la terminación. Finalmente, ninguno de los estudios fue longitudinal, por lo que no sabemos cómo les fue a las mujeres a través del tiempo.

#### Conclusión

Este estudio aglutina perspectivas importantes sobre un tema que ha sido en gran medida dominado por la investigación cuantitativa. Esperamos que nuestras recomendaciones permitan que las voces de las mujeres sean escuchadas en un debate que suele tener una fuerte carga política y que sus necesidades sean abordadas de forma más apropiada. Es importante notar que solo un número relativamente pequeño de estudios fueron identificados como relevantes al tema y con la suficiente calidad para ser incluidos en este estudio.

El estudio también indica que aún existe poca investigación en algunas áreas, por ejemplo, sobre la experiencia de atención de las muieres. v si la atención que recibieron satisface sus necesidades. También sería beneficioso examinar la comprensión que tienen los profesionales de la salud sobre la experiencia de las mujeres, ya que esto avudaría a identificar necesidades de información potenciales. Dada la importancia del contexto cultural, las investigaciones futuras deberían también examinar la medida en que las mujeres se sienten presionadas a vivir y expresar su dolor de manera acorde con la idea que se tiene en la sociedad sobre la maternidad. 43 Finalmente, dada la escasez de evidencia. son necesarias las investigaciones que aporten información sobre intervenciones que brinden apoyo a las mujeres después de la interrupción del embarazo.

#### Referencias

- Department of Health. Report on abortions statistics in England and Wales in 2013. June 2014. https://www.gov.uk/government/statistics/report-on-abortion-statistics-in-england-and-walesfor-2013.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG statement on later maternal age. June 2009. http://www.rcog.org.uk/what-we-do/campaigning-and-opinions/statement/rcog-statement-later-maternal-age.
- Sandelowski M, Barroso J. The travesty of choosing after positive prenatal diagnosis. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 2007;34(3): 307–18. doi:10.1177/0884217505276291.
- 4. Statham H, Solomou W, Green JM. When a baby has an abnormality: a study of parents' experiences. Cambridge: Centre for Family Research, University of Cambridge, 2001.
- Davies V, Gledhill J, McFadyen A, et al. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2005;25(4):389–92. doi:10.1002/uog.1854.
- Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, et al. Trauma and grief 2–7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies a pilot study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 2005;26(1): 9–14. doi:10.1080/01443610400022967.
- 7. Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, et al. A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. Prenatal Diagnosis 2007;27(8):709–16. doi:10.1002/pd.1763.
- 8. Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, et al. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2009;201(2):160. e1–7. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937809003937. doi:10.1016/j.ajog.2009.04.007.
- Kersting A, Kroker K, Steinhard J, et al. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth a

- 14-month follow up study. Archives of Women's Mental Health 2009;12(4): 193–201. doi: 10.1007/s00737-009-0063-8.
- Zeanah CH, Dailey JV, Rosenblatt MJ, et al. Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation Obstetrics & Gynecology 1993;82(2):270–75.
- 11. Salvesen KA, Oyen L, Schmidt N, Malt UF, et al. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 1997;9(2):80–85. doi: 10.1046/j.1469-0705.1997.09020080.x.
- Keefe-Cooperman K. A comparison of grief as related to miscarriage and termination for fetal abnormality. OMEGA – Journal of Death and Dying 2004–2005;50: 281–300. doi:10.2190/QFDW-LGEY-CYLM-N4LW.
- 13. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, et al. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. Contraception 2008;78(6):436–50. doi: 10.1016/j.contraception.2008.07.005.
- Major B, Appelbaum M, Beckman L, et al. Abortion and mental health: evaluating the evidence. American Psychologist 2009;64(9):863–90. doi:10.1037/a0017497.
- 15. National Collaborating Centre for Mental Health. Induced abortion and mental health: a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion including their prevalence and associated factors. December 2011. http://www.nccmh.org.uk/ reports/ ABORTION\_REPORT\_WEB%20FINAL.pdf.
- Amendment of law relating to late abortion. United Kingdom Parliament Publications. December 2007, Column 301. http://www.publications.parliament. uk/pa/ld200708/ldhansrd/text/71212-0012.htm.
- Strickland S. Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. Journal of Medical Ethics 2011;38(1):22–25. doi:10.1136/ ime.2011.042770.
- 18. Steinberg JR. Later abortions and mental health: psychological experiences of women having later abortions a critical review of research. Women's Health Issues 2011;21(3 Suppl.):S44–48. doi:10.1016/j.whi.2011.02.002.
- 19. Wool C. Systematic review of the literature: parental outcomes after diagnosis of fetal anomaly.

- Advances in Neonatal Care 2011;11(3):182–92. doi:10.1097/ ANC.0b013e31821bd92d.
- Noblit GW, Hare RD. Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies. Newbury Park (CA): Sage, 1988.
- 21. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklists. Oxford, 2014. http://www.casp-uk.net/#!-casp-tools- checklists/c18f8.
- 22. Campbell R, Pound P, Pope C, et al. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. Social Science & Medicine 2003;56(4):671–84. doi:10.1016/S0277-9536(02)00064-3.
- 23. Malpass A, Shaw A, Sharp D, et al. Medication career or moral career? The two sides of managing antidepressants: a meta-ethnography of patient's experience of antidepressants. Social Science & Medicine 2009;68(1): 154–68. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.068.
- 24. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, et al. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. PLoS Medicine 2007;4(7):e238. http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10. 1371%2Fjournal.pmed.0040238. doi:10.1371/journal.pmed.0040238.
- 25. Britten N, Campbell R, Pope C, et al. Using meta- ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. Journal of Health Services Research & Policy 2002;7(4):209–15. doi:10.1258/135581902320432732.
- Atkins S, Lewin S, Smith H, et al. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. BMC Medical Research Methodology 2008;8:21. doi:10.1186/1471-2288-8-21.
- 27. Bryar SH. One day you're pregnant and one day you're not: pregnancy interruption for fetal anomalies. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 1997;26(5): 559–66. doi:10.1111/j.1552-6909.1997.tb02159.x.
- 28. Rillstone P, Hutchinson SA. Managing the reemergence of anguish: pregnancy after a loss due to anomalies. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2001;30(3):291–98. doi:10.1111/j.1552-6909. 2001.tb01547.x.
- 29. Ferreira da Costa L de L, Hardy E, Duarte Osis MJ, et al. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. Reproductive Health Matters 2005;13(26):139–46. doi:10.1016/S0968-8080(05)26198-0.

