

En general, la introducción de la anticoncepción de emergencia (AE) en América Latina y el Caribe está siendo un proceso largo y difícil, que encuentra enconada resistencia en los sectores más conservadores de la sociedad. Esto ha requerido el diseño de estrategias específicas en cada país y notable esfuerzo de los sectores interesados en poner este método anticonceptivo al servicio de la población. Esta ficha temática revisa la experiencia latinoamericana tomando ejemplos de los siguientes países: **Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Nicaragua.**

## **ESTUDIOS PREVIOS**

En Brasil, Chile y México se realizaron estudios antes de iniciar la introducción de la AE para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre AE en diversas audiencias y para reconocer obstáculos y factores facilitadores.<sup>1</sup> A partir de estos estudios se diseñaron estrategias de introducción de AE y campañas de difusión.

### **Obstáculos**

Entre los factores socio-culturales identificados, cabe destacar las actitudes conservadoras acerca de la sexualidad; la percepción que tienen ciertos sectores de la sociedad sobre la AE como un método abortivo; el poder político de la Iglesia Católica y de los sectores conservadores opuestos a la AE; el escaso reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos; la escasa educación sexual de los jóvenes y los adultos; y los conflictos de género que afectan las decisiones de las mujeres en cuanto al uso de anticonceptivos. A mayor influencia de la Iglesia Católica y de los grupos conservadores, había mayor temor de las autoridades y los políticos a un enfrentamiento con la jerarquía de la Iglesia Católica. El peso de estas barreras era diferente en los distintos países, siendo Brasil uno de los más liberales y Chile uno de los más conservadores.

También se detectaron obstáculos en el personal y los servicios de salud en todos los niveles. La mayoría de los estudios identificó gran desconocimiento del método y su mecanismo de acción entre proveedores y potenciales usuarias. Una excepción es el caso de Brasil, donde muchos gineco-obstetras sabían de la existencia de la AE, aunque no tenían conocimientos específicos. Además, en Brasil, Chile y México se detectó que algunos proveedores tenían el abuso o mal uso de la AE y los castigos administrativos si entregaban AE sin autorización; tenían barreras culturales o religiosas, incluyendo poca sensibilidad a las necesidades de las clientas y sus derechos reproductivos y sexuales; como también resistencia a entregar anticonceptivos a adolescentes (temor al mal uso, a quejas de los padres, o a promover conductas irresponsables).

Estos estudios mostraron que, en general, las mujeres tenían acceso limitado a los servicios de planificación familiar; que las clínicas estaban sobrecargadas y no funcionaban como servicios de urgencia (lo que es un problema para la administración oportuna de la AE); que no había privacidad suficiente; que faltaba personal capacitado; y que habían recursos humanos y financieros limitados y deficiente calidad de atención. En los servicios de atención para mujeres que han sufrido violencia sexual, se daba prioridad a los aspectos legales y al trauma psicológico y médico, y no a la prevención de embarazo.

En el plano legal, se encontraron barreras relacionadas con las disposiciones con respecto al aborto (que es ilegal y clandestino en algunos países, mientras que en otros es legal en ciertas circunstancias) elemento que incide en la medida en que algunos sectores equiparan la AE al aborto.

<sup>1</sup> Langer A y cols, 1999; Galvão L y cols, 1999; Díaz S y cols. 2003a; Díaz S y cols. 2003b.

En el plano normativo, en Colombia, México y Nicaragua, la AE aparecía en las normas de planificación familiar para casos de uso incorrecto de anticonceptivos orales y/o de agresiones sexuales, pero no aparecía como método por sí misma. En Brasil, la AE no aparecía en las normas de los sistemas de salud públicos, si bien se incorporó sin mayor resistencia como parte del proceso introductorio. En Argentina y Chile en cambio, las actividades de introducción de AE despertaron una fuerte oposición de sectores conservadores, dificultando su inclusión en las normas nacionales.

### **Facilitadores**

También se detectaron factores facilitadores. En la mayoría de los estudios de aceptabilidad, las potenciales usuarias y gran parte de los proveedores de salud mostraban una actitud favorable hacia la AE y opinaban que era importante incorporarla como alternativa anticonceptiva.

Prevenir embarazos no deseados era percibido como una necesidad clara para la salud pública y para la calidad de vida de las personas, siendo considerada la AE como un elemento de ayuda para prevenir estos embarazos. La AE era percibida como un instrumento particularmente útil para los y las adolescentes que inician su actividad sexual sin protección anticonceptiva, como también después de una violación o en caso de accidente o fracaso de otros métodos. En algunos casos, se percibía la AE como un "mal menor" ya que permitiría evitar abortos. En otros, se consideró que forma parte de los derechos sexuales y reproductivos.

