

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la región de las Américas



OPS

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL DE LAS AMÉRICAS

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la región de las Américas

D O C U M E N T O D E D I F U S I Ó N

Washington D.C., 2024

*El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la
región de las Américas*

OPS/HSS/CLP/24-0002

© **Organización Panamericana de la Salud, 2024**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia de Creative Commons Atribución-No-Comercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

*Documento realizado en el CLAP bajo la coordinación de la
Dra. Suzanne Jacob Serruya y del Dr. Rodolfo Gómez Ponce
de León con la colaboración de Sonja Caffee, Silvina Ramos,
Julia Frenkel, Melina Pais y Thais A. Forster.*

Índice

Anticoncepción	11
El problema	11
¿Dónde estamos?	12
¿Qué hacer?	13
Embarazo en la adolescencia	14
El problema	14
¿Dónde estamos?	16
¿Qué hacer?	17
Aborto inseguro	19
El problema	19
¿Dónde estamos?	20
¿Qué hacer?	21
Violencia de género	23
El problema	23
¿Dónde estamos?	23
¿Qué hacer?	24
Cáncer cervicouterino	25
El problema	25
¿Dónde estamos?	25
¿Qué hacer?	27
Personas con discapacidad	28
Población LGBT	29
Salud de los hombres	31
Llamado a la acción	32

Esta publicación presenta los lineamientos y acuerdos del documento informativo “Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva”, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a solicitud de sus Estados Miembros en la 30.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.

Su objetivo es describir el estado de situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en la Región de las Américas, identificar respuestas sanitarias y barreras de acceso, y sugerir recomendaciones para los países. Fue desarrollado a partir de una revisión y sistematización de datos, planes e iniciativas, artículos científicos, informes de Naciones Unidas y marcos jurídicos y regulatorios sobre SSR.

El documento informativo fue presentado y aprobado por unanimidad por los países de la Región de las Américas en la 60.ª Reunión del Consejo Directivo, 75.ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, realizada en Washington, D.C., Estados Unidos de América, del 25 al 29 de septiembre del 2023.●

- Organización Panamericana de la Salud. Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. [Resolución CD60/INF/4]. 60.ª Consejo Directivo, 75.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 25 al 29 de septiembre del 2023. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/documentos/cd60inf4-estado-acceso-servicios-salud-sexual-reproductiva>>.



60.ª Reunión del Consejo Directivo realizada en Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2023.



La salud sexual y reproductiva (SSR) es el estado general de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedades, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Involucra el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de toda coacción, discriminación y violencia, y la libertad para decidir sobre la procreación.¹

La salud sexual y reproductiva y los compromisos asumidos

Los Estados Miembros de la OPS están comprometidos con las metas 3.7 y 5.6 de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, ambas vinculadas con la SSR, así como con la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, en la que se reconoce que todas las personas y las comunidades deben tener acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud e insumos adecuados, oportunos y de calidad. Este informe está en consonancia con el “Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030”, cuyos indicadores y metas son sus referencias orientadoras. Los países y territorios se han comprometido asimismo a abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT),[•] con el respeto pleno de la dignidad y los derechos humanos, teniendo en cuenta la diversidad de expresiones y de identidad de género, sin discriminación.

El Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 incluye indicadores para monitorear los avances en el acceso a los servicios de SSR vinculados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5, así

¹ Organización Mundial de la Salud. Developing sexual health programmes: a framework for action. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>>.

como con la meta 1.4 de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

Los Estados Miembros de la OPS han adoptado planes de acción y estrategias nacionales relacionados con la SSR, con especial atención a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.

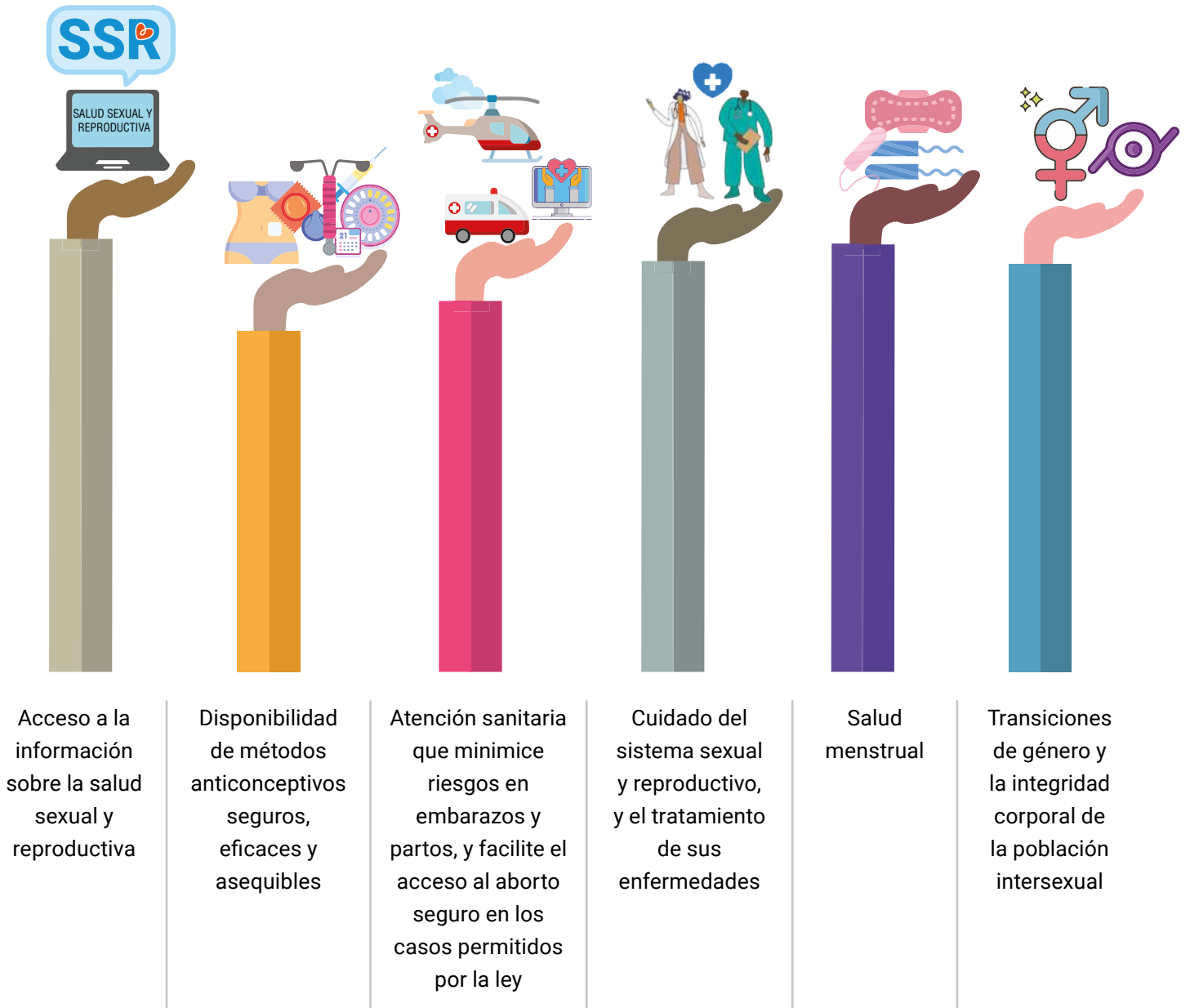
- La OPS emplea la sigla “LGBT” de conformidad con la resolución CD52; R6 (2013), “Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans”. Es importante señalar que la sigla ha cambiado con el transcurso de los años para incluir otras orientaciones sexuales e identidades de género. Por ejemplo, en las Naciones Unidas se utiliza la sigla “LGBTQI+”, que remite a las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales y (+), donde el símbolo (+) apunta a incluir un rango más amplio de orientaciones sexuales e identidades de género (las personas asexuales y pansexuales, entre otras).