- 30. McCoyd JL. Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology 2007;28(1): 37–48. doi:10.1080/01674820601096153.
- 31. Gammeltoft T, Tran MH, Nguyen TH, et al. Late-term abortion for fetal anomaly: Vietnamese women's experiences. Reproductive Health Matters 2008;16(31 Suppl):46–56. doi:10.1016/S0968-8080(08)31373-1.
- 32. Graham RH, Mason K, Rankin J, et al. The role of feticide in the context of late termination of pregnancy: a qualitative study of health professionals' and parents' views. Prenatal Diagnosis 2009;29(9):875–81. doi:10.1002/pd.2297.
- 33. Hunt K, France E, Ziebland S, et al. 'My brain couldn't move from planning a birth to planning a funeral': a qualitative study of parents' experiences of decisions after ending a pregnancy for fetal abnormality. International Journal of Nursing Studies 2009;46: 1111–21. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.004.
- 34. Leichtentritt RD. Silenced voices: Israeli mothers' experience of feticide. Social Science & Medicine 2011;72(5):747–54. doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.021.
- 35. Kerns J, Vanjani R, Freedman L, et al. Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2012;116(3):244–48. doi:10.1016/j.ijgo. 2011.10.016.
- 36. Asplin N, Wessel H, Marions L, et al. Pregnant women's experiences, needs, and preferences regarding information about malformations detected by ultrasound scan. Sexual & Reproductive Healthcare 2012;3(2):73–78. doi:10.1016/j.srhc.2011.12.002.
- 37. France EF, Hunt K, Ziebland S, et al. What parents say about disclosing the end of their pregnancy due to fetal abnormality. Midwifery 2013;29(1):24–32. doi:10.1016/j.midw.2011.10.006.
- 38. Gawron LM, Cameron KA, Phisuthikul A, et al. A qualitative exploration of women's reasons for termination timing in the setting of fetal abnormalities. Contraception 2013;88(1):109–15. doi:10.1016/j. contraception.2012.05.062.
- 39. Koponen K, Laaksonen K, Vehkakoski T. Parental and professional agency in terminations for fetal anomalies: analysis of Finnish women's accounts. Scandinavian Journal of Disability Research 2013;15(1):33–44. doi:10.1080/15017419.2012.660704.

- Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. Qualitative Health Research 2013;23(7):924–36. doi:10.1177/1049732313484198.
- 41. Engelkemeyer SM, Marwit SJ. Post-traumatic growth in bereaved parents. Journal of Traumatic Stress 2008;21(3):344–46. doi:10.1002/jts.20338.
- 42. White-Van Mourik MC, Connor JM, Ferguson-Smith MA. Patient care before and after termination of pregnancy for neural tube defects. Prenatal Diagnosis 1990;10(8): 497–505. doi:10.1002/pd.1970100804.
- 43. McCoyd JL. Discrepant feeling rules and unscripted emotion work: women coping with termination for fetal anomaly. American Journal of Orthopsychiatry 2009;79(4):441–51. doi:10.1037/a0010483.
- 44. Nazaré B, Fonseca A, Canavarro MC. Trauma following termination of pregnancy for fetal abnormality: is this the path from guilt to grief? Journal of Loss and Trauma 2014;19(3):244–61. doi:10.1080/15325024. 2012.743335.
- 45. McCoyd JL. Women in no man's land: the abortion debate in the USA and women terminating desired pregnancies due to fetal anomaly. British Journal of Social Work 2010;40(1):133–53. doi:10.1093/bjsw/bcn080.



# Seguridad, eficacia y aceptabilidad de los servicios ambulatorios de aborto médico con mifepristona-misoprostol en el Distrito Federal, México

Bela Patricio Sanhueza Smith,<sup>a</sup> Melanie Peña,<sup>b</sup> Ilana G Dzuba,<sup>c</sup> María Laura García Martinez,<sup>d</sup> Ana Gabriela Aranguré Peraza,<sup>e</sup> Manuel Bousiéguez,<sup>f</sup> Tara Shochet,<sup>g</sup> Beverly Winikoff<sup>h</sup>

- a Coordinador de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud del Distrito Federal de México, Distrito Federal, México
- b Directora, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY, EE, UU.
- c Asociada Senior de Programas, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY, EE. UU. Correspondencia: idzuba@gynuity.org
- d Directora del Programa de Interrupción Legal del Embarazo, Hospital Materno Infantil Inguarán, Distrito Federal,
- e Directora de la Clínica de Salud Reproductiva, Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, Distrito Federal, México
- f Consultor Independiente, Distrito Federal, México
- g Asociada de Programas, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY, EE. UU.
- h Presidenta, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY, EE. UU.

Resumen: Existe extensa evidencia respecto a la eficacia y aceptabilidad del aborto con medicamentos hasta los 63 días desde la fecha de la última menstruación (FUM). Para esta etapa de la edad gestacional, el aborto con medicamentos inducido con mifepristona-misoprostol es el enfoque de primera línea de los servicios de aborto en las unidades de salud ambulatorias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de México (SSDF). Recientes investigaciones demuestran continuas altas tasas de aborto completo hasta concluidos los 70 días desde la FUM. Con el fin de ampliar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal (donde el aborto es legal hasta las 12 semanas desde la FŪM), este estudio buscó evaluar la eficacia y aceptabilidad del enfoque ambulatorio estándar hasta los 70 días, en dos puntos de entrega de servicios de la SSDF. Se inscribió a mil y una mujeres que buscaban interrumpir su embarazo a las que se les administró una dosis de 200 mg de mifepristona seguida de 800 µg de misoprostol, 24 a 48 horas después. Se les pidió que regresaran a la clínica una semana después para la evaluación. La gran mayoría de las mujeres (93.3%; 95% IC: 91.6-94.8) tuvo un aborto completo. Las mujeres con embarazos ≤8 semanas desde la FUM tuvieron tasas de eficacia significantemente más altas que las muieres en la novena o décima semanas (94.9% vs 90.5%; p = 0.01). La diferencia en las tasas de eficacia entre la novena y décima semanas no fue significativa (90.0% vs. 91.2%; p. = 0.71). La mayoría de las mujeres encontraron que los efectos secundarios (82.9%) y el uso de misoprostol (84.4%) eran muy aceptables o aceptables. Este estudio ofrece evidencia adicional que respalda un régimen de aborto con medicamentos extendido hasta concluidas las 10 semanas desde la FUM para usuarias ambulatorias. © 2015 Reproductive Health Matters

Palabras clave: aborto con medicamentos, mifepristona, misoprostol, México

El aborto médico usando mifepristona y misoprostol es un método seguro y eficaz que ha sido utilizado mundialmente por millones de mujeres para interrumpir el embarazo en los últimos 25 años. Extensa evidencia sobre su eficacia y aceptabilidad respalda el aborto con medicamentos hasta

concluidos los 63 días desde la fecha de la última menstruación (FUM).<sup>1-6</sup> En esta etapa del embarazo, uno de los regímenes recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una dosis de 200 mg de mifepristona seguida de 800 µg de misoprostol por vía oral.<sup>7</sup> Este protocolo es

utilizado de manera rutinaria para la interrupción legal del embarazo en unidades ambulatorias de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), <sup>6,8</sup> donde aproximadamente el 71% de las mujeres que obtienen servicios tiene un aborto con medicamentos.<sup>9</sup>