En la mayoría de estos países existen programas de planificación familiar establecidos, en los servicios públicos estatales o de las ONG, y la anticoncepción se considera un derecho de las mujeres, aunque existen distintos niveles de acceso a los servicios de anticoncepción. Esto representaba ventajas para la introducción de la AE ya que los anticonceptivos orales combinados estaban disponibles; los servicios estatales eran gratuitos o de bajo costo y los servicios locales, municipales o de las ONG podían tomar iniciativas aunque la AE no fuera aún aprobada a nivel nacional. Estos aspectos son relevantes ya que, en la mayoría de los estudios, había consenso entre las personas encuestadas en que se entregara la AE a través de servicios de salud.

En Brasil y México se estimaba que las compañías farmacéuticas podían estar interesadas en comercializar un producto dedicado, si bien no era claro que pudiera registrarse dicho producto en forma rápida. En Colombia, la Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) estaba preparada para encargarse del registro y distribución de la AE. Por otra parte, en Chile y México las mujeres obtienen anticonceptivos orales en las farmacias sin necesidad de receta, lo que implica que pueden tener acceso fácil y rápido a la AE oral, siempre y cuando cuenten con la información exacta en forma oportuna.

## **LAS DECISIONES ESTRATÉGICAS**

En todos los países mencionados, se diseñaron estrategias para la introducción de la AE que incluyeron elementos semejantes: creación de alianzas entre los sectores interesados; promoción y defensa del método; divulgación a través de los medios de comunicación; capacitación de proveedores de salud; desarrollo de material educativo para mujeres y jóvenes; contacto con las firmas farmacéuticas; e investigación de los mecanismos de acción de la AE. En los distintos países, estos componentes han tenido diferente peso, de acuerdo al contexto socio-cultural y político y al grado de apoyo de las autoridades de salud.

### **Alianzas**

Las alianzas entre diferentes sectores han sido fundamentales durante el proceso de introducción de la AE en todos los países. En los casos más favorables, esta cooperación ha incluido un rango variado de actores como los organismos de salud y educación del Estado y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en salud y derechos reproductivos y sexuales, con apoyo de agrupaciones comunitarias, compañías farmacéuticas y otros. Las oficinas locales de organismos internacionales como el Population Council, el Pacific Institute for Women's Health (PIWH), Family Care Internacional (FCI), el Program for Appropriate Technology in Health (PATH) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) han proporcionado asistencia técnica y apoyo logístico. Algunos ejemplos se relatan a continuación para mostrar la variedad de alianzas establecidas.

En el caso de **Brasil**, ha existido colaboración entre los sectores público, privado y sociedad civil, incluyendo el Population Council, el Ministerio de Salud, las organizaciones de mujeres y las compañías farmacéuticas. Al iniciar las actividades para la introducción de la AE, en 1999, el Ministerio de Salud y el Population Council organizaron un seminario nacional para gineco-obstetras, a partir del cual se decidió incluir la AE en la normativa de salud, difundir información a distintas audiencias y realizar investigaciones adicionales.<sup>2</sup> Esta colaboración fue crucial para el registro oficial del producto dedicado y su comercialización por el sector privado. El aporte de las ONG se ha centrado en la producción y difusión de materiales educativos. En Brasil, al igual que en **Nicaragua**, se formaron comisiones nacionales para trabajar en esta etapa introductoria.

En **Colombia**, la introducción de la AE ha sido liderada por PROFAMILIA, que involucró al movimiento organizado de mujeres, a las asociaciones médicas y científicas y a los medios de comunicación masiva. Los medios informaron y movilizaron a la opinión pública, permitiendo así contrarrestar la oposición de la Iglesia Católica. Una clave del proceso fue obtener apoyo de los líderes de opinión para lograr la mayor divulgación posible sobre el método.

En **Chile**, la introducción de la AE se inició por iniciativa del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) en alianza con la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS), el Instituto de la Mujer, el Foro Abierto de Derechos Sexuales y Reproductivos, el Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente (CEMERA), la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) y otras ONG y grupos académicos. Sólo al cabo de un tiempo se contó con el compromiso de las autoridades de salud para el registro de un producto dedicado y su inclusión en las normativas de salud.

---

<sup>2</sup> Vernon R, 1998.