Es clave garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva como un derecho fundamental de todas las personas. Los servicios son esenciales para promover la igualdad de género, el bienestar y la autonomía de las personas, así como prevenir enfermedades y promover una vida sexual saludable.”

Representante de Uruguay en la 60.º Consejo Directivo, 75.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, celebrada en Washington, D.C., Estados Unidos de América, del 25 al 29 de septiembre del 2023.

Los servicios de salud sexual y reproductiva deben garantizar:



La inversión en SSR tiene importantes beneficios para los Estados, las sociedades y las personas, mientras que no invertir genera pérdidas significativas.



Los servicios de SSR permiten que las personas puedan decidir si quieren tener hijos y cuándo tenerlos, gozar de embarazos y partos seguros, tener bebés sanos y una vida sexual segura y satisfactoria.

Una inversión de US\$12,73 *per cápita* al año –solo US\$1,33 adicionales *per cápita* a lo que se invierte actualmente– permitiría cubrir los servicios de anticoncepción moderna, atención materna y del recién nacido, servicios de aborto seguro, y tratamiento de infecciones de transmisión sexual para todas las mujeres en América Latina y el Caribe que los necesiten.

Cada dólar gastado en servicios anticonceptivos por encima del nivel actual ahorraría US\$3,61 en el costo de la atención materna, del recién nacido y de los servicios de aborto, porque la anticoncepción reduce los embarazos no planeados.

No invertir en la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia incide en el rumbo de las economías nacionales, comprometiendo su potencial de crecimiento y desarrollo.

No invertir en la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia genera pérdidas de ingresos para las mujeres, debido a trayectorias educativas truncas e inserciones laborales más precarias, así como la pérdida de recaudación tributaria y mayores gastos en salud para los Estados, con un costo promedio de 0,35% del PIB para 6 países de América Latina, lo cual equivale a US\$1.242 millones por país y por año. •

- Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE et al. Adding it up. Investing in sexual and reproductive health 2019. Nueva York: Guttmacher Institute; 2020. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019.pdf>.

1.

En los últimos 20 años la mayoría de los países mejoró la cobertura de servicios de SSR: 81,3% en la región por encima del promedio mundial de 74% (2021)

Hay marcadas heterogeneidades entre países y desigualdades en el acceso y el estado de salud entre subpoblaciones: el índice compuesto de cobertura de servicios de SSR oscila entre 37,9% y 84,5% en el quintil de la población de menores ingresos, y entre 65,3 % y 89,6% en el de mayores ingresos (2021)

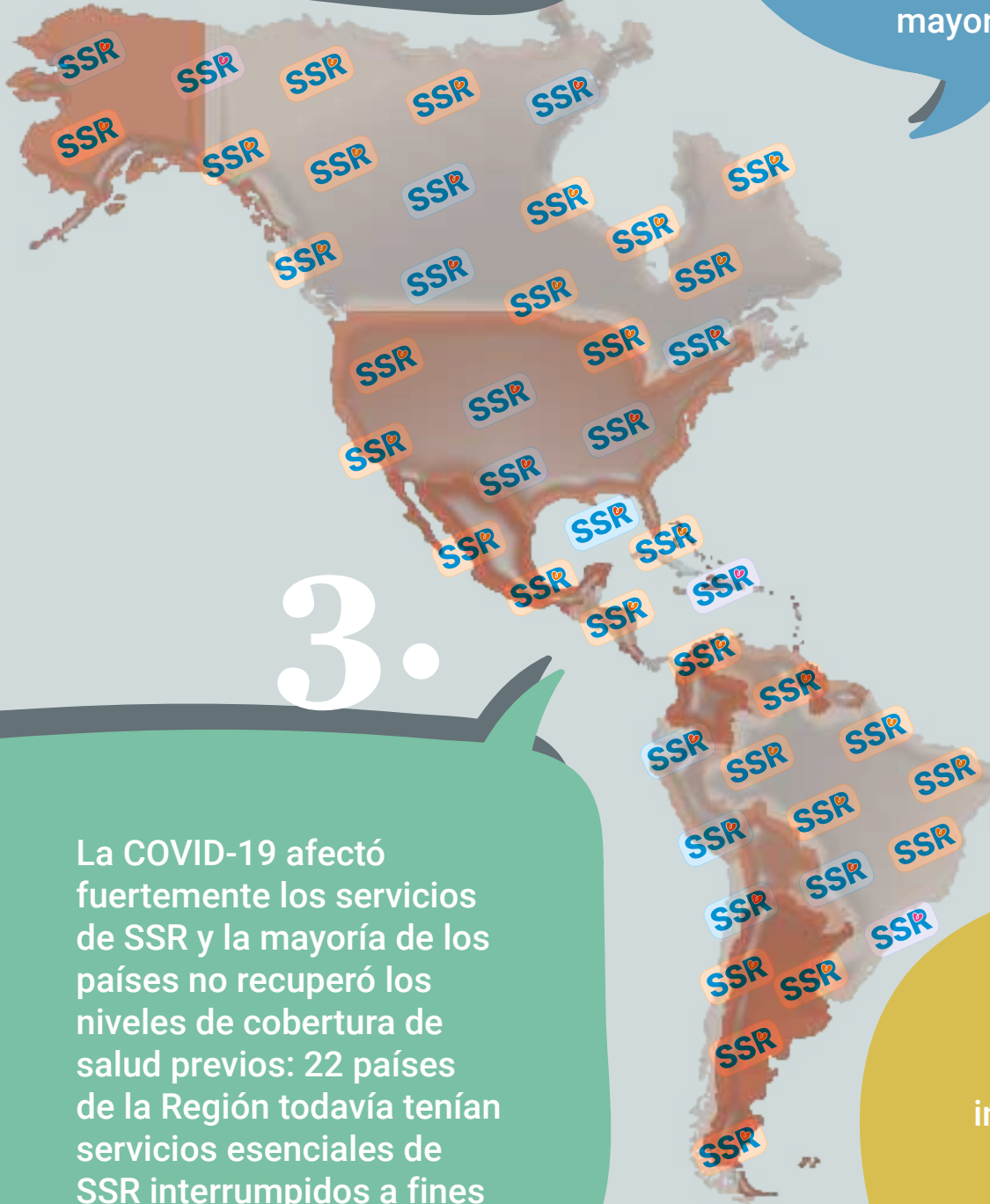
2.

3.

La COVID-19 afectó fuertemente los servicios de SSR y la mayoría de los países no recuperó los niveles de cobertura de salud previos: 22 países de la Región todavía tenían servicios esenciales de SSR interrumpidos a fines de 2022

4.