En México, el aborto es legal en el primer trimestre del embarazo, y el primer producto de mifepristona fue registrado ahí en el año 2011. Alrededor de ese mismo tiempo, un estudio sobre el aborto con medicamentos hasta concluidos los 63 días desde la FUM fue realizado entre 1001 mujeres que buscaron servicios en varias unidades ambulatorias de la SSDF, lo cual confirma las altas tasas de eficacia y aceptabilidad del régimen de mifepristona-misoprostol.<sup>6</sup> Los hallazgos del estudio facilitaron a la SSDF establecer servicios de aborto médico con mifepristona y misoprostol como un enfogue de primera línea para los servicios de aborto. Debido a la gran demanda de servicios de aborto con medicamentos y a las ventaias de prestación de servicios que este método ofrece en comparación con la aspiración (tales como reducción de costos y tiempo en la unidad de salud), la Secretaría procura ofrecer estos al mayor número posible de mujeres que busca interrumpir su embarazo en el primer trimestre. Un estudio previo sobre las características de las mujeres que habían buscado abortos legales en las unidades de salud de la SSDF, encontró que son diversas en edad, estado civil y paridad, y que un alto porcentaje de ellas son católicas.10

Otro estudio realizado en los Estados Unidos el año 2012, en el cual se utilizó un régimen de 200 mg de mifepristona + 800 µg de misoprostol por vía oral, demostró que el mismo régimen puede utilizarse en mujeres, entre los 64 y 70 días y entre los 57 y 63 días desde la FUM, con eficacia comparable (92.8% y 93.5% respectivamente) y satisfacción (88.3% vs. 87.4% satisfechas o muy satisfechas). 11 Además, las quías de la Federación Nacional de Aborto de EEUU incluyen actualmente servicios ambulatorios de aborto con medicamentos mifepristona-misoprostol hasta los 70 días desde la FUM.<sup>12</sup> Como un próximo paso en el proceso de extender el protocolo clínico para la interrupción legal del embarazo en las unidades de salud de la SSDF, este estudio buscó evaluar la eficacia y aceptabilidad del aborto con medicamentos hasta los 70 días (la décima semana) desde la FUM, proporcionado como parte de los servicios clínicos rutinarios.

#### Metodología

Este estudio clínico fue abierto (es decir, tanto los profesionales de la salud como las participantes conocían el tratamiento que se estaba administrando). Mujeres que buscaron servicios de aborto fueron inscritas en los dos lugares de estudio: el Hospital Materno Infantil Inquarán y en la clínica de salud reproductiva del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, donde se brinda atención primaria. Las muieres fueron invitadas a participar en el estudio si eran elegibles para tener un aborto con medicamentos y si tenían un embarazo de hasta 70 días medidos a partir de la FUM. Las muieres interesadas en participar tenían que estar de acuerdo con someterse a una intervención quirúrgica (aspiración por vacío) si era necesario, estar dispuestas a proporcionar datos de contacto para fines de seguimiento, tener acceso fácil a un teléfono y a transporte de emergencia, y cumplir con el protocolo del estudio. Todas las participantes dieron su consentimiento informado por escrito. La aprobación ética fue otorgada por la Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Todas las participantes recibieron el mismo régimen de 200 mg de mifepristona (Zacafemyl, Red de Inteligencia Farmacéutica), para tomarse en la clínica, seguido de 800 µg de misoprostol (4 x 200 µg, ya sea de Cytotec [Pfizer] o Cyrux [Llama Serral]) para tomarse en la casa 24 a 48 horas después. A estas mujeres se les indicó que mantuvieran el misoprostol en la boca (dos tabletas dentro de cada cachete) durante 30 minutos antes de tragar toda porción restante. Se recetaron analgésicos según el nivel de atención en cada unidad de salud, y se informó a las participantes que debían llamar a la clínica si tenían preguntas o inquietudes. Cada clínica participante recibió un teléfono móvil para facilitar la comunicación con las participantes del estudio.

Se solicitó a las participantes que regresaran a la clínica siete días después de tomarse la mifepristona para evaluar su situación de aborto. A las mujeres que presentaron continuación del embarazo se les recomendó aspiración por vacío. A las mujeres con un embarazo no viable, que incluye saco gestacional persistente, restos ovulares retenidos o sangrado, se les dio la opción de elegir entre una dosis adicional de 800 µg de misoprostol por vía oral, manejo expectante, o aspiración por vacío. A las mujeres que eligieron cualquiera de las primeras dos opciones se les pidió que regresaran una

semana después para otra consulta de seguimiento. En ese momento, a las mujeres con un embarazo no viable persistente o considerables restos se les ofreció aspiración por vacío. Antes de concluido el estudio, un miembro del equipo del estudio en la unidad de salud preguntó a todas las participantes una serie de preguntas sobre sus experiencias con el aborto con medicamentos.

El resultado principal del estudio fue la eficacia del método, definida como aborto completo sin aspiración por vacío en ningún momento. Otros resultados fueron nivel de sangrado, nivel de dolor v otros efectos secundarios, tasa de abortos que necesitaron más tratamiento, y aceptabilidad. A raíz de las tasas de eficacia en estudios realizados por Winikoff en el año 2008 (≤63 días desde la FUM: 96.2%)<sup>2</sup> v en el 2012 (57 a 63 días desde la FUM: 93.5%: 64 a 70 días desde la FUM: 92.8%).11 un universo de 456 mujeres fue considerado suficiente para mostrar eficacia general de 95% +/- 2%. El universo fue incrementado a 1000 para tomar en cuenta las altas tasas de pérdidas esperadas durante el seguimiento y la homogeneidad entre unidades de salud. Los datos fueron analizados utilizando la versión 19 de SPSS (IBM, Armonk, NY, EE. UU.) y la versión 11 de STATA (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.).

#### Hallazgos

Entre enero y marzo de 2012, se inscribieron en el estudio 1001 mujeres. De ellas, 41 fueron perdidas

Tabla 1. Características de las (N=1001)	participantes
Edad en años: mediana (gama)	24 (13–45)
Gravidez: mediana (gama)	2 (1–8)
Informaron aborto anterior: n (%)	181 (18.1%)
Informaron aborto con medicamentos anterior: n (%)	124/181 (68.5%)
Gestación desde la FUM, en días: mediana (gama)	52 (25–73)
Días desde la fecha de la última mensti	ruación (FUM): n (%)
≤56 dias	654 (65.3%)
57–63 dias	196 (19.6%)
64–70 dias <sup>a</sup>	151 (15.1%)
a Una mujer tenía un embarazo de 73 desde la FUM.	días de gestación

durante el seguimiento y no fue posible recolectar datos del seguimiento; por lo tanto, fueron incluidas solo en el análisis de las características de las participantes y excluidas de otros análisis. Una mujer con un embarazo de 73 días de gestación desde la FUM fue inscrita erróneamente en el estudio; sus datos fueron incluidos en los análisis. Las características de las participantes se presentan en la Tabla 1. Aproximadamente dos terceras partes (65.3%) de las mujeres en el estudio tenían un embarazo de ≤56 días de gestación desde la FUM; una quinta parte (19.6%), de 57 a 63 días desde la

Tabla 2. Resultados del aborto con medicamentos: n (%) (N=960)					
	≤56 dias (n=622)	57–63 dias (n=190)	64-70 dias <sup>a</sup> (n=148)	Todas las mujeres (n=960) <sup>b</sup>	
Aborto completo	590 (94.9)	171 (90.0)	135 (91.2)	896 (93.3)	
Intervención quirúrgica Continuación del embarazo Problema de sangrado Saco persistente Incompleto al concluir el estudio Indicado clínicamente <sup>c</sup>	32 (5.1) 4 (0.6) 7 (1.1) 11 (1.8) 10 (1.6) 0 (0.0)	19 (10.0) 6 (3.2) 8 (4.2) 3 (1.6) 2 (1.1) 0 (0.0)	13 (8.8) 5 (3.4) 2 (1.4) 0 (0.0) 3 (2.0) 2 (1.4)	64 (6.7) 15 (1.6) 17 (1.8) 14 (1.5) 15 (1.6) 2 (0.2)	
Razón psicológica/emocional  Regresaron para la segunda cita de seguimiento programada	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.1) 48 (5.0)	

a Una mujer tenía un embarazo de 73 días de gestación desde la FUM.

b Excluye a 41 mujeres perdidas durante el seguimiento.

c Otra razón médica para la intervención, por ejemplo: sospecha de infección.

FUM; y el 15.1%, de 64 a 70 días desde la FUM.

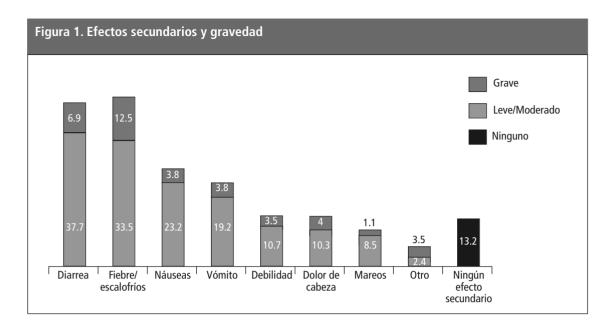
Todas salvo una participante del estudio informaron tomar mifepristona y misoprostol según las instrucciones; una mujer dijo que tomó el misoprostol cinco días después de la mifepristona. La gran mayoría de las mujeres (93.3%; IC 95%: 91.6 a 94.8) tuvo un aborto completo con medicamentos sin aspiración por vacío (Tabla 2). Las razones por las cuales fue necesario realizar 64 procedimientos de aspiración por vacío fueron: continuación del embarazo (n=15), problema de sangrado (n=17), saco persistente (n=14), aborto incompleto al concluir el estudio (n=15), intervención indicada clínicamente (n=2) y razones psicológicas/ emocionales (n=1). La tasa de aborto completo varió por unidad de salud donde se realizó el estudio: 98.5% vs. 92.0%.

Entre las mujeres con un embarazo de  $\leq 8$  semanas de gestación desde la FUM ( $\leq 56$  días), las tasas de aborto completo fueron significativamente más altas que entre las mujeres en la novena semana (94.9% vs. 90%, p = 0.02), pero no hubo significancia estadística al comparar a las mujeres con  $\leq 8$  semanas desde la FUM con aquéllas en la décima semana (94.9% vs. 91.2%, p = 0.12). No hubo una diferencia significante en las tasas de

aborto completo entre la novena y décima semanas (90.0% vs. 91.2%, p = 0.85). Veintidós mujeres (2.1%) acudieron a otra unidad médica (que no era parte del estudio) para recibir servicios relacionados con el aborto durante el estudio, después de haber recibido los dos medicamentos. Estas mujeres eran más propensas a someterse a una intervención guirúrgica que las mujeres que recibieron tratamiento únicamente en las clínicas del estudio (70.0% vs. 5.3%; p < 0.001). Setenta participantes (7.0%) llamaron a la clínica con preguntas o inquietudes sobre el proceso de aborto; las mujeres con un embarazo de 10 semanas de gestación desde la FUM no eran más propensas a llamar que las mujeres con 9 semanas de gestación desde la FUM (8.6% vs. 11.2%; p = 0.48; datos no mostrados).

Los efectos secundarios más comunes experimentados durante el proceso de aborto fueron: fiebre/escalofríos (46.0%), diarrea (44.6%), náuseas (27.0%) y vómito (23.0%) (Tabla 3). La gravedad de los efectos secundarios se presenta en la Figura 1. Un poco más de la mitad de las mujeres (56.2%) informaron que el dolor que sintieron fue menor que lo esperado o como esperado, y tres cuartas partes (74.6%) encontraron que el sangrado fue

	≤56 dias (n=622)	57–63 dias (n=190)	64-70 dias <sup>a</sup> (n=148)	Todas las mujeres (n=960)
Efecto secundario				
Fiebre/escalofríos	270 (43.4)	91 (47.9)	81 (54.7)	442 (46.0)
Diarrea	277 (44.5)	73 (38.4)	78 (52.7)	428 (44.6)
Náuseas	166 (26.7)	54 (28.4)	39(26.4)	259 (27.0)
Vómito	131 (21.1)	51 (26.8)	39(26.4)	221 (23.0)
Dolor de cabeza	84 (13.5)	26 (13.7)	27 (18.2)	137 (14.3)
Debilidad	81 (13.0)	25 (13.2)	31 (20.9)	137 (14.3)
Mareos	62 (10.0)	20 (10.5)	11 (7.4)	93 (9.7)
Nivel medio de dolor (escala del 1 al 7)	5.26	5.55	5.59	5.37
Dolor durante el tratamiento	(n=603)	(n=182)	(n=144)	(n =929)
Menor que lo esperado	167 (27.7)	40 (22.2)	27 (18.8)	234 (25.2)
Como esperado	182 (30.2)	55 (30.2)	51 (35.4)	288 (31.0)
Mayor que lo esperado	254 (42.1)	87 (47.8)	66 (45.8)	407 (43.8)
Sangrado durante el tratamiento	(n=609)	(n=183)	(n=144)	(n=936)
Menor que lo esperado	195 (32.0)	45 (24.6)	32 (22.2)	272 (29.1)
Como esperado	275 (45.2)	84 (45.9)	67 (46.5)	426 (45.5)
Mayor que lo esperado	139 (22.8)	54 (29.5)	45 (31.3)	238 (25.4)



menor que lo esperado o como esperado. Aproximadamente el mismo porcentaje de las mujeres en la décima semana y en la novena semana informaron tener más dolor que lo esperado (45.8% vs. 47.8%; p=0.74). El nivel medio de dolor informado (en una escala del 1 al 7) entre las mujeres en la novena semana y aquéllas en la décima semana (5.59 vs. 5.55, p=0.79) no difirió pero fue significantemente mayor cuando las mujeres con 9 y 10 semanas de gestación desde la FUM fueron comparadas con aquéllas  $\leq$  56 días desde la FUM (5.57 vs. 5.26; p=0.003; datos no mostrados).

Tres cuartas partes (76.6%) de las mujeres encontraron que el proceso de aborto con medicamentos no es nada difícil, o solo un poco difícil, mientras que el 9.5% pensó que era muy difícil (Tabla 4). La mayoría de las mujeres (86.9%) encontraron los efectos secundarios muy aceptables o aceptables; solo el 2.4% pensó que eran inaceptables o muy inaceptables. A la mayoría de las participantes (84.4%) les pareció que la vía de administración del misoprostol fue muy aceptable o aceptable; solo al 1.2% le pareció inaceptable o muy inaceptable. Si otro aborto fuese necesario en el futuro, el 77.8% de las mujeres volverían a elegir el aborto con medicamentos; solo el 2.9% eligiría la aspiración por vacío y el 19.3% no indicó ninguna preferencia. Los mejores aspectos del aborto con medicamentos, según las participantes, fueron facilidad o conveniencia (26.0%), eficacia (24.4%), calidad de la atención recibida (11.7%) y privacidad (8.5%). Para el 16.3%, no hubo ningún mejor aspecto. Cólicos/dolor fueron la peor característica reportada con la mayor frecuencia (28.8%). Más de la mitad (52.7%) de las mujeres dijeron que no había un peor aspecto (datos no mostrados).

#### Discusión

Este estudio demostró que los protocolos para los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos pueden extenderse hasta concluidos los 70 días desde la FUM, con tasas de eficacia y aceptabilidad dentro de la gama observada en otros estudios con protocolos similares. 11,13,14 En general la tasa de continuación del embarazo de 1.6% en este estudio que incluyó a mujeres hasta concluidos los 70 días de gestación desde la FUM fue un poco más alta que la tasa de 0.5% típicamente observada en estudios entre mujeres con un embarazo de ≤ 63 días de gestación.<sup>2,6</sup> Sin embargo, una tasa más alta de continuación del embarazo en la novena semana (3.2%) y en la décima semana (3.4%) era de esperarse y concuerda con el estudio de Winikoff y colegas realizado en el año 2012, el cual informó tasas de continuación del embarazo de 3.1% y 3.0%, respec- tivamente.<sup>11</sup> En comparación con mujeres en etapas más tempranas del embarazo, la probabilidad de continuación del embarazo después del uso del régimen de aborto con medicamentos en mujeres en la novena y décima semanas aumenta de menos de 1 mujer por cada 100 a menos de 4 mujeres por cada 100. Aunque la tasa un poco más alta de continuación del embarazo podría disuadir a algunas mujeres de seleccionar este método de aborto, otras mujeres no consideran la disminución de eficacia como un factor limitante. El servicio ambulatorio de aborto con medicamentos utilizando este régimen para mujeres con embarazo de 9 semanas de gestación desde la FUM es recomendado por la Organización Mundial de la Salud<sup>7</sup> y utilizado comúnmente. El hecho de que no existe una diferencia incremental en la tasa de continuación del embarazo cuando es utilizado por mujeres con embarazo de 10 semanas de gestación desde la FUM respalda la ampliación de los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos para incluir una semana más de embarazo. Cada mujer debería poder tomar una decisión informada para seleccionar el método que ella considere más indicado para ella.

En general, la tasa de eficacia en este estudio es menor que en estudios anteriores realizados en el Distrito Federal de México, pero al parecer esto no

se debe a la inclusión de mujeres con embarazos de 64 a 70 días de gestación desde la FUM, dado que la eficacia disminuvó drásticamente en la novena semana. Esto posiblemente se deba al azar, o en parte al manejo por parte del prestador de servicios, en particular profesionales de la salud en otras unidades que no participaron en el estudio. Los prestadores de servicios clínicos que no ofrecen servicios de aborto con medicamentos típicamente siquen el manejo estándar del aborto incompleto sin complicaciones; en México, dichas mujeres a menudo son hospitalizadas y tratadas con dilatación y curetaje, aun cuando no está indicado clínicamente. Entre profesionales de la salud que participaron en el estudio, no podemos descartar la posibilidad de tendencias de comportamiento, ya que los prestadores de servicios no desconocían la edad gestacional. La hetorogeneidad entre profesionales de la salud, es decir, las diferencias en las maneras en que cada prestador/a de servicios clínicos maneja un caso, posiblemente contribuyeron a las diferencias en tasas de eficacia entre las unidades de salud.

Las mujeres con embarazos en la novena y décima semanas informaron una calificación media de dolor significantemente más alta que

	≤56 dias (n=622)	57–63 dias (n=190)	64-70 dias <sup>a</sup> (n=148)	Todas las mujeres (n=960)
Experiencia con el aborto con medicamentos	(n=616)	(n=189)	(n=147)	(n=952)
Para nada/un poco difícil	479 (77.8)	140 (74.1)	110 (74.8)	729 (76.6)
Moderadamente difícil	86 (14.0)	24 (12.7)	23 (15.6)	133 (14.0)
Muy difícil	51 (8.3)	25 (13.2)	14 (9.5)	90 (9.5)
Aceptabilidad de los efectos secundarios	(n=594)	(n=181)	(n=141)	(n=916)
Muy aceptables/aceptables	521 (87.7)	152 (84.0)	123 (87.2)	796 (86.9)
Neutral	56 (9.4)	28 (15.5)	14 (9.9)	98 (10.7)
Inaceptables/muy inaceptables	17 (2.9)	1 (0.6)	4 (2.8)	22 (2.4)
Aceptabilidad de la administración del misoprostol	(n=592)	(n=180)	(n=144)	(n=916)
Muy aceptables/aceptables	523 (88.3)	160 (88.9)	127 (88.2)	810 (88.4)
Neutral	60 (10.1)	19 (10.6)	16 (11.1)	95 (10.4)
Inaceptables/muy inaceptables	9 (1.5)	1 (0.6)	1 (0.7)	11 (1.2)
Método preferido para un futuro aborto si es necesario	(n=622)	(n=190)	(n=148)	(n=960)
Aspiración por vacío	17 (2.7)	7 (3.7)	4 (2.7)	28 (2.9)
Aborto con medicamentos	491 (78.9)	143 (75.3)	113 (76.4)	747 (77.8)
Ninguna preferencia	114 (18.3)	40 (21.1)	31 (20.9)	185 (19.3)

otras participantes del estudio. Sin embargo, las calificaciones son tan similares que quizás no tengan significancia clínica, es decir, posiblemente no requieran diferentes estrategias en el manejo del dolor. Aun más importante, la calificación media de dolor de las mujeres en la décima semana fue casi idéntica a la de las mujeres en la novena semana, lo cual respalda aun más ofrecer de manera rutinaria servicios ambulatorios de aborto con medicamentos a las mujeres con embarazos de 64 a 70 días de gestación.

Este estudio proporciona evidencia adicional al material publicado que respalda extender los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos hasta los 70 días (décima semana) del embarazo. De hecho, basándose en los resultados de este estudio y en la experiencia obtenida por haber participado en este estudio, la SSDF ha ampliado los servicios ambulatorios hasta los 70 días como parte de los servicios rutinarios. Ofrecer servicios ambulatorios de aborto con medicamentos como una opción de tratamiento para esta población ampliaría aun más el acceso de las mujeres, y si la participación en este estudio es un indicio, las mujeres con embarazo de 64 a 70 días de gestación desde la FUM podrían representar hasta el 15% de las usuarias del método de aborto con medicamentos. A su vez, esto economizaría tiempo y recursos utilizados por profesionales del sistema de salud. Es posible que este régimen de aborto con medicamentos también pueda ser una opción para mujeres más allá de los 70 días desde la FUM, ya que es poco probable que la tasa de eficacia disminuya marcadamente a los 71 días después de la FUM. Aún es necesario realizar más investigaciones para explorar la eficacia más adelante en el primer trimestre. Además, a medida que el producto del embarazo se desarrolla y es más reconocible en el momento de la expulsión a las 11 v 12 semanas, sería importante evaluar simultáneamente la aceptabilidad de los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos para las mujeres, así como el nivel de comodidad de los profesionales de la salud para ofrecer estos servicios, con el fin de determinar la factibilidad de esta opción de prestación de servicios.

#### Agradecimientos

Los autores agradecen al personal del Centro de Salud Beatriz Velasco Alemán y del Hospital Materno Infantil Inguarán por su importante trabajo en este estudio, así como a las participantes que hicieron posible este análisis. Además, agradecemos a Jennifer Britton por su inestimable ayuda con la gestión y análisis de datos.

(Artículo traducido por Reproductive Health Matters, UK)

#### Referencias bibliográficas

- Blum J, Raghavan S, Dabash R, et al. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2012; 118:166-71. Doi: 10.1016/ j.ijgo.2012.03.039.
- Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology 2008; 112:1303–10. Doi: 10.1097/ AOG.0b013e31818d8eb4.
- Goldstone P, Michelson J, Williamson E. Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: a large Australian observational study. Medical Journal of Australia 2012; 197:282–86.
- 4. Raghavan S, Tsereteli T, Kamilov A, et al. Acceptability and feasibility of the use of 400 g of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: evidence

- from Uzbekistan. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2013; 18:104–11. Doi: 10.3109/13625187.2013.763225.
- von Hertzen H, Huong NT, Piaggio G, et al. WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. BJOG 2010; 117:1186–96. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02636.x.
- Peña M, Dzuba IG, Sanhueza Smith P, et al. Efficacy and acceptability of a mifepristone–misoprostol combined regimen for early induced abortion among women in Mexico City. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2014; 127:82–85. Doi: 10.1016/j.ijgo.2014.04.012.
- Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2a ed. Ginebra: OMS; 2012. http://www.who. int/reproductivehealth/publications/unsaf e\_abortion/9789241548434/es/

- Becker D, Díaz Olavarrieta C. Decriminalization of abortion in Mexico City: The effects on women's reproductive rights. American Journal of Public Health 2013; 103:590–93.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. Sistema de Información del Programa de Interrupción Legal del Embarazo. Datos provisionales, junio de 2014.
- Mondragón y Kalb M, Ahued Ortega A, Morales Velazquez J, et al. Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007–10.
   Studies in Family Planning 2011; 42:159–66.
- Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. Obstetrics & Gynecology 2012; 120:1070–76. Doi: http://10.1097/AOG.0b013e31826c315f.

- National Abortion Federation. 2014 Clinical Policy Guidelines. Washington, DC: NAF; 2014. http://prochoice.org/ education-and-advocacy/2014-clinicalpolicy-guidelines/.
- Bracken H, Dabash R, Tsertsvadze G, et al. A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days LMP: a prospective comparative open-label trial. Contraception 2014; 89:181–86. Doi: 10.1016/j.contraception.2013.10.018.
- 14. Boersma AA, Meyboom-de Jong B, Kleiverda G. Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curaçao. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2011; 16:61–66. Doi: 10.3109/13625187.2011.555568.



## Ampliando el acceso a los servicios de aborto con medicamentos: retos y oportunidades

Bela Ganatra, Philip Guest, Marge Bererc

- a Científica, UNDP/UNFPA/UNICEF/OMS/Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigaciónsobre Reproducción Humana del Banco Mundial, Ginebra, Suiza. Correspondencia: qanatrab@who.int
- b Consultor independiente, Bangkok, Tailandia
- c Redactora, Reproductive Health Matters, Londres, Reino Unido

El aborto con mifepristona y misoprostol (o solo misoprostol en lugares donde la mifepristona aún no ha sido aprobada ni está disponible) es un método seguro y eficaz para interrumpir embarazos tanto en las etapas iniciales como en las más avanzadas. Las tabletas de misoprostol también pueden utilizarse para manejar el aborto incompleto y el aborto espontáneo. Cuando se utiliza en el embarazo temprano, el aborto con medicamentos puede ser ofrecido en establecimientos de salud del primer nivel de atención y por profesionales de la salud no médicos.<sup>1</sup> La experiencia de más de tres décadas con estos medicamentos ha presentado evidencia incremental de que muchos componentes del aborto con medicamentos temprano también pueden realizarse de manera segura fuera de un establecimiento de salud, comenzando porque la mujer se tome la mifepristona en el centro de salud y use el misoprostol en su casa, y luego por permitir que se tome la mifepristona en su casa. Actualmente se están realizando diversos esfuerzos para ayudar a la mujer a verificar, desde su casa, que tuvo un aborto completo tal como muestran los artículos en este suplemento. A medida que se acumula la evidencia, se redefine nuestra comprensión e interpretación de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de aborto inseguro, para tener en cuenta el hecho de que "las personas, capacidades y normas médicas consideradas seguras en la prestación de servicios de aborto son diferentes para el aborto con medicamentos y el aborto quirúrgico".2

Sin embargo, traducir la evidencia mundial a la realidad local continúa siendo un reto. Varios de los artículos en este suplemento examinan estas barreras al estudiar los conocimientos y las perspectivas de profesionales de la salud y mujeres

- tanto en contextos donde la interrupción legal del embarazo es restringida a solo algunas indicaciones (por ejemplo, Argentina, Zimbabue) como en aquellos donde se permite el aborto por una gran variedad de causales (como Cambova. India, Nepal, Turquía). En todos estos diversos entornos, el aspecto en común es la falta de conocimientos exactos. Los hallazgos, tomados de manera colectiva, indican que los conocimientos científicamente exactos sobre el aborto con medicamentos, los regímenes adecuados y el manejo del proceso, no están extendidos ni siguiera en entornos donde el aborto con medicamentos es legal, ni siguiera entre profesionales de la salud que prestan servicios de aborto con medicamentos. Los currículos de las facultades de medicina, incluso para los y las estudiantes de ginecología y obstetricia, no siempre incluyen en la capacitación el tema del aborto con medicamentos. En los diferentes entornos, aún existen limitadas fuentes fidedignas de información para prestadores de servicios, especialmente para aquellos que trabajan fuera de hospitales urbanos importantes, por lo cual los conocimientos incluso sobre las directrices nacionales basadas en evidencia – no parecen filtrarse hacia abaio para llegar a un gran número de prestadores de servicios o para influir en su profesión. Por ello, persiste el uso de métodos obsoletos, como el legrado uterino instrumental (LUI), como fue señalado en Colombia por Rodríguez y colegas, y en Zimbabue por Maternowska v colegas.

Independientemente del contexto jurídico, las mujeres no tienen información adecuada sobre los parámetros de las leyes de su país, dónde y cómo obtener servicios de aborto seguro y legal, e incluso dónde obtener servicios de atención postaborto seguro si presentan complicaciones del aborto

inseguro. Las fuentes de información correcta y exacta son aún más limitadas para las mujeres rurales y con menor nivel de escolaridad. Las farmacias, trabajadores comunitarios informales, así como internet y líneas de atención telefónica, a menudo son las únicas fuentes de información en lugares donde las leyes son restrictivas. Como Ramos y colegas señalaron en Argentina, la información que las mujeres pueden obtener de esas fuentes no siempre es correcta o adecuada para proporcionar a las mujeres la consejería y el apoyo que desean recibir.

Un reto persistente es la resistencia o renuencia de actuales o futuros prestadores de servicios a brindar atención. Por ejemplo, en el estudio de Mihciokur, solo el 15% de los estudiantes de medicina informaron que prestarían servicios de aborto con medicamentos cuando empezaran a eiercer la medicina. Por otro lado, a veces existe gran resistencia de los médicos a ampliar las reservas de prestadores de servicios, para incluir a otros tipos de profesionales de la salud, como se vio en el estudio de Acharya y Kalyanwalla en India. Aunque esa resistencia se debe en parte a proteger el territorio profesional, también es producto de ideas erróneas y conocimientos incorrectos e inexactos sobre la seguridad del aborto con medicamentos.

No obstante, no todas las actitudes son negativas; los prestadores de servicios pueden estar bien informados pero preocupados sobre el suministro de información correcta y exacta, como encontraron Petitet y colegas en Camboya. Como demuestran numerosos artículos más en este suplemento, a pesar de los retos, es posible explorar enfoques innovadores para facilitar el acceso a la información y descentralizar los servicios de aborto con medicamentos y facilitar el acceso de las mujeres a estos.

En entornos donde el aborto quirúrgico ha sido el único método de aborto seguro utilizado, introducir el aborto con medicamentos como una opción incrementa el potencial de ampliar el acceso a los servicios seguros. El hecho de que esto es factible y aceptable fue mostrado por Louie y colegas en Armenia. Asimismo, Rob y colegas exploraron la factibilidad de introducir el aborto con medicamentos como parte del programa de Regulación Menstrual (RM) en Bangladesh, el cual existe desde hace mucho tiempo. En alianza con el gobierno, los servicios médicos de regulación menstrual fueron piloteados exitosamente en varias unidades de salud primarias en zonas rurales

y urbanas. La abrumadora mayoría de las mujeres tuvieron una RM exitosa sin necesidad de una intervención quirúrgica, y se encontró que esta opción es aceptable tanto para las mujeres como para los prestadores de servicios. Sanhueza y colegas demuestran que la prestación de servicios ambulatorios de aborto con medicamentos es posible incluso después de las primeras nueve semanas del embarazo. Su estudio, en el contexto del programa de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal de México, logró pilotear este enfoque hasta las primeras diez semanas (70 días) del embarazo.

Aunque en los estudios de Bangladesh y México. la mayoría de las mujeres regresaron a la clínica para una consulta de seguimiento con el fin de confirmar que tuvieron un aborto completo, esta consulta va no es considerada obligatoria. Aún se están estudiando numerosos métodos para avudar a las mujeres a determinar si tuvieron un aborto completo y si necesitan acudir a posteriores citas de seguimiento. Entre esos métodos figuran el uso de pruebas de embarazo en la orina de baja sensibilidad y el uso de una lista de verificación con preguntas de tamizaje. Constant y colegas van más allá hacia el ámbito de Salud Móvil (mHealth). En el contexto de Sudáfrica, donde el uso de teléfonos móviles es muy común y las mujeres generalmente tienen acceso privado a teléfonos móviles, demuestran que el uso de medios móviles interactivos para hacer preguntas de tamizaje es una posibilidad que amerita ser estudiada más a fondo.

El acceso puede ampliarse aún más si se permite que profesionales de la salud no médicos presten servicios de aborto con medicamentos.

En el estudio de Bangladesh mencionado anteriormente, la mayoría de los prestadores de servicios en los centros de salud del sector público eran trabajadores auxiliares. En Nepal, Puri y colegas demuestran que las enfermeras-obstetras auxiliares (ANM, por sus siglas en inglés) pueden prestar servicios de aborto con medicamentos de manera independiente y exitosa, incluso en niveles más bajos de atención y donde no se dispone de un médico. Otros trabajadores comunitarios pueden desempeñar papeles secundarios asegurándose de que las mujeres tengan acceso oportuno a un prestador de servicios capacitado correspondiente, o facilitando referencias, como se vio también en el estudio de Puri y colegas en Nepal.

Las farmacias continúan siendo un primer punto de contacto para muchas mujeres que buscan un método para la interrupción del embarazo en lugares donde el acceso a los servicios está limitado o no es económicamente asequible. Sin embargo, las mujeres a menudo reciben información incorrecta o inexacta en las farmacias, así como medicamentos inadecuados o ineficaces. Las intervenciones dirigidas a incrementar conocimientos o cambiar prácticas a menudo muestran éxito variable, como señalaron Tamang y colegas en Nepal y Fetters y colegas en Zambia. La práctica vigente es difícil de cambiar en un corto curso de capacitación; debido a la alta tasa de rotación de personal y formación heterogénea del personal de farmacias, se necesita capacitación repetida para sostener cambios positivos.

El aborto con medicamentos no solo es de beneficio para las mujeres, sino que también es rentable para los sistemas de salud. En un estudio de caso en Colombia, Rodríguez y colegas utilizaron el modelo de árbol de decisiones para mostrar que el sistema de salud podría reducir costos al incrementar los servicios de aborto con medicamentos y reemplazar el legrado uterino instrumental por el aborto con medicamentos. Sanhueza y colegas también argumentan que los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos extendidos a 70 días desde la FUM contribuirán a reducir costos en los servicios de salud pública.

Todos estos enfoques pueden ayudar a llevar los servicios más cerca de las mujeres pero, como advierten Subha Sri y Ravindran, no se puede suponer que el acceso a los medicamentos por sí solo vaya a corregir las desigualdades de género implícitas o la falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones relacionadas con su salud reproductiva y el hecho de que quedan embarazadas. Se debe prestar máxima atención a estos asuntos fundamentales y a los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro.

La mayoría de los estudios destacados en este suplemento son parte de una iniciativa de investigación sobre ciencias sociales e investigación operativa, con el fin de ampliar el acceso a los servicios de aborto con medicamentos, la cual fue apoyada porUNDP/UNFPA/UNICEF/OMS/Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación sobre Reproducción Humana (HRP) del Banco Mundial, desde el año 2009 hasta el 2014, por medio de una subvención de un donante anónimo. Estos estudios fueron seleccionados de manera competitiva entre propuestas de investigación cuya finalidad era abordar una brecha significativa en sus contextos y tenían el potencial de producir cambios en programas o políticas. Los hallazgos de los estudios en esta iniciativa de investigación también fueron reportados en numerosas otras publicaciones.

No se puede exagerar la necesidad de realizar investigación operativa o investigación de aplicación para mantener el ritmo de la evidencia clínica que está avanzando rápidamente con relación al aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo. Por ejemplo, los ensavos de investigación han mostrado la seguridad y eficacia de prestar servicios de aborto con medicamentos temprano en ámbitos ambulatorios de atención primaria con profesionales de la salud no médicos. pero aún falta mucho por entender sobre cómo asegurar ambientes facilitadores que permitan compartir esas tareas en los contextos de programas. Asimismo, aún es necesario estudiar más a fondo las áreas relacionadas con determinar la eficacia o aceptabilidad de los papeles secundarios de trabajadores comunitarios para proporcionar información y tamizaie, asegurar la búsqueda de atención temprana y brindar apoyo a las muieres durante el aborto con medicamentos. los cuidados de seguimiento y la anticoncepción postaborto. Las intervenciones con personal de farmacias pueden ser un reto, pero encontrar estrategias eficaces para meiorar conocimientos y capacidad de proporcionar información y referencias pueden ser elementos importantes para prevenir el aborto inseguro. Al igual que hemos reconocido que la consulta de seguimiento posiblemente no sea necesaria, también debemos crear herramientas sencillas para determinar un aborto completo, las cuales deben estar disponibles a las mujeres. Igual de importante es encontrar maneras factibles de asegurar vínculos eficaces con servicios de anticoncepción postaborto para las mujeres que desean recibirlos.

La consejería e información son fundamentales para que la mujer logre tener un aborto con medicamentos completo en las etapas iniciales del embarazo. Dado que es un proceso que ocurre en el cuerpo de la mujer, y no un procedimiento que alguien le practica a la mujer, la necesidad de recibir información correcta y exacta es clave tanto para la mujer como para el prestador de servicios. La telemedicina, salud móvil y el uso de medios no tradicionales son vías importantes que se deben explorar, al igual que enfoques innovadores de capacitación para profesionales de la salud, en sus currículos y como parte de la capacitación en

servicio. Además, se debe prestar atención a las estrategias dirigidas a la retención de prestadores de servicios capacitados, que estén dispuestos y tengan la capacidad para prestar servicios a las mujeres más marginadas o en zonas más rurales, así como a las mujeres jóvenes y solteras.

Es imperativo documentar rigurosamente tanto los esfuerzos exitosos como los que no tienen mucho éxito, dado que la escasez de datos demonitoreo y evaluación continua obstaculizando los esfuerzos por ampliar los servicios y transferir las lecciones de un contexto a otro.

Los hallazgos de las investigaciones son solo el primer paso para realizar cambios en programas y políticas. Es difícil atribuir impacto a los hallazgosde un solo estudio, ya que la mayoría de los cambios ocurren como resultado de múltiples factores. La difusión de los resultados del estudio debe ir seguida de una estrategia específica y acciones relacionadas con poner los conocimientos en práctica y abogar por cambios. La mayoría de los investigadores destacados en este suplemento han continuado trabajando en los hallazgos de su estudio y con otras personas en su país para llevar a cabo dichos cambios. El trabajo reportado por Louie y colegas es un buen ejemplo de cómo las investigaciones apoyaron la inclusión de los servicios de aborto con medicamentos en el primer trimestre en los servicios de salud reproductiva para las mujeres en Armenia y llevaron a la creación de un grupo de trabajo que elaboró guías nacionales sobre la prestación de servicios de aborto con medicamentos basada en los hallazgos del estudio.

En conclusión, ante un embarazo no deseado o no intencional, muchas mujeres continúan buscando formas de interrumpirlo, ya sea de manera segura o insegura. Aunque las inquietudes sobre el uso no regulado de estos medicamentos posiblemente sean válidas, la mejor manera de incrementar su seguridad y salvaguardarla contra el uso no regulado, es incrementar su disponibilidad por medio de una ampliación graduada que implique la racionalización de procedimientos y prestadores de servicios, y cubra las necesidades de las mujeres. La vasta evidencia sobre la sencillez, seguridad y eficacia del aborto con medicamentos indica que es idóneo para ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro y al tratamiento de las complicaciones postaborto.

(Artículo traducido por Reproductive Health Matters, UK)

#### Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2a ed. Ginebra: OMS. 2012.2.
- Ganatra B, Tuncalp O, Johnston HB, et al. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition ofunsafe abortion. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2014; 92(3):155. Doi: 10.2471/ BLT.14.136333.