## Promoción y defensa de la AE

Las estrategias para la promoción y defensa (abogacía) de la AE han incluido elementos comunes pero también han variado entre los diferentes países, dependiendo en parte del compromiso de las autoridades y de los recursos disponibles, así como de los obstáculos encontrados. Redes como el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) y la cooperación entre los grupos de diferentes países, han permitido compartir estrategias, intercambiar los resultados de las investigaciones realizadas en la región y difundir material informativo a través de Internet, apoyándose los países entre sí en las actividades de promoción y defensa.

La estrategia central ha incluido la revisión de antecedentes y bibliografía actualizada, para tener argumentos claros basados en la evidencia científica al informar a las autoridades de salud, a los profesionales y a la opinión pública. Como el debate ha estado centrado en los aspectos legales y biomédicos, incluyendo el mecanismo de acción de la AE, la mayor parte de los antecedentes reunidos se refieren a estos aspectos. Entre los argumentos éticos y jurídicos usados se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, como el derecho humano a la salud, a los avances científicos, a ejercer una sexualidad sin riesgo de embarazo y a decidir libremente si formar o no una familia. Los aspectos biomédicos incluyen estadísticas de salud pública, especialmente el número de embarazos no deseados, los abortos realizados en condiciones de riesgo y la mortalidad materna, como también los estudios sobre el mecanismo de acción de la AE, experiencias de otros países, definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sobre el embarazo, etc.

En todos los países se ha realizado difusión de la AE mediante artículos en revistas profesionales y presentaciones en congresos y seminarios, considerando la importancia de incluir a los grupos profesionales en la defensa de la AE. Se ha preparado también documentación para los políticos y tomadores de decisiones, para que dispongan de información actualizada que les permita evaluar en forma objetiva las razones que hacen necesaria la AE (ver *Ficha 10*).

En países como Brasil y México, tanto el gobierno como las organizaciones civiles han promovido la introducción de AE en los servicios de salud. En cambio, en Colombia, Nicaragua y Chile la sociedad civil y los medios de comunicación se han hecho cargo de la difusión de información sobre AE y de enfrentar las acciones de los grupos conservadores vinculados a la Iglesia Católica, al mundo biomédico o político y a organizaciones no gubernamentales contrarias al aborto. Los grupos conservadores han ejercido presión a distintos niveles, centrandose su estrategia casi exclusivamente en la posibilidad de un efecto anti-implantación de la AE, agregando ocasionalmente que el uso de AE podría dañar la salud de las mujeres o promover la promiscuidad sexual entre los adolescentes.

En Nicaragua, aparte de incluir la AE en las normas, no ha habido apoyo gubernamental para incluirla en el sistema de salud y muchas organizaciones han evitado el tema por el estigma y por temor a la Iglesia. Además, las preocupaciones asociadas con la AE (por ejemplo, que la promoción de la AE socava el uso de condones o que las mujeres la van a utilizar como método regular de control de natalidad) significaron que algunas organizaciones de salud normalmente progresistas no aceptaran inicialmente unirse a los esfuerzos para incrementar la disponibilidad de AE.

Paradojalmente, en los países donde ha existido fuerte oposición a la AE, el debate sostenido en los medios de comunicación ha contribuido eficazmente a la difusión de información sobre este método que, de no ser por la controversia, no habría llegado a la opinión pública en forma tan masiva.

Los procesos de promoción y defensa de la AE son continuos y requieren una revisión constante de la estrategia empleada de acuerdo a los vaivenes de las políticas y de las decisiones administrativas en salud. En México, por ejemplo, se ha necesitado construir alianzas a largo plazo, con objetivos claramente definidos y apoyo político en los altos niveles del gobierno para lograr, después de varios años, la introducción de la AE en las normas de salud. Algo similar ha sido necesario en Chile, donde la inclusión de la AE en las normas para la atención de violencia sexual tomó casi seis años, y donde la AE ha sido objeto de decisiones adversas del poder judicial que aún están en litigio.

## Campañas informativas

Las campañas de difusión masiva de información han utilizado diversas estrategias y medios:

- sensibilización de los profesionales de los medios de comunicación;
- preparación de materiales informativos y mensajes clave;
- entrevistas, programas de radio, artículos de prensa;
- avisos en televisión y radio, en diarios y revistas;
- distribución de folletos en espacios públicos, eventos para mujeres y jóvenes, y actividades vinculadas al tema de salud;
- líneas telefónicas informativas;
- materiales educativos para adolescentes, destacando la importancia de utilizar el condón para la prevención de las ITS y el VIH, y usar la AE en casos de falla anticonceptiva (en Brasil, por ejemplo, este tipo de material se distribuye a través de los Ministerios de Educación y Salud);
- Sitios de Internet exclusivos sobre la AE y sitios dedicados a otros temas que incluyen información sobre AE (en Brasil, un sitio de Internet sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes incluye información sobre AE y existe un sitio específico sobre AE; en México y en Chile, se crearon sitios de Internet especialmente dedicados a la AE);
- información entregada a través de clínicas de salud reproductiva; y
- trabajo comunitario con jóvenes y mujeres, difundiendo así directamente el método entre las potenciales usuarias.

Al evaluar la estrategia de comunicación, se ha visto que es necesario encontrar un balance cuidadoso entre entregar información precisa y oportuna que favorezca el uso correcto de la AE, y al mismo tiempo desalentar el uso repetido del método en reemplazo de la anticoncepción regular.

## Capacitación

La capacitación sobre AE se ha proporcionado como parte de la capacitación integral sobre salud sexual y reproductiva o en actividades especialmente diseñadas al efecto. En algunos casos, la capacitación de proveedores de salud se ha desarrollado predominantemente desde el Estado, y en otros desde la sociedad civil, principalmente desde instituciones que ofrecen servicios de salud reproductiva y organismos técnicos internacionales. Brasil y México ilustran esfuerzos conjuntos entre los distintos actores y sectores.

En **México**, el Ministerio de Salud y el Instituto de Seguridad Social, contando con asistencia técnica, capacitaron a más de veinte mil proveedores de salud. El equipo de Population Council distribuyó folletos informativos a más de mil químico-farmacéuticos y más de tres mil gineco-obstetras privados de todo el país, puso treinta mil insertos en publicaciones dirigidas a ambos grupos, y desarrolló folletos informativos para mujeres agredidas sexualmente en varios estados.

En **Brasil** se realizó una intensa campaña de capacitación a profesionales de salud del sector privado a través de seminarios financiados por las compañías farmacéuticas, con asistencia técnica del Population Council. Este esfuerzo alcanzó a una importante proporción de ginecólogos del país. Por su parte, organizaciones civiles, tanto académicas como proveedoras de servicios de salud sexual y reproductiva, como Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (NEPAIDS), PIWH y la Universidad de Sao Paulo han contribuido a capacitar a profesionales de salud, ya sea como parte de su entrenamiento regular, o como actividades específicas para ese fin.

Otra serie de actividades se han orientado a aumentar el conocimiento sobre el método entre un grupo diverso de actores: ONG comunitarias (que trabajan en temas de salud sexual y reproductiva, en prevención de ITS y VIH, violencia doméstica y sexual, sexualidad y género), promotores de salud comunitarios, adolescentes, personas viviendo con VIH, químico-farmacéuticos y personal de farmacias. En muchos casos estas actividades han ido acompañadas del desarrollo y distribución de material educativo impreso orientado a distintas audiencias.

En **Nicaragua**, las actividades de capacitación han incluido al personal de farmacias. IXCHEN, miembro fundador de la Comisión Nacional de AE empezó a trabajar con PATH en un proyecto orientado a:

- aumentar los servicios dirigidos a jóvenes en el ámbito de las farmacias;
- incrementar la disponibilidad de la AE en las farmacias;
- mejorar la exactitud de información entregada en las farmacias sobre la AE y otras opciones anticonceptivas y las ITS; y
- desarrollar vínculos entre las farmacias y otros proveedores de servicios reproductivos para jóvenes.

En los inicios del proyecto se creó un Consejo Técnico compuesto por miembros de grupos locales clave (incluyendo el Ministerio de Salud y representantes de la Escuela de Farmacia, así como jóvenes de la comunidad) y se realizó un entrenamiento de las y los farmacéuticos y el personal de 185 farmacias. El entrenamiento se orientó específicamente alrededor de tres módulos: anticoncepción de emergencia, infecciones de transmisión sexual, y anticoncepción en general, con énfasis en la consejería para jóvenes.

### **Contacto con la industria y registro de AE**

Otro elemento importante en la introducción de la AE ha sido el contacto con la industria farmacéutica para el registro de un producto dedicado por las agencias reguladoras de los países. En los casos analizados, esto se logró en forma satisfactoria, a pesar de los obstáculos presentados por los grupos opositores, y hay productos dedicados disponibles a través de las farmacias, del mercadeo social y de los servicios de salud.

## **CONFLICTOS LEGALES**

La oposición de la Iglesia y los grupos conservadores a la venta del producto dedicado y a la distribución de AE se ha concretado mediante la solicitud judicial de revocatoria del registro de productos dedicados y su retiro del mercado en países como Argentina, Chile y Colombia. Estas peticiones legales han argumentado la protección a la vida desde el momento de la fecundación, asumiendo un efecto abortivo de la AE. En Argentina incluso se llegó al punto de desarrollar una teoría conspirativa contra el Banco Mundial, argumentando que se condicionan los créditos a países en desarrollo a la entrega de la AE, ya que esta entidad "quiere eliminar la pobreza eliminando a los pobres."<sup>3</sup>

En el caso de **Chile**, las actividades de capacitación y difusión realizadas en la primera etapa, con liderazgo del ICMER, permitieron contar con profesionales con conocimientos especializados, incluyendo periodistas, que fueron muy valiosos una vez que los grupos conservadores iniciaron sus acciones judiciales. En ese momento, se aunaron esfuerzos, se intensificó la estrategia de comunicación, se concertaron líneas de movilización con diversos tipos de organizaciones, además de participar en el proceso judicial. Todavía hay un proceso en contra del Instituto de Salud Pública (ISP) por haber aprobado la comercialización de la AE, liderado por ONG que se definen como contrarias al aborto, proceso en el cual ICMER y APROFA se han hecho parte en la defensa del método. En junio de 2004, la decisión de la jueza que lleva este proceso, ordenó al ISP que debía retirar la autorización al Postinor-2 y prohibió la entrega del producto dedicado. Por esto, el ISP, ICMER y APROFA han presentado una apelación a la Corte de Apelaciones.

<sup>3</sup> Presbítero A. Raimundo, especialista en bioética en entrevista al Diario Página 12.

## **EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS EMPLEADAS**

Los esfuerzos realizados para la introducción de la AE han dado frutos. En los países mencionados, el método es conocido por los proveedores de servicios y por la población, y está disponible ya sea a través de las farmacias o de los servicios de planificación familiar o de aquellos dirigidos especialmente a mujeres agredidas sexualmente.

En **México**, la AE está incluida en las normas del Ministerio de Salud y las clínicas de la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM) han ofrecido servicios de AE desde las primeras etapas de su introducción en el país. Se han registrado dos productos dedicados, proceso que resultó más fácil y rápido de lo esperado, y el método Yuzpe sigue siendo utilizado.

En **Colombia**, la AE también está incluida en las normas del Ministerio de Salud. El registro del primer producto dedicado de AE fue realizado por PROFAMILIA, que lo distribuye en sus clínicas y en farmacias de todo el país y ya en el 2002 se vendían aproximadamente 20.000 dosis mensuales. Sin embargo, PROFAMILIA enfrenta actualmente un proceso judicial iniciado por los grupos que quieren revocar la autorización dada para comercializar Postinor-2.

En **Argentina**, algunas provincias han implementado servicios de AE, en Mendoza incluso se ha capacitado al personal policial en casos de violación, y se encuentran a la venta en farmacias dos productos dedicados.

En **Nicaragua**, la AE está incluida en las normas de salud, y se ha registrado un producto dedicado que se vende en farmacias y es distribuido por las ONG.

En **Brasil**, país en el que hubo menos conflictos durante la introducción de la AE, el método está en la normativa de salud y se encuentra disponible a través de varios productos dedicados o bien del método Yuzpe. En el 2002, se vendían en farmacias más de 150.000 dosis mensuales, habitualmente sin receta médica. Se entrega en los servicios de prevención de violencia contra las mujeres, servicios de aborto legal y centros de salud y hospitales que atienden víctimas de violación en varios estados del país. Uno de los productos dedicados está disponible en los servicios públicos de salud, si bien su entrega no es gratuita, y BEMFAM distribuye tanto el método Yuzpe como el producto dedicado en sus seis clínicas.

En **Chile**, hoy se comercializa en las farmacias, bajo receta retenida, un producto dedicado de levonorgestrel y APROFA hace el mercadeo social de otro producto dedicado. La AE fue incluida en las normas técnicas para las mujeres que han sufrido una violación, lo que generó un gran debate público entre los sectores conservadores y los defensores del método, debate que ha contribuido a la información de la población sobre la disponibilidad de este anticonceptivo en los servicios públicos. La situación legal actual en Chile muestra claramente que es necesario mantener una vigilancia activa y readecuar la estrategia a los obstáculos que van apareciendo, manteniendo las alianzas entre las autoridades de salud y las ONG.

Visite el sitio de Internet [www.clae.info](http://www.clae.info) para obtener más información sobre el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE).