Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas

|  |
| --- |
| Palais des Nations CH-1211 GENEVE 10  |

Att: Farida Shaheed - Experta Independiente en el campo de derechos culturales

Ref: **CUESTIONARIO SOBRE EL DERECHO A GOZAR DE LOS BENEFICIOS DEL PROGRESO CIENTÍFICO Y SUS APLICACIONES**

Estimada Sra. Farida,

Ipas trabaja a nivel global para ampliar la disponibilidad, calidad y sostenibilidad de los servicios para la atención del aborto y otros servicios relacionados de salud reproductiva, así como por mejorar el ambiente político para defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. ([www.ipas.org](http://www.ipas.org))

En ese marco, vimos pela presente enviar nuestra colaboración abajo contestando algunas de las preguntas números 2 y 11 del cuestionario sobre el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, poniendo énfasis en particular con relación a los los derechos humanos a la auto-determinación sexual y reproductiva. En particular queremos llamar su atención sobre las barreras legales, políticas y las derivadas de las prácticas en salud que impiden a las mujeres ejercieren su derecho humano a gozar de los beneficios del progreso científico en el marco del derecho a la salud sexual y reproductiva.

El documento presenta los avanzos científicos en relación al uso de misoprostol en gineco-obstetricia, a la anticoncepción de emergencia y el uso de la Aspiración Manual Endouterina y hace recomendaciones para los gobiernos de la región sobre cambios legales y medidas para garantizar su distribución y uso por las mujeres.

Cordialmente

Beatriz Galli

Asociada Regional de Policy para América Latina y Caribe

(55) (21) 2256-6348

gallib@ipas.org

Erika Troncoso

Asociada para Evaluación y Monitoreo de Ipas México

troncosoe@ipas.org

 **CUESTIONARIO SOBRE EL DERECHO A GOZAR DE LOS BENEFICIOS DEL PROGRESO CIENTÍFICO Y SUS APLICACIONES**

**Acceder a los beneficios de la ciencia y sus aplicaciones**

**2. ¿Qué desafíos claves enfrenta su país en la realización de investigaciones a nivel nacional y en garantizar el acceso a los avances científicos y sus aplicaciones, especialmente para los grupos marginados?**

**La cooperación internacional, los logros y desafíos**

**11. ¿Qué logros fueron identificados en el campo del progreso científico y sus aplicaciones? Sírvase proporcionar detalles.**

*Barreras para el acceso a tecnologías reproductivas y beneficios del progreso científico*

**El misoprostol**

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 (Pg E1) que comenzó a ser vendido en las farmacias de América Latina desde fines de la década de los 80 con el nombre comercial de *Cytotec* , indicado en el tratamiento de la úlcera péptica, especialmente en aquellos casos provocados por el uso de anti-infamatorios no esteroideos. Su uso con este fin ha sido contraindicado en las mujeres embarazadas porque puede causar aborto. Más adelante, en los años 90, se informó sobre la utilidad de esta droga en la inducción del parto con feto vivo (7-9). Asimismo, los empleados de las farmacias entendieron que podían utilizar el efecto secundario del *Cytotec* y empezaron a venderlo como un medicamento efectivo para el ‘retraso menstrual’, y fue después de esto que aparecieron prontamente publicaciones del uso del misoprostol para inducir con éxito el aborto en el primer y segundo trimestre del embarazo especialmente en Brasil. Lo cierto es que, en el momento actual, el misoprostol es un medicamento de uso común por los gineco- obstetras latinoamericanos. En una encuesta llevada a cabo en tres países, se encontró que los médicos lo usan para la evacuación uterina en casos de feto muerto intraútero (61%), en abortos retenidos (57%) y en la inducción del parto (46%). A pesar de no estar normado, su uso en Ginecología y Obstetricia en muchos países de la Región está muy difundido, explicándose su popularidad porque es barato, termoestable y efectivo para provocar contracciones uterinas: de allí su aplicación en diferentes situaciones clínicas.

Es importante subrayar la importancia que tiene el uso del misoprostol para contribuir a reducir las muertes maternas, en la búsqueda del cumplimiento de los Objetivos del Milenio y la Meta para reducir la muerte materna en 75% para el año 2015. Para aprovechar el gran potencial y beneficios del medicamento en la reducción es esencial que el personal de salud tenga conocimiento sobre su uso correcto y que exista fácil disponibilidad de acceso al medicamento. En marzo del 2007, la Organización Mundial de Salud incluió el misoprostol en la lista de medicamentos esenciales como un medicamento para terminar el embarazo. Apesar de las evidencias científicas y acuerdo con las regulaciones administrativas, el misoprostol no está indicado para uso en gineco obstetricia en los siguientes países: Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay y Venezuela.

En Brasil, por ejemplo, se han dado dos disposiciones oficiales, una que establece solo la venta hospitalaria del misoprostol y otra que prohíbe cualquier tipo de publicidad. Ambas disposiciones han traído como consecuencia que en los lugares en donde no hay hospitales no se dispone de misoprostol y que se restrinja la información sobre este medicamento para la sociedad como un todo y las mujeres en particular.

Sin embargo el misoprostol ha cambiado el escenario del aborto en el país y en la región, persisten barreras legales y hay muchas dificultades en su acceso en Brasil. Desde 1998, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) restringió la oferta del medicamento a hospitales acreditados no siendo posible su obtención libremente en las farmacias. A pesar de que la ANVISA autoriza la comercialización de un medicamento a base del misoprostol (el Prostokos) fue el nombre comercial del Cytotec que ha extrapolado el campo biomédico y se ha incorporado a los saberes y prácticas abortivas de las mujeres. El comercio ilegal del medicamente favorece su adulteración y compromete su eficacia. Muy poco se conoce, pues hay poca investigación científica, sobre las prácticas y las rutinas de las mujeres que abortan con el medicamento en Brasil, sin embargo y al mismo tiempo el aborto con medicamento es el principal método de aborto seguro en países donde es autorizado.

A pesar de las evidencias científicas sobre los beneficios del medicamento misoprostol para la vida y la salud de las mujeres hay restricciones en materia de políticas y leyes para el acceso de las mujeres a la información sobre el uso del medicamento y acceso al medicamento y sus beneficios. Eso ocurre porque el aborto es penalizado en la mayoría de los países de la región y por consecuencia la comercialización y venta del medicamento en situación de ilegalidad viene siendo considerado como un delito penal. Los gobiernos de la región deben tomar medidas para promover la inclusión del medicamento en la lista de medicamentos esenciales y en la lista de medicamentos para uso obstétrico, el medicamento y promoviendo el acceso a la información sobre su uso correcto para las mujeres previniendo las muertes y secuelas del aborto inseguro .

Referencias bibliográficas:

1. DISPONIBILIDAD Y USO OBSTÉTRICO DEL MISOPROSTOL EN LOS PAISES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, Luis Távara-Orozco , Susana Chávez, Daniel Grossman, Diana Lara,Martha María Blandón) Accesible en: <https://luna.ipas.org/ma/mac/PartnersConferences/Expanding%20Access%202009/Participant%20Contributed%20Resources/OrozcoRPGO2008.pdf>

<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/173/usomisoprostolenamericalatinaycaribe.pdf?sequence=1>

1. The illegal market for gender-related drugs as portrayed in the Brazilian news media: the case of misoprostol and women. Accessible en:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/10.pdf>

1. Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe, Ipas 2010. Accesible en:

<http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file271_5757.pdf>

**La Anticoncepción de Emergencia (o la píldora del día siguiente)**

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) es un método anticonceptivo hormonal. Su especificidad radica en que es el único métodoque puede prevenir un embarazo después de una relación sexual desprotegida. La anticoncepción oral de emergencia está compuesta por las mismas hormonas que contienen los anticonceptivos hormonales orales de uso regular. Hoy en día la mayoría de productos de AOE son a base de levonorgestrel (un componente hormonal sintético). La AOE actúa de dos formas:

1) Dificulta que los espermatozoides avancen hasta las trompas de Falopio, impidiendo así que lleguen al óvulo (en caso de haberlo).

2) Inhibe la ovulación (la retrasa).

Los mecanismos de acción de la AOE impiden el encuentro entre óvulo y espermatozoide, de igual forma que lo hacen otros métodos anticonceptivos mediante otros mecanismos (el condón, mediante la barrera “física”; la anticoncepción oral regular, inhibiendo regularmente la ovulación, etc.). Hasta el año 2005 existía la sospecha de que la AOE podría tener un efecto anti-implantatorio. Es decir, que podía interferir en la capacidad de un óvulo fecundado de anidar (implantarse en el endometrio), paso necesario para la favorable evolución del embarazo. Este posible efecto podría ser considerado abortivo, en aquellos países en los que se considera que el embarazo se inicia con la fecundación (encuentro de óvulo y espermatozoide), en lugar de con la implantación (cuando un óvulo fecundado anida). Sin embargo, la evidencia recabada a lo largo de la última década ha permitido a la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmar que “una vez ocurrida la fecundación, la AOE no interfiere con el proceso de implantación en el endometrio del óvulo fecundado”. La AOE está incluida en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.

En enero del 2004 fue publicada la Norma Oficial Mexicana sobre Planificación, donde se permite el uso del Levonorgestrel (medicamento también conocido como píldora del día siguiente). Ese medicamento viene sufriendo una serie de ataques de grupos conservadores que interponen remedios administrativos y judiciales para evitar su distribución entre la populación afectando directamente el ejercicio de los derechos humanos relacionados a auto-determinación sexual y reproductiva de las mujeres.

En México, la Iglesia Católica ha intentado bloquear su acceso diciendo que además de tener efectos abortivos, sus consecuencias son de alto riesgo, pues según estudios británicos están directamente relacionadas con altas tasas de embarazos ectópicos (cuando el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero). Ante este argumento, catorce obispos de la Región Pastoral de Occidente, el obispo Samuel Ruiz y cinco diputados de Jalisco firmaron y presentaron la demanda de amparo en contra de la resolución que modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de Planificación Familiar, que introdujo en México la distribución de la PAE en los hospitales públicos. Finalmente la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ejerció su facultad de atracción para conocer del amparo interpuesto por la agrupación Cultura de la Vida, por el que se demanda la invalidez de las modificaciones a la norma oficial mexicana NOM-005-SSA2-1993**,** sobre el reconocimiento de la píldora del día siguiente como método anticonceptivo.”

En consecuencia del estigma al redor de la anticoncepción de emergencia y debido a que los setores conservadores le atribuyen un efecto abortivo, muchas pesquisas científicas han sido desarrolladas con la finalidad sola de comprobar dicho efecto. Recientemente, ”e l abuso en el consumo de la llamada "píldora del día siguiente" en adolescentes ocasiona daños y efectos neuronales”, de la Universidad de Navarra, España.

En Chile, Perú, Ecuador, Colombia, Honduras, la introducción de la anticoncepción de emergencia en el sistema público ha estado plagada de problemas tanto judiciales como de políticas públicas. Tales iniciativas contienen argumentos legales de carácter religioso y moral con interpretaciones sobre la protección de la vida desde la concepción sin excepciones y sin ponderación con los derechos humanos de las mujeres, como el derecho a la salud y en particular a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la región. El argumento de que la anticoncepción de emergencia impide la fertilización es usado mismo sin base científica por jueces y cortes judiciales. En las cortes judiciales más conservadoras ese argumento ha posibilitado decir que hay una duda razonable sobre el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia sobre si el medicamento impide o no el desarrollo del huevo fertilizado o su implantación del huevo fertilizado en el útero. Eso en conjunto con las disposiciones constitucionales que protegen la vida desde la concepción y el huevo o zigoto como si fuera un ser humano nacido dan margen a los argumentos de los sectores conservadores para intentar impedir la distribución del medicamento y el acceso de las mujeres en la región.

La anticoncepción de emergencia, al igual que cualquier otro método anticonceptivo (o de planificación familiar) permite hacer efectivo los derechos humanos a la autodeterminación sexual y reproductiva que incluyen el derecho humano a gozar de los beneficios del progreso científico entre otros derechos humanos.

Referencias: [**http://sdpnoticias.com/nota/232538/Advierten\_sobre\_supuesto\_abuso\_de\_pildora\_de\_emergencia**](http://sdpnoticias.com/nota/232538/Advierten_sobre_supuesto_abuso_de_pildora_de_emergencia) **y ver también:** [**http://www.notisistema.com/noticias/?p=439140**](http://www.notisistema.com/noticias/?p=439140))

<http://www.congresoderechosreproductivos.com/files/docscongreso/AOE/HojaInformativaAnticoncepcionOraldeEmergencia.pdf>

Acceso los servicios de aborto legal y las tecnologías reproductivas en contextos legales restrictivos:

El acceso a la atención al aborto legal es limitando en contextos nacionales con legislaciones restrictivas. La atención al aborto incluye el acceso a las tecnologías reproductivas y al derecho a gozar de los beneficios del progreso científico como es el acceso al AMEU y al misoprostol. En Mexico, face a las sobrevivientes de violación sexual que están embarazadas el Ministerio Público está obligado a informarles que tiene acceso a servicios de aborto legal, que el personal de salud debe brindar conforme a la Norma Oficial Mexicana (NOM-046) Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Sin embargo, en los hechos la obligatoriedad de la norma no es asumida por los administradores de justicia y el personal de salud, debido a la falta de difusión de la 046 y a las “resistencias personales” de los funcionarios. Sin embargo, la mortalidad en las adolescentes por causas maternas representa el 5.6 por ciento de las defunciones registradas en este grupo de edad, “está después de las causas de muerte violentas y antes de cualquier enfermedad”. Cuando la ley sea restrictiva en relación a la autonomía reproductiva de las mujeres, los gobiernos deben tomar medidas para cambiar la legislación restrictiva en relación al aborto pues por sus impactos negativos en la salud pública y en los derechos humanos de las mujeres.

En países en que la ley sea restrictiva y permita el aborto en algunas circunstancias, los gobiernos deben tomar medidas para ampliar el acceso y la interpretación sobre la lay para remover las barreras existentes al acceso que persisten en normativas y en las prácticas de los profesionales de salud. Por ejemplo, cuando existen restricciones sobre el tipo de instituciones que proveen abortos, o cuando los profesionales en su mayoría en los servicios se recusan por cuestiones de consciencia y el servicio no garantiza que haya otro profesional para realizar el aborto, se limita el acceso de las mujeres y el ejercicio de sus derechos legales y aumenta los riesgos para la salud; aumento de abortos inseguros. Los servicios deben garantizar el acceso al derecho al gozo de los beneficios de progreso científico siendo dirigidos para todas las mujeres sin discriminación con base en sus derechos humanos.

**Aspiración Manual Endouterina (AMEU)**

El aborto en condiciones de riesgo es un serio problema de salud pública. Por ello, durante la última década se han hecho esfuerzos importantes para abordarlo; se han implementado varios programas,proyectos y políticas dirigidas a mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios de atención post aborto. Los sistemas de salud atendían las urgencias de las mujeres con un aborto incompleto o complicado mediante la técnica del legrado uterino instrumental (LUI); sin embargo, en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, numerosas organizaciones internacionales lucharon porque se brindara un paquete integral de servicios de atención post aborto (APA) a las mujeres, que incluyera información para atender sus necesidades de salud, servicios complementarios de anticoncepción y, cuando fuera posible, el uso de la AMEU como técnica de evacuación uterina. La técnica de la AMEU es un recurso para la extracción de restos ovulares que pueden causar consecuencias graves a la salud y la vida de las mujeres; garantiza una práctica segura, efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el LUI. La AMEU tiene una tasa de eficacia de entre 95 y 100%, especialmente si se practica antes de la semana 12 de gestación, ya que se le asocian menos complicaciones, como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y las lesiones cervicales que pueden presentarse con el legrado.

Referencia:

EL ABORTO ACCIONES MÉDICAS Y ESTRATEGIAS SOCIALES COORDINADORAS GRACIELA FREYERMUTH Y ERIKA TRONCOSO, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Ipas México A. C. Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. Primera edición, noviembre 2008. Accesible en:

<http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file363_4434.pdf>