Existen intervenciones eficaces ya implementadas por algunos países de la región para problemas clave de SSR



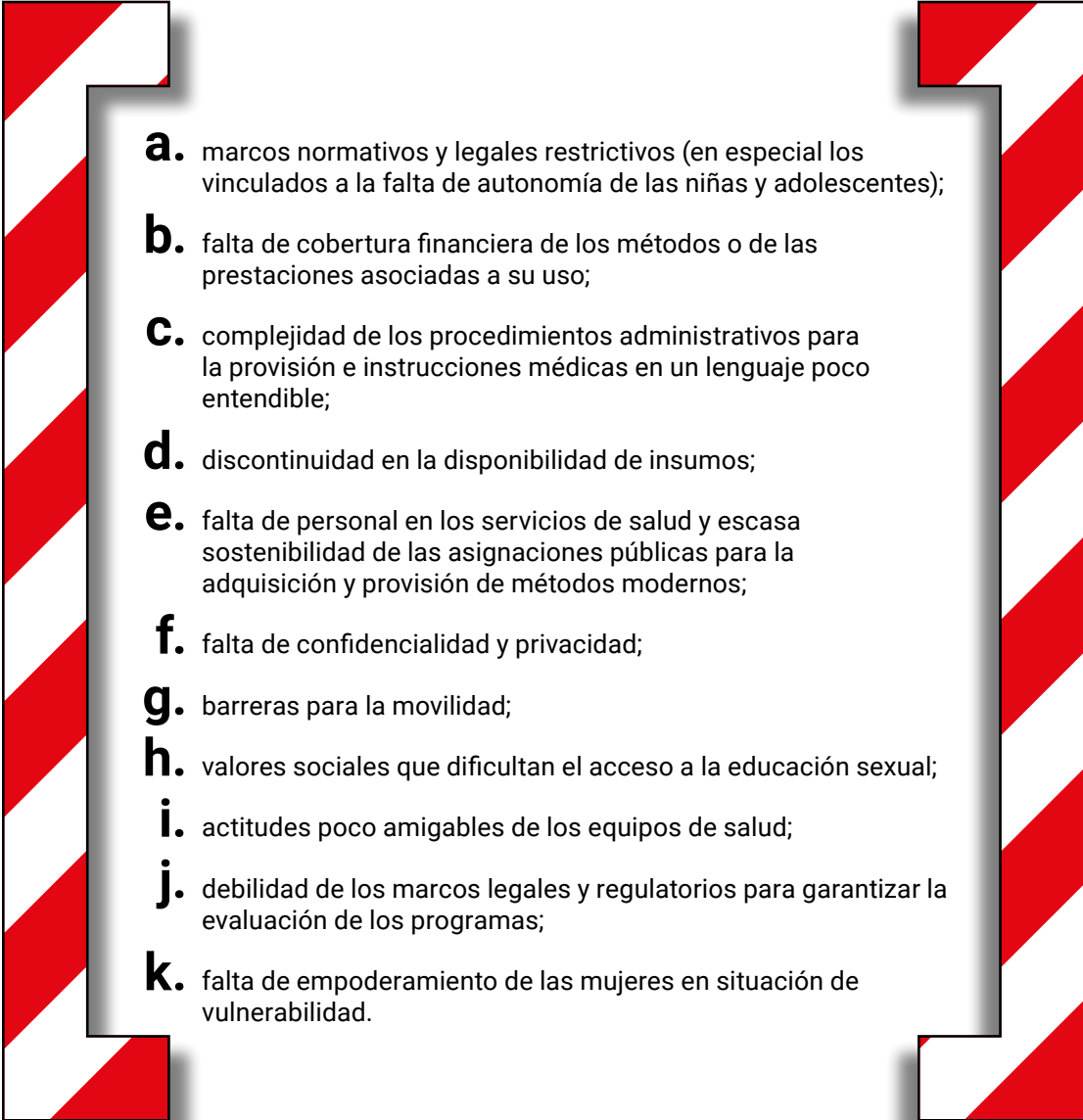
Anticoncepción



El problema

El acceso universal a los métodos de anticoncepción (MAC) está contemplado en los compromisos mundiales y regionales suscritos desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, en los que se reconoce el derecho de las personas a planificar su futuro reproductivo, y se entiende que el acceso a la anticoncepción previene embarazos no intencionales y abortos inseguros.

Sin embargo, existen múltiples barreras de acceso a la anticoncepción que impiden que las mujeres y las personas con capacidad de gestar ejerzan su derecho a decidir sobre su futuro reproductivo:

- 
- A list of 11 items (a-k) is presented within a large, vertical rectangular frame. The frame has a white background and is bordered by red and white diagonal stripes. The list items are as follows:
- a.** marcos normativos y legales restrictivos (en especial los vinculados a la falta de autonomía de las niñas y adolescentes);
 - b.** falta de cobertura financiera de los métodos o de las prestaciones asociadas a su uso;
 - c.** complejidad de los procedimientos administrativos para la provisión e instrucciones médicas en un lenguaje poco entendible;
 - d.** discontinuidad en la disponibilidad de insumos;
 - e.** falta de personal en los servicios de salud y escasa sostenibilidad de las asignaciones públicas para la adquisición y provisión de métodos modernos;
 - f.** falta de confidencialidad y privacidad;
 - g.** barreras para la movilidad;
 - h.** valores sociales que dificultan el acceso a la educación sexual;
 - i.** actitudes poco amigables de los equipos de salud;
 - j.** debilidad de los marcos legales y regulatorios para garantizar la evaluación de los programas;
 - k.** falta de empoderamiento de las mujeres en situación de vulnerabilidad.

¿Dónde estamos?

Antes de la pandemia de COVID-19 se observaban avances en los niveles de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva y reducciones en la tasa global de fecundidad. Las necesidades insatisfechas de anticoncepción también venían disminuyendo de forma sostenida. Sin embargo, había desigualdades significativas en cuanto al grado de satisfacción de las necesidades de anticoncepción con métodos modernos en los distintos países y dentro de cada país.

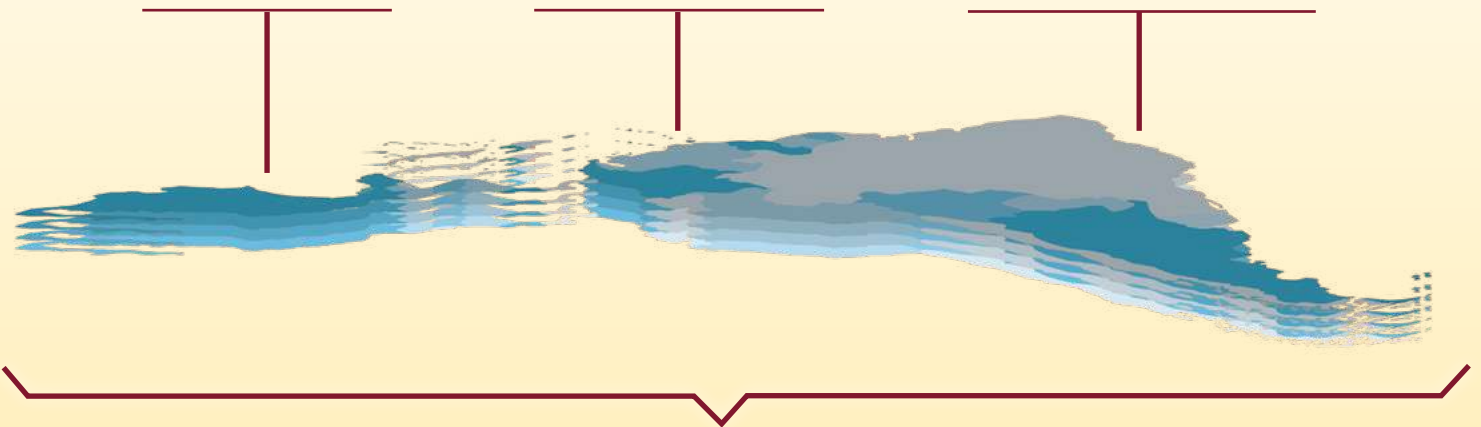
La pandemia de COVID-19 afectó el acceso a los anticonceptivos debido a interrupciones en la provisión pública y dificultades de la población para afrontar el costo de los métodos anticonceptivos. Se estima que entre 12,9 y 20,1 millones de mujeres en América Latina y el Caribe se vieron forzadas a interrumpir el uso de métodos anticonceptivos modernos durante la pandemia de la COVID-19.

Acceso a métodos anticonceptivos modernos de larga duración (LARC) antes de la pandemia COVID-19

Solo 10 de 23 países de América Latina y el Caribe tienen demanda anticonceptiva satisfecha con métodos modernos de larga duración mayor al 80%.

En 17 de 23 países de América Latina y el Caribe el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada como el DIU y los implantes subdérmicos está por debajo del 10%.

Los jóvenes de 15 a 17 años, las mujeres indígenas y afrodescendientes, las mujeres de los quintiles más bajos de ingresos, las de zonas rurales y las mujeres sin estudios tienen tasas de uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada más bajas aún.



Se están implementando políticas nacionales de SSR que incluyen la provisión de métodos anticonceptivos modernos a través de seguros sociales o privados, pero la cobertura de los programas públicos es muy baja: la proporción de usuarias que los reciben en forma gratuita oscila entre 32,2% y 68,6% según el país; y alrededor de la mitad de quienes utilizan MAC modernos los adquieren en farmacias y los costean de su bolsillo.

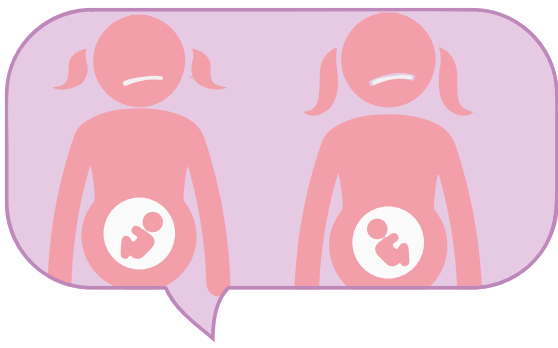


¿Qué hacer?

Existen intervenciones probadas con base en la evidencia para aumentar el acceso a la anticoncepción:

- integración de trabajadores comunitarios capacitados, equipados y respaldados en el primer nivel del sistema de salud;
- servicios de planificación familiar posparto y posaborto en dependencias de salud;
- mercadeo social para distribución de amplia gama de MAC y promoción de comportamientos saludables de planificación familiar;
- servicios móviles de alcance comunitario para provisión de MAC, incluyendo anticonceptivos de larga duración y métodos permanentes.²

² Mickler AK, Carrasco MA, Raney L et al. Applications of the High Impact Practices in Family Planning during COVID-19. Sex Reprod Health Matters. 2021; 29(1): 1881210. doi: 10.1080/26410397.2021.1881210.



Embarazo en la adolescencia

El problema

El embarazo en la adolescencia es consecuencia de la vulneración de varios derechos: a la educación, a la educación sexual, al acceso a la información sobre la SSR, al acceso a métodos anticonceptivos eficaces, a una vida libre de violencia de todo tipo y a tomar decisiones libres e informadas sobre la vida sexual y la reproducción.

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana impactan negativamente en varios planos:

Trayectoria vital de las mujeres: mayor deserción escolar, dificultades de inserción en el mercado laboral y de acceso a trabajos de calidad y menores ingresos a lo largo de la vida.

Menor productividad consolidada de los países.

Problemas de salud: mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas, complicaciones y mortalidad perinatal, prematuridad, bajo peso al nacer, peor estado de nutrición infantil e impacto en la salud mental de las madres adolescentes.

Persistencia de ciclos intergeneracionales de pobreza y salud deficiente.

Los determinantes del embarazo en la adolescencia son múltiples y operan de manera sistémica:

- a. Aceptación legal o social del matrimonio infantil.
- b. Iniciación sexual temprana.
- c. Abuso sexual infantil, violencia de género y otras formas de violencia.
- d. Situación de calle.
- e. Ausencia de políticas de educación sexual integral (ESI).
- f. Normas legales o administrativas restrictivas para el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto.
- g. Obstáculos geográficos, financieros o actitudinales para el acceso a los servicios de SSR.
- h. Normas, roles y relaciones de género desiguales.

La gran cantidad de embarazos en la adolescencia no se debe a preferencias reproductivas sino a factores de riesgo vinculados a situaciones de vulnerabilidad y a vulneración de derechos, así como a barreras en el acceso a servicios de SSR y, en particular, a la anticoncepción moderna.



La reducción del embarazo en la adolescencia es fundamentalmente una estrategia de desarrollo porque puede disminuir la pobreza intergeneracional en las familias más pobres de la región, que son las familias cuya jefa de hogar es una mujer que en general tuvo un embarazo adolescente.”

Suzanne Serruya, Directora del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, en el 60.º Consejo Directivo, 75.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, celebrada en Washington, D.C., Estados Unidos de América, del 25 al 29 de septiembre del 2023.

¿Dónde estamos?

En la última década, la prevención del embarazo en la adolescencia ha cobrado mayor importancia en las agendas nacionales de salud y desarrollo.

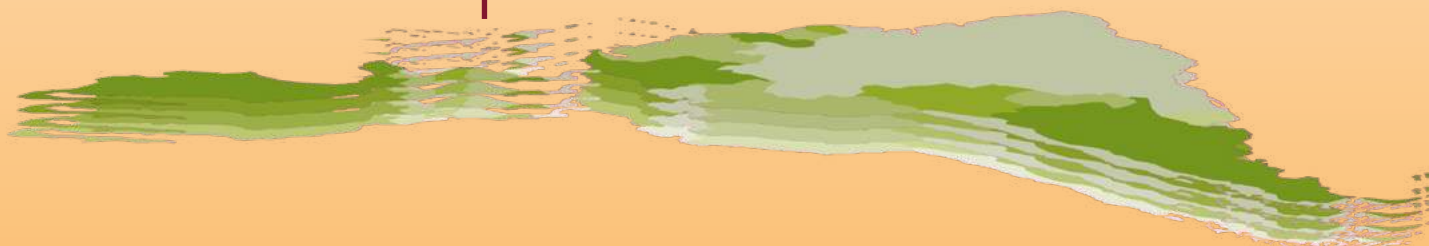
Se han implementado intervenciones centradas en la escuela, la familia y la población adolescente, pero las políticas de ESI y el acceso a métodos anticonceptivos reversibles de larga duración no han sido sistemáticamente implementados o no han tenido la continuidad necesaria y aún persisten desafíos para institucionalizarlas y ejecutarlas a mayor escala.

Tasa específica de fecundidad en adolescentes (TEFA) de 15 a 19 años

La TEFA de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe se redujo 7,47% en una década: pasó de 66,5% en 2010-2015 a 60,7% en 2015-2020, con variaciones importantes entre subregiones y países.

También hay grandes desigualdades dentro de los países: las niñas y las adolescentes de segmentos más pobres, con menor nivel de escolaridad, rurales, indígenas y afrodescendientes, presentan TEFA tres a cinco veces superiores a los promedios nacionales.

Asimismo, se observan consecuencias más adversas sobre la salud en relación con otros factores de riesgo: abuso sexual, intimidación escolar (*bullying*) y otras formas de violencia, situación de calle o consumo problemático de drogas.



¿Qué hacer?

Existe evidencia y amplio consenso sobre las acciones necesarias:

- Recopilar, analizar y utilizar datos de salud precisos y actualizados sobre el uso de anticonceptivos y sus determinantes, y sobre el desempeño de los programas y la sexualidad y fertilidad adolescentes para fundamentar las leyes y políticas.
- Formular o revisar leyes y políticas para reducir las barreras de acceso a los servicios de SSR integrales y a la ESI con mecanismos de evaluación.
- Implementar estrategias intersectoriales y comunitarias con la participación de adolescentes.
- Desarrollar estrategias nacionales de SSR para adolescentes que incluyan intervenciones basadas en la evidencia y ajustadas al contexto, con presupuestos suficientes e indicadores desglosados por edad y condición socioeconómica para realizar un seguimiento de los avances.
- Monitorear las estrategias con el aporte de las partes interesadas (funcionarios, organizaciones no gubernamentales organismos del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones y redes juveniles, donantes, padres y madres, docentes e integrantes de la comunidad).
- Realizar revisiones periódicas de los programas y del cumplimiento de los marcos legales y regulatorios.

La ESI empodera a los chicos y chicas adolescentes para la toma de decisiones libres e informadas sobre su cuerpo, su vida y su futuro; reduce las infecciones de transmisión sexual, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y los embarazos no intencionales; y mejora los indicadores SSR.



La violencia sexual es parte de los determinantes sociales del embarazo no intencional. Es fundamental establecer un criterio adecuado para atender de manera integral los embarazos no intencionales en niñas, una problemática multicausal que exige, además de una mirada intersectorial, un enfoque que considere las múltiples opresiones y exclusiones que convergen en las trayectorias de vida de niñas y adolescentes en la región.”

Representante de Argentina en la 60.º Consejo Directivo, 75.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, celebrada en Washington, D.C., Estados Unidos de América, del 25 al 29 de septiembre del 2023.





Aborto inseguro

El problema

Debido a su alta prevalencia y a las consecuencias negativas que tiene para la salud y la vida de las personas, el aborto inseguro constituye un problema de salud pública. También es un problema de equidad.

Este fenómeno afecta desproporcionadamente a poblaciones en situación de vulnerabilidad: donde no está legalmente prohibido, niñas víctimas de violencia sexual, adolescentes, mujeres en situación de pobreza, personas con discapacidad, mujeres que residen en zonas alejadas de las ciudades grandes y migrantes tienen mayores dificultades para acceder a un servicio de aborto de calidad y en forma oportuna.

La desigualdad se debe a múltiples barreras de acceso: a) personales e interpersonales, como falta de información sobre el derecho al aborto y sobre cómo acceder a los servicios, reconocimiento tardío del embarazo, falta de apoyo del entorno o la pareja; b) logísticas (distancia, movilidad, dificultades para abandonar las tareas del hogar y/o el trabajo); c) sociales, como el estigma y la presión social, y d) del sistema de salud, como disponibilidad de servicios, mecanismos de derivación, opciones clínicas limitadas, calidad en el trato, uso abusivo de la objeción de conciencia. También hay barreras vinculadas a las normativas legales y sanitarias, como los plazos de espera, los costos del procedimiento o del traslado, y la falta de cobertura de salud.

La Observación General 36 del Comité de Derechos Humanos afirma que la protección del derecho a la vida de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar implica la protección de su derecho al acceso al aborto seguro. La atención integral del aborto seguro es una de las intervenciones incluidas en las orientaciones para el mantenimiento de los servicios de salud esenciales de la OMS del 2020.

¿Dónde estamos?

El aborto en números

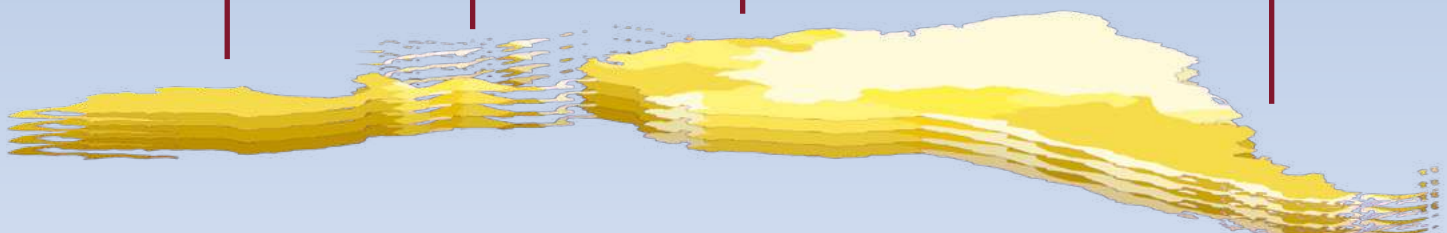
Entre 2010-2014 se realizaron 6,5 millones de abortos cada año en América Latina y el Caribe y de estos, 4,89 millones (75%) fueron abortos inseguros.

9,9% de las muertes maternas en América Latina y el Caribe en 2015 se debieron a complicaciones asociadas al aborto inseguro.

En algunos países se observó un aumento sistemático de las causas indirectas de mortalidad materna atribuible a la cobertura y calidad deficientes de la atención prenatal, y a la falta de acceso a servicios de anticoncepción y de aborto seguro.

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe permiten el aborto en condiciones específicas: peligro para la vida, riesgo para la salud, inviabilidad fetal, violación, incesto y salud mental.

Existen importantes barreras de acceso geográficas, económicas, administrativas y actitudinales para el acceso al aborto seguro.



Las políticas restrictivas no solo no reducen el número de abortos, sino que impiden que se realicen de forma segura:

- A nivel global, en los países donde el aborto está permitido a demanda, 87,4% de los abortos son seguros.
- En los países donde el aborto está completamente prohibido o permitido solo en caso de riesgo para la vida o la salud física, solo 25,2% de los abortos son seguros.



El acceso a SSR también es crucial para sostener el empoderamiento de diversos grupos de mujeres y chicas adolescentes. La falta de atención a estos servicios contribuye directamente a la mortalidad materna, el embarazo adolescente, el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, a una salud deficiente y la enajenación de mujeres y niñas.”

Representante de Canadá en el 60.º Consejo Directivo, 75.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, celebrada en Washington, D.C., Estados Unidos de América, del 25 al 29 de septiembre del 2023.

¿Qué hacer?

Se requieren políticas con apoyo legal para poner en marcha las siguientes acciones:

- Mejorar el acceso universal y gratuito a la anticoncepción moderna para evitar los embarazos no intencionales, así como el acceso a consejerías en SSR y a la educación integral en sexualidad para la toma de decisiones informadas.
- Proveer servicios posaborto de calidad para reducir la enfermedad y la muerte asociadas al aborto inseguro y garantizar la anticoncepción posaborto.
- Mejorar las políticas de acceso al aborto seguro con opciones clínicas y autogestionadas (incluidos los medicamentos para el aborto farmacológico).
- Adecuar los protocolos de atención a las recomendaciones sobre la materia de la OMS.
- Ampliar las bases para el aborto legal con el fin de reducir los abortos inseguros.

La mortalidad y la morbilidad maternas por aborto y los abortos inseguros se redujeron en los países que limitaron las restricciones en la legislación e implementaron políticas de acceso. En esos contextos, la amplia mayoría de los abortos se han producido en las primeras 12 semanas de gestación.





Violencia de género

El problema

La violencia de género tiene consecuencias graves en la salud física, mental, sexual y reproductiva de las niñas y mujeres. La violencia dentro de la pareja es la forma más común de violencia. Esta violencia comienza temprano y no cesa a lo largo de la trayectoria de vida de las mujeres.

¿Dónde estamos?

La violencia de género en números

34% de las mujeres de 15 a 49 años ha sufrido violencia física o sexual en su pareja o violencia sexual fuera de su pareja en algún momento de su vida (2021).

1 de cada 4 mujeres sufrió violencia física o sexual por parte de su pareja al menos una vez en su vida.

21% de las mujeres de 25 años ya han sufrido violencia por parte de una pareja y 28% de las mujeres mayores de 65 años la sigue sufriendo.



Los países de la Región avanzan en políticas para erradicar la violencia de género:

- 83% de los países incluye acciones de prevención, atención y reparación de la violencia en políticas y planes de salud.
- 60% de los países dispone de protocolos y directrices para los sistemas de salud.
- 80% de los países cuenta con una política multisectorial de prevención de la violencia contra las mujeres o una política nacional de género que contempla la violencia contra las mujeres.

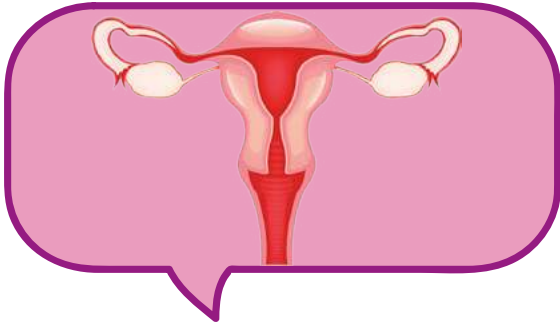
Los países de la Región muestran progresos en la generación de información sobre la violencia contra las mujeres y las niñas; la inclusión de la prevención, atención y reparación de la violencia contra las mujeres en las políticas y los planes de salud; la elaboración de protocolos y directrices para orientar la respuesta de los sistemas de salud, y la capacitación de profesionales de salud y el fortalecimiento de la prestación de servicios integrales de atención posterior a la violación.

¿Qué hacer?

El sector de la salud desempeña un papel clave en la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas y en la mitigación de sus consecuencias: puede detectar abusos de forma temprana, brindar una atención de calidad, y colaborar con otros sectores para avanzar en medidas multisectoriales.

Es necesario realizar más esfuerzos para mejorar la calidad de los documentos que recogen las políticas para la erradicación de la violencia de género, su consonancia con la evidencia y su implementación. Cuanto más detallada sea la orientación, más fácil será para el personal de salud comprender exactamente lo que se requiere de él.





Cáncer cervicouterino

El problema

América Latina y el Caribe ocupa el segundo lugar mundial en mortalidad por cáncer cervicouterino, con las tasas más elevadas en el Caribe, seguido de América del Sur y Centroamérica. Si bien algunos países han impulsado legislación para el tratamiento del cáncer, esta no responde a una visión integral de prevención, detección temprana, acceso a vacunas y medicamentos, manejo integral de información y acceso a financiamiento para gastos catastróficos.

El bajo nivel de tamizaje y la falta de detección temprana en grupos en situación de vulnerabilidad se deben a diversas barreras: a) estructurales (condición socioeconómica y nivel de escolaridad), b) culturales (creencias y actitudes vinculadas al cáncer cervicouterino, discriminación, falta de servicios sensibles, y desinformación y prejuicios de parte de los prestadores), y c) sistémicas, vinculadas al sistema de salud (falta de acceso a la detección y el seguimiento debido a brechas en la tecnología disponible, así como escasa capacidad de respuesta y de organización de los servicios de salud).

¿Dónde estamos?

La incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino han decrecido en la última década en la Región, pero todavía la mayoría de los países y territorios tienen tasas por encima del umbral de eliminación de 4 de cada 100 000 mujeres acordado en la *Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública* elaborada por la OMS en el 2022.

El cáncer cervicouterino en números

Es el tercer diagnóstico de cáncer más común y el más frecuente en las mujeres en 11 de los 32 países y territorios con datos disponibles

Incidencia del cáncer cervicouterino es de 6,1 por cada 100 000 mujeres en América del Norte;

13,8 por cada 100 000 mujeres en Centroamérica, y

15,4 por cada 100 000 mujeres en América del Sur (2020)

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino es de 8,2 por cada 100 000 mujeres en el Caribe,

7,8 por cada 100 000 mujeres en América del Sur, y

6,8 por cada 100 000 mujeres en Centroamérica

- 39 países y territorios tienen programas de vacunación contra el VPH en niñas y 12 de ellos también en niños.
- 16 países de América Latina y el Caribe actualizaron sus recomendaciones para introducir nuevas pruebas de detección o enfoques programáticos alternativos, aunque la citología sigue siendo la principal prueba de detección.
- El acceso a medicamentos contra el cáncer, en particular los de alto costo, sigue siendo un reto, y la utilización del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública es aún limitada.
- Más de la mitad de los países de América Latina y el Caribe tiene un registro de baja calidad, y ese registro es necesario para planificar, monitorear y evaluar acciones nacionales.

¿Qué hacer?

Se debe avanzar en los pilares de prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino a partir de la implementación de las acciones de la “Estrategia mundial para alcanzar las metas 90-70-90” y acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública.

Prevención primaria:

- Garantizar suficientes vacunas contra el VPH a un precio asequible y aumentar su calidad y cobertura introduciendo innovaciones para mejorar la eficiencia en su administración.
- Mejorar la comunicación y la movilización social.

Prevención secundaria:

- Conocer las barreras de acceso a los servicios y crear un entorno favorable.
- Integrar servicios de detección y tratamiento en conjunto de medidas de atención primaria, promoviendo el enfoque de detectar y tratar y asegurando el suministro apropiado de pruebas de detección y dispositivos de tratamiento de calidad y alta precisión.
- Reforzar capacidad de laboratorios y programas de garantía de calidad.

Tratamiento y cuidados paliativos:

- Aplicar directrices de tratamiento del cáncer de cuello uterino, fortalecer los servicios de anatomía patológica y ampliar la capacidad quirúrgica y el acceso a la radioterapia y la quimioterapia.
- Fortalecer los servicios de cuidados paliativos y de apoyo integral para mejorar la calidad de vida y atender las dificultades de salud mental y sexual a que se enfrentan las supervivientes.

La Estrategia mundial propone tres metas a alcanzar en el 2030: 90% de niñas vacunadas contra el VPH antes de cumplir los 15 años; 70% de mujeres examinadas con prueba de alta precisión antes de los 35 años, y nuevamente antes de los 45 años; y 90% de mujeres diagnosticadas con cáncer del cuello uterino que reciben tratamiento.

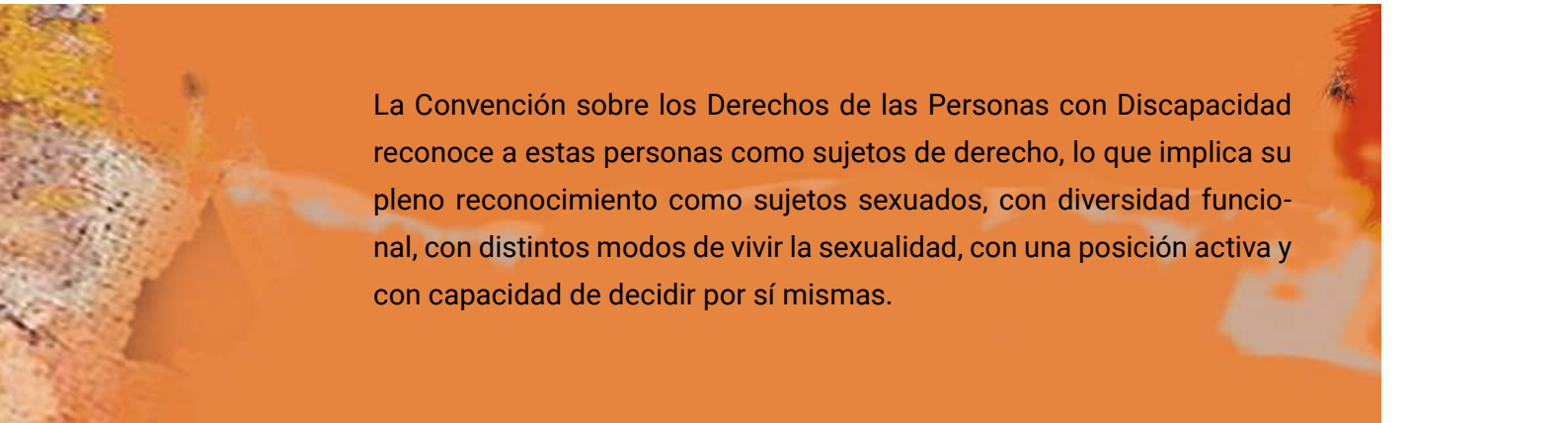


Personas con discapacidad

Casi 12% de la población de América Latina y el Caribe presenta al menos una discapacidad, lo que supone un total de alrededor de 66 millones de personas.

La SSR de las personas con discapacidad suele ser invisibilizada por desconocimiento y discriminación, debido a la errónea presunción de su no sexualidad, y de su falta de autonomía para decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida sexual y reproductiva.

Las personas con discapacidad enfrentan barreras adicionales para el acceso a servicios, educación e información sobre la SSR: inaccesibilidad de espacios de salud, dificultades de comunicación, falta de formación específica de los profesionales de salud y limitaciones financieras son algunas de las más frecuentes. Están más expuestas a situaciones de violencia de género y a otras formas de violencia y abuso.



La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce a estas personas como sujetos de derecho, lo que implica su pleno reconocimiento como sujetos sexuados, con diversidad funcional, con distintos modos de vivir la sexualidad, con una posición activa y con capacidad de decidir por sí mismas.

Si bien se ha avanzado en el logro de los objetivos trazados en el *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* elaborado por la OPS en 2020, y hay una mayor cantidad de países que cuentan con legislación y planes nacionales sobre discapacidad, muchos de esos planes no se han ejecutado plenamente y las personas con discapacidad siguen afrontando obstáculos considerables para acceder a los servicios de atención de salud en muchos países.



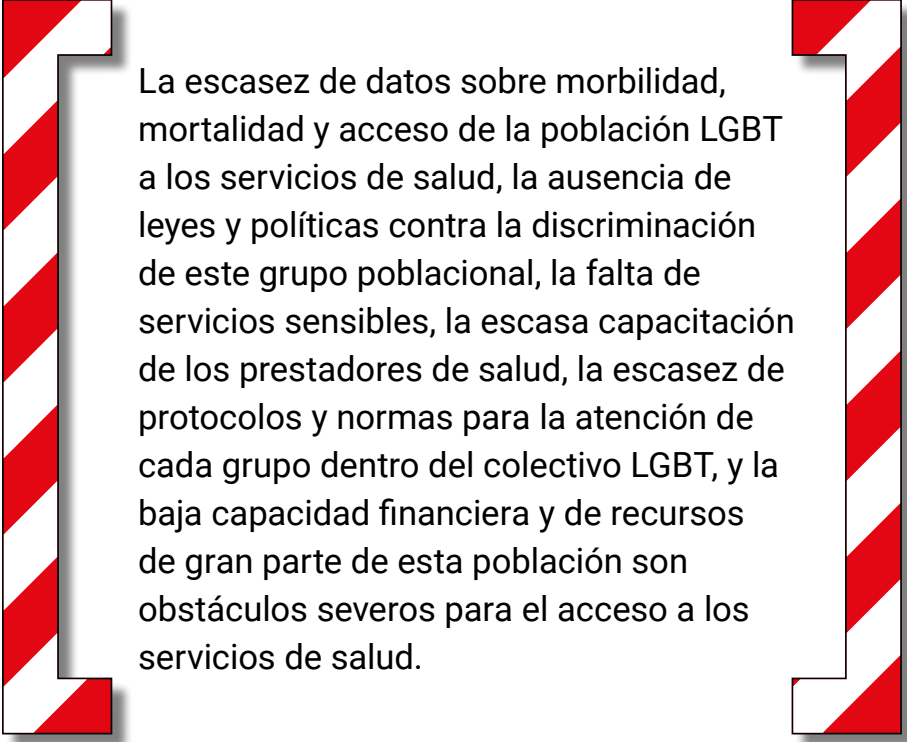
Población LGBT

La población LGBT presenta peores resultados de salud que la población heterosexual. En su SSR enfrenta problemas como la falta de tamizaje del cáncer, su escasa visibilidad en la ESI y un mayor riesgo de sufrir violencia, incluido el abuso sexual infantil.

Esta población debe encarar barreras para un acceso temprano y oportuno a los servicios de salud e incluso no accede a ellos, muchas veces por la ausencia de garantías de confidencialidad y privacidad en la atención y por la falta de una atención de salud centrada en la persona.



Las personas LGBT con VIH que son altamente estigmatizadas tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la búsqueda de atención médica y mayores problemas de salud mental.



La escasez de datos sobre morbilidad, mortalidad y acceso de la población LGBT a los servicios de salud, la ausencia de leyes y políticas contra la discriminación de este grupo poblacional, la falta de servicios sensibles, la escasa capacitación de los prestadores de salud, la escasez de protocolos y normas para la atención de cada grupo dentro del colectivo LGBT, y la baja capacidad financiera y de recursos de gran parte de esta población son obstáculos severos para el acceso a los servicios de salud.

La estigmatización y la discriminación de la sociedad y de los sistemas de salud para con la población LGBT derivan en una comprensión inadecuada de sus problemas específicos y en la formación de prejuicios acerca de las causas de sus enfermedades. Esto produce la negación del cuidado o una atención inadecuada o inferior al promedio por parte de los servicios de salud.



Las continuas barreras de acceso a la atención de la salud que enfrenta la población LGBTQI+ proviene del estigma y la discriminación de la sociedad, incluidos los sistemas sanitarios. Es preciso continuar promoviendo y protegiendo los derechos humanos de la población LGBTQI+.”

Representante de los Estados Unidos de América en el 60.º Consejo Directivo, 75.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, celebrada en Washington, D.C., Estados Unidos de América, del 25 al 29 de septiembre del 2023.



Salud de los hombres

Los roles de género masculino y las prácticas impuestas socialmente afectan en muchos aspectos la salud de los hombres, propiciando comportamientos de riesgo (modos de vida y conductas) que derivan en un mayor acceso a los servicios de salud por urgencias, con patologías crónicas descompensadas o por causas externas, y en una baja utilización de los servicios de control y prevención.

Los hombres registran una mayor mortalidad prematura que las mujeres. La falta de autocuidado de la salud física y mental perjudica la trayectoria de vida de muchos hombres.

El sistema de salud aborda las consecuencias de la socialización masculina hegemónica de manera fragmentada.

En el campo de la SSR, dada la prevalencia de una cultura de género que concibe la reproducción como fenómeno exclusivamente femenino, los hombres no son llamados a asumir una corresponsabilidad integral en la atención prenatal, el parto, la lactancia, la anticoncepción, los cuidados infantiles ni las actividades domésticas.

Desde la sociedad civil y el sector académico se vislumbran algunas soluciones para estos problemas, pero aún no existen respuestas programáticas organizadas que sean suficientes, integrales y conectadas con otros sectores de las políticas públicas.

Las discrepancias entre las necesidades de salud de los hombres y sus comportamientos sociales deben ser consideradas en las políticas mediante enfoques integrales e integrados, sensibles y con corresponsabilidad de género.



Llamado a la acción

Los países de la región de las Américas acordaron los términos del Documento “Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva” en el que se convoca a redoblar los esfuerzos para ampliar el acceso a los servicios de SSR, reducir las inequidades, garantizar los derechos humanos y contribuir a la cobertura universal.

Para avanzar hacia el cumplimiento de esos objetivos, las autoridades sanitarias de los Estados Miembros de la OPS acordaron las siguientes estrategias y acciones:

- Promover e implementar marcos normativos, políticas y regulaciones integrales que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso universal a los servicios de SSR, sin discriminación de ningún tipo, para reducir las inequidades, mejorar las oportunidades de desarrollo de las personas y las familias, y avanzar en el cumplimiento efectivo de los compromisos asumidos en este campo.

Los marcos normativos actúan no solo como reguladores de la institucionalidad y las prácticas del sistema de salud, sino también como escenarios más o menos propicios para que los servicios de salud puedan responder apropiadamente a las necesidades sanitarias y de la población. También pueden generar oportunidades y orientar los comportamientos de los profesionales de la salud hacia una atención centrada en la persona.

- Expandir el acceso a los servicios de SSR con un enfoque de atención primaria de salud por medio de las siguientes herramientas:
 - ▶ La capacidad y la eficacia del primer nivel de atención en redes integradas de salud, asegurando servicios de SSR integrales y con un enfoque inclusivo de la salud, la sexualidad y la reproducción.
 - ▶ La participación comunitaria y la colaboración intersectorial para llegar a los grupos en situación de vulnerabilidad.
 - ▶ La formación de equipos de salud en torno a la perspectiva de equidad, género y derechos para garantizar la atención integral de la SSR.
 - ▶ La recuperación de los servicios esenciales de SSR que fueron afectados durante la pandemia de COVID-19.
 - ▶ El modelo de atención de tareas compartidas para ampliar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios y la aplicación de las innovaciones vinculadas con la salud digital.

La mayoría de las prestaciones de SSR se resuelven en el primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud. La participación de la comunidad y las acciones intersectoriales son clave para incidir sobre los múltiples determinantes de los problemas de SSR. Una respuesta apropiada y oportuna de los servicios de salud requiere equipos sensibilizados sobre los condicionantes sociales de los problemas de SSR y dispuestos a compartir tareas.

- Aumentar la inversión en políticas y programas de SSR, que tiene importantes beneficios económicos para los gobiernos, las sociedades y las personas. Garantizar un financiamiento adecuado y sostenible para la implementación de intervenciones costo-efectivas basadas en la evidencia, la organización y prestación de servicios integrales de SSR, y el acceso a medicamentos para la SSR universales y gratuitos.

La inversión en intervenciones probadas y el acceso gratuito a insumos y medicamentos para la SSR tiene retornos significativos para las personas, las sociedades y los Estados, pues mejora las oportunidades de desarrollo educativo y laboral de las mujeres y contribuye al ahorro de los recursos públicos.

- Fortalecer la articulación, el trabajo intersectorial y los protocolos de atención entre las áreas de salud, educación, protección social, seguridad y justicia para ejecutar políticas y programas integrales que permitan intervenir sobre los determinantes de la SSR, y dar respuesta a las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos, con particular énfasis en la ESI.


Los determinantes de la SSR son múltiples y el abordaje integral de los problemas requieren intervenciones sectoriales coordinadas, tal como la evidencia lo recomienda. El escenario es particularmente propicio, pues se cuenta con evidencia sobre lo que hay que hacer y cómo: las buenas prácticas en SSR están disponibles y deben promoverse, realizando las adaptaciones necesarias a cada contexto.

- Fortalecer los sistemas de investigación e información para la recopilación y el análisis de los indicadores de SSR desglosados por edad, género (incluida la diversidad LGBT), pertenencia étnico-racial y lugar de residencia, a fin de poder determinar cuáles son las brechas de la equidad, y fundamentar el seguimiento y la evaluación de las políticas y de los programas de SSR y la evidencia local necesaria para contextualizar las acciones, bajo un marco jurídico que favorezca la integración de datos y su protección legal.

El diseño, la implementación y la evaluación de las políticas requieren información pertinente y oportuna. La producción, la sistematización, el análisis y la generación de sistemas y herramientas de información orientada a la toma de decisiones son esenciales en todas las etapas del ciclo de las políticas sanitarias.

- Aumentar el compromiso político para mejorar la cobertura y eficacia de las políticas y los programas de SSR, estableciendo metas de corto y mediano plazo, mecanismos de rendición de cuentas y espacios de participación de los grupos afectados.

Las posibilidades de que una política sanitaria logre sus objetivos está fuertemente condicionada por el apoyo político que reciba de las autoridades en todos los niveles del sistema de salud. También incide en ello su capacidad de establecer metas explícitas y de generar institucionalidad y mecanismos para rendir cuentas sobre sus avances y para contar con los aportes y la vigilancia de los grupos afectados.



Esta publicación presenta los lineamientos y acuerdos del documento informativo “Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva”, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud a solicitud de sus Estados Miembros en la 30.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. El documento fue presentado y aprobado por unanimidad por los países de la Región de las Américas en la 60.º Reunión del Consejo Directivo, 75.ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, realizada en Washington, D.C., Estados Unidos de América, del 25 al 29 de septiembre del 2023.

Su objetivo es describir el estado de situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en la Región de las Américas, identificar respuestas sanitarias y barreras de acceso, y sugerir recomendaciones para los países. El documento desarrollado a partir de una revisión y sistematización de datos, planes e iniciativas, artículos científicos, informes de Naciones Unidas y marcos jurídicos y regulatorios sobre SSR.

OPS

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
OPERA REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS