



OBJETIVOS DESCONECTADOS: LOS *BRICS* Y LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS *ODS*

Working paper

AUTORAS

Alba Teresa González Esteban

Paula Toro Bahamonde

Abril 2024

11/2024

RESUMEN EJECUTIVO

En septiembre de 2015, 193 países y una multitud de actores no estatales manifestaron su apoyo a la Agenda 2030, estableciéndola como la hoja de ruta que orienta las políticas de desarrollo en todo el planeta. Esta investigación comparativa profundiza en el estudio de las acciones que los BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) llevan a cabo para cumplir con este pacto internacional, específicamente en lo referente a los compromisos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. A pesar de su posicionamiento estratégico conjunto en temas económicos y financieros, los datos muestran no solo la falta de una agenda de acción común, sino también un estado muy variado en el bienestar de las mujeres en cuanto a la salud sexual y reproductiva en estos países. Con una educación sexual influenciada por elementos culturales y una disponibilidad de anticonceptivos que sigue siendo mucho menor que la demanda, los embarazos no deseados, las prácticas de abortos clandestinos y la mortalidad materna continúan siendo parte significativa de la realidad de los BRICS.

SUMMARY

In September 2015, 193 countries and a multitude of non-state actors expressed their support for the 2030 Agenda, establishing it as the roadmap guiding development policies worldwide. This comparative research delves into the study of actions that the BRICS (Brazil, Russia, India, China, and South Africa) are undertaking to fulfill this international pact, specifically regarding commitments related to women's sexual and reproductive health. Despite their joint strategic positioning on economic and financial issues, the data show not only the lack of a common action agenda but also a very varied state of women's wellbeing in terms of sexual and reproductive health in these countries. With sexual education influenced by cultural elements and a contraceptive availability that remains far below demand, unwanted pregnancies, practices of clandestine abortions, and maternal mortality continue to be a significant part of the reality of the BRICS.



CONTENIDOS

- 1| La salud reproductiva en los países BRICS03
 - 1.A| Educación sexual03
 - 1.B| Disponibilidad y el uso de anticonceptivos 04
 - 1.C| El acceso a servicios de aborto legal y seguro 05
 - 1.D| Mortalidad materna07
- 2| Ausencia de un marco de actuación común08
- 3| Bibliografía 09



Los BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) son un bloque de países emergentes que, en sus orígenes, presentaban algunas similitudes: gran población, territorio extenso, numerosos recursos naturales, importante crecimiento del PIB y similar actividad en el comercio mundial (Tassara & Cecchini, 2016). Estos Estados se han auto-declarado como una asociación de cinco economías emergentes y se conciben como una categoría unitaria, presentándose como una alternativa de desarrollo con una agenda propia. En las últimas décadas, este grupo de países ha adquirido “notoriedad en la escena internacional y se encuentra en la búsqueda por reivindicar el papel del denominado sur global” (Torres, 2023: 82).

Sin embargo, presentan diferencias relevantes en ámbitos como el de la salud reproductiva, lo que supone un fuerte desafío al que deben enfrentarse los organismos de cooperación encargados de elaborar políticas específicas. Se caracterizan por su diversidad en términos de cultura, economía y política, factores que afectan de forma directa a la salud reproductiva, entendida como un componente fundamental del bienestar de la población y un indicador clave del desarrollo humano.

Todos los BRICS enfrentan desigualdades de género en el acceso a la salud reproductiva, lo que limita considerablemente el control de las mujeres sobre su salud sexual y genera fuertes barreras en la planificación familiar, la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, los diferentes factores señalados influyen de manera distinta en la salud sexual y reproductiva en estos territorios, generando situaciones dispares en las dimensiones mencionadas, con efectos evidentes en las tasas de aborto y de mortalidad materna, entre otras. Algunas investigaciones revelan que los BRICS presentan un comportamiento contradictorio en relación con la agenda en materia de género, condicionado por cuestiones estructurales, culturales y socioeconómicas (Fructuoso, 2023).

El nivel de desarrollo económico limita la disponibilidad de servicios de salud reproductiva, así como las inversiones en infraestructuras y servicios. Igualmente, las normas culturales y las tradiciones pueden afectar a las decisiones de salud reproductiva —aceptación de la anticoncepción, interrupciones voluntarias del embarazo. De todo ello dependen las propuestas gubernamentales sobre la dotación de servicios de salud. Asimismo, existe evidencia de que el status socioeconómico condiciona la posibilidad de acceder a una toma de decisiones informada y el proceso de búsqueda de servicios necesarios para asegurar la salud reproductiva.

El objetivo de este texto es analizar de manera integral la situación de la salud reproductiva en los BRICS para comprobar si existe una agenda de actuación común en este ámbito. Estos países suscribieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, cuyas metas incluyen garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva que concibe la salud como bien público global (Domínguez-Martín, 2018). Sin embargo, la variedad de resultados obtenidos revela que posiblemente las desigualdades internacionales en salud no están siendo abordadas correctamente en el conjunto (Domínguez-Martín, 2018). El uso del término BRICS “contribuye a cristalizar una imagen de homogeneidad y cohesión entre los cinco países miembros, cuando de hecho esta formación está compuesta de Estados cuyos intereses no coinciden del todo” (Corrêa, 2014, p.182). Pese a que los BRICS representan a los países emergentes y muestran su voluntad por liderar un modelo de desarrollo, es posible que no compartan una agenda común en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. Aunque dentro de las bases y objetivos del Nuevo Banco de Desarrollo, creado por esta asociación de países en 2014, se incluían valores de igualdad de género y diversidad, muchas de sus propuestas no incluyen estas dimensiones, sino que se centran en un proyecto de desarrollo económico (Rodrigues-Meriqui, 2016). En esta línea, los investigadores señalan que los BRICS no operan de manera cohesionada en lo referido a los derechos sexuales y reproductivos (Corrêa, 2014).

Por ello, en este estudio se pretende identificar las diferencias y similitudes entre estos países en términos de salud reproductiva y comprender los factores que influyen en esta área a través de la recopilación de datos de diversas fuentes, —como informes de organismos internacionales, cifras gubernamentales y estudios académicos—, y la aplicación de un enfoque comparativo. A partir de este análisis ha sido posible identificar algunas diferencias relevantes entre estos países que ofrecen una visión detallada de la salud reproductiva en los BRICS, así como entender la fragilidad del discurso de desarrollo en este ámbito específico.



1 | LA SALUD REPRODUCTIVA EN LOS PAÍSES BRICS

A | Educación sexual

En Brasil, a pesar de que el Ministerio de Educación estableció la educación sexual obligatoria en la escuela primaria y secundaria en los años 90 a través de los Parámetros Curriculares Nacionales (Baez, 2016), diversos estudios denuncian que existe una insuficiente educación sexual especialmente en la población más joven. En gran parte, la problemática se produce desde el propio proceso de formulación y desarrollo de políticas públicas, ya que todavía se encuentran sesgadas por la influencia religiosa (Castillo, 2020). Esta carencia de educación sexual influye directamente en las tasas de embarazos no deseados en edades tempranas, como abordaremos más adelante.

Por su parte, históricamente en Rusia ha sido muy escasa la inversión en educación sexual y la programación de la maternidad (De Janon, 2021). Esto se debe a que resulta muy difícil integrar la instrucción sexual en las escuelas (Maiztegui, 2006). Algunas fuerzas más conservadoras, junto a la Iglesia Ortodoxa Rusa, iniciaron una agresiva campaña en contra de la implementación de educación sexual y planificación familiar en los colegios (Shapiro, 2001). A pesar de los intentos del Ministerio de Educación ruso, en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la UNESCO, la instrucción sexual sigue sin contemplarse desde los marcos legales y políticos (UNESCO, 2022).

Por otro lado, en India todavía existe un tabú en torno a los temas de materia sexual y esto actúa como una barrera para poder brindar una educación sexual eficaz y apropiada a los adolescentes (Ismail, 2015). En la India, la gestión de la educación sexual está descentralizada a nivel de los Estados (UNESCO, 2022). Pese a que sí existe una educación sexual en las escuelas, —estructurada recientemente a través de un plan de estudios implementado en los libros de texto (UNESCO, 2022)—, esta aplicación ha suscitado muchas críticas en el debate público, debido a que, según algunos sectores de la sociedad, ofende los “valores indios” (Ismail, 2015). Al igual que en los otros países ya mencionados, la tasa de abortos inducidos por embarazos no deseados a tempranas edades genera preocupación. Esto es así dado el bajo nivel de educación sexual, particularmente evidente entre mujeres jóvenes, situándolas en una posición más vulnerable. En el caso de China, la educación sexual y la planificación familiar fueron de especial interés para las autoridades sanitarias nacionales debido a la política de “hijo único”, aunque varios estudios revelan que existen muchas carencias en torno a esta cuestión. En concreto, la información está destinada principalmente a matrimonios en edad de procrear. Por lo tanto, la educación sexual resulta bastante restringida para los adolescentes. De hecho, un estudio realizado entre jóvenes de instituto revela que menos del 42% tenían conocimientos acerca de distintas cuestiones englobadas en la salud reproductiva (Jia & Wang, 2015). Además de las mujeres solteras y adolescentes, otros grupos vulnerables como las mujeres migrantes o aquellas que viven en contextos rurales denuncian la dificultad de acceso a una educación sexual segura (Zhou et al., 2021).

En Sudáfrica, la urgencia de implementar una educación sexual actualizada y accesible se hace especialmente evidente ante las altas tasas de SIDA/VIH entre jóvenes de 14 y 24 años (Francis, 2010). Los datos recogidos por el Grupo Banco Mundial en 2021 ponen de manifiesto que la prevalencia de VIH en este país alcanzaba el 18,3% entre la población de 15 a 49 años. A pesar de que sí se contempla la sensibilización con respecto a cuestiones como las enfermedades de transmisión sexual, los legados del Apartheid y la colonización siguen muy presentes en la ética nacional, generando negativos estigmas que giran en torno a la salud y educación sexual. Además, diversos estudios revelan que la educación sexual implementada en el programa educativo LO —Life Orientation— aplicado en los años 90 no satisface las necesidades de los grupos más vulnerables, en especial, los jóvenes (Bhana et al, 2019). Todo ello, unido a otras cuestiones que ponen en riesgo la salud de las personas sudafricanas, constituye una dimensión de máxima importancia en el debate público.

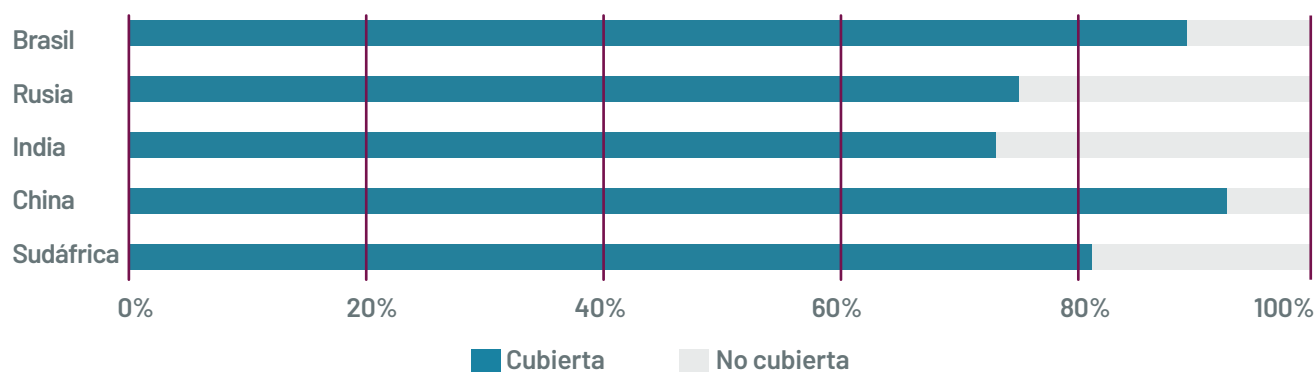
Desafortunadamente, no ha sido posible encontrar estudios con el mismo marco de datos y uso de indicadores que permitan comparar los resultados y el desempeño obtenidos por los países BRICS en materia de educación sexual. La ausencia de informes con datos comparativos y propuestas comunes para abordar las problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva revela la ausencia de una agenda común que estructure una acción unitaria en este ámbito.



B | Disponibilidad y el uso de anticonceptivos

El uso de los anticonceptivos es una dimensión crucial para comprender el estado y el desarrollo de las políticas de salud sexual en los diferentes países mencionados. A continuación, el gráfico muestra el porcentaje de cobertura de las necesidades y uso de los anticonceptivos modernos en los países BRICS.

NECESIDAD Y USO DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS



Fuente: Gráfico de elaboración propia a partir de los datos del Instituto Guttmacher (2019).

Según los datos expuestos, podemos observar que en países como Brasil o China las necesidades se encuentran cubiertas en gran medida. A pesar de lo que muestran los datos, en Brasil diferentes expertos denuncian la falta de educación sexual y el escaso conocimiento sobre anticonceptivos entre la población joven, además de las asimetrías de género y la consiguiente falta de empoderamiento de las mujeres, quienes no siempre practican sexo seguro (Cavenaghi, 2013). En efecto, una alta proporción de mujeres que no desean quedarse embarazadas no se protegen durante sus relaciones sexuales (Maganha et al., 2020). Igualmente, Maganha et al. (2020) señalan que, aunque el uso de anticonceptivos entre mujeres brasileñas ha aumentado en los últimos años, muchos fracasan como consecuencia de las limitaciones de orientaciones desde los servicios de salud o la ausencia de un método que se adapte a las necesidades clínicas, sociales y reproductivas.

En el caso de China, el uso de anticonceptivos se vio reforzado gracias a las iniciativas de mejora impulsadas desde los servicios de planificación familiar. No obstante, distintos estudios revelan una gran tasa de necesidades insatisfechas respecto al uso de anticonceptivos en la población más joven, —adolescentes y solteros—, lo que se traduce en un alto porcentaje de abortos (Fang, 2015) porque estas políticas estaban destinadas principalmente a la población casada.

Por otro lado, se puede observar que los porcentajes más bajos de necesidades cubiertas en el ámbito de la anticoncepción se producen en Rusia, India y Sudáfrica.

Con respecto a Rusia, es necesario señalar que se trata de un país que históricamente ha presentado barreras muy importantes de acceso a métodos anticonceptivos (Berer, 2000). En la actualidad persiste la ausencia de apoyo estatal, lo que provoca que la estructura de la anticoncepción en este país siga siendo arcaica y que los anticonceptivos utilizados no sean fiables (Vishnevsky, 2017). En efecto, diferentes investigaciones ponen de manifiesto el escaso conocimiento de los problemas de reproducción y anticonceptivos entre una parte importante de la población rusa (Rostovskaya et al., 2022). Así, una proporción muy alta de mujeres rusas solo puede acceder a anticonceptivos tradicionales y poco eficaces. Diversos autores denuncian la limitada gama de opciones anticonceptivas disponibles, así como la escasa oferta en las farmacias de marcas específicas de métodos hormonales (David et al., 2007). Además, pocos profesionales de la salud son conocedores de las nuevas tecnologías anticonceptivas, limitando las posibilidades de planificación familiar: muchas mujeres no se encuentran adecuadamente informadas sobre los anticonceptivos orales y sus riesgos o efectos secundarios (David et al., 2007).

En India, algunos investigadores y encargados de formular políticas muestran su preocupación por el estancamiento de necesidades insatisfechas en la planificación familiar. Una investigación de Rana et al. (2021) sobre los efectos de proporcionar información relativa a los anticonceptivos a mujeres en este país expone que el uso inadecuado de los mismos es mayor entre mujeres que no recibieron información sobre el método o que solo han sido alertadas sobre sus efectos secundarios. No obstante, en la actualidad, este país ha priorizado la planificación familiar como componente imprescindible de su programa de salud pública, promoviendo mensajes sobre el uso de anticonceptivos en todo el país e incluyendo entre sus servicios el suministro de anticonceptivos gratuitos a través de centros sanitarios públicos.

Por su parte, Sudáfrica consiguió expandir en las escuelas una educación sexual muy orientada a la sensibilización sobre las enfermedades de transmisión sexual y el uso de anticonceptivos modernos como preventivo a través del programa LO, —Life Orientation— (Bhana et al., 2019). Aun así, el acceso a estos servicios sigue estando muy limitado para los grupos más vulnerables; varios estudios revelan que la falta de conocimientos sobre educación sexual se traduce en bajas tasas de uso de anticonceptivos modernos, en especial, en mujeres jóvenes que solo han cursado educación primaria (Chersich et al., 2017).

El acceso a métodos anticonceptivos y la existencia de una educación sexual adecuada son elementos que determinan la calidad de la planificación familiar, por lo que las barreras en estas dimensiones generan un mayor riesgo de embarazos no deseados y, por tanto, mayor incidencia de abortos (Dehlendorf et al., 2010; Iseyemi et al., 2017).

C | El acceso a servicios de aborto legal y seguro

En Brasil la tasa de embarazo no deseado y de aborto es considerablemente alta como consecuencia de la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, con mayor incidencia entre las mujeres con menor nivel socioeconómico (Cavenaghi, 2013; Nogueira & Bussinguer, 2019). Sin embargo, los datos oficiales de salud no permiten realizar una estimación del número de abortos real en el país (Cardoso et al., 2020), debido a que muchos de estos se practican de forma clandestina (Nogueira & Bussinguer, 2019).

En efecto, en Brasil no existe un sistema seguro de interrupción del embarazo (Silveira, 2024) y, pese a que el aborto en casos de violación y si el embarazo supone riesgos para la mujer o el feto está previsto en la legislación brasileña, no es legal en otras circunstancias (OMS, 2023b). Existen penalizaciones en caso de que las mujeres decidan practicar un aborto a través de otras vías: no solo hacia las mujeres implicadas, sino también hacia los proveedores o cualquier persona que asista (OMS, 2023b). Estos límites legales quedan reflejados en la siguiente tabla comparativa de los fundamentos jurídicos que permiten el aborto en los países BRICS, en la que se percibe que las mujeres brasileñas encuentran limitado su derecho a la interrupción del embarazo en numerosas situaciones.

LEYES Y POLÍTICAS DEL ABORTO: FUNDAMENTOS JURÍDICOS POR LOS QUE SE PERMITE EL ABORTO

Ámbitos en los que se permite el aborto	Brasil	Rusia	India	China	Sudáfrica
Protección de la vida de la mujer	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Protección de la salud de la mujer	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Protección de la salud física de la mujer	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Protección de la salud mental de la mujer	No	Sí			Sí
En caso de discapacidad intelectual o cognitiva de la mujer	No				Sí
En caso de incesto	No				Sí
En caso de violación	Sí	Sí	Sí		Sí
En caso de malformación del feto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Por razones socioeconómicas	No	Sí	Sí		Sí
A solicitud	No	Sí	Sí	Sí	Sí

Elaboración propia a partir de la información proporcionada para el año 2017 por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (2019).

Asimismo, quienes solicitan servicios de aborto de forma legal en Brasil, —bajo previa autorización de un profesional de salud y con el consentimiento de los padres si la paciente es menor de edad—, se enfrentan a intimidación y estigma por parte de las autoridades, tal y como refleja un informe de Amnistía Internacional (2023).

En contraposición, Rusia fue el primer país que legalizó la interrupción voluntaria del embarazo y permitió su realización gratuita en hospitales públicos (Frenicia & Gaido, 2019; De Janon, 2021): es destacable el decreto soviético de legalización del aborto de noviembre de 1920, así como la pronunciación previa de la Sociedad de Médicos "Piragov" en el año 1913 a favor de la liberalización del aborto (De Janon, 2021). De este modo, se convirtió en el método por excelencia para controlar la fertilidad en este país (David et al, 2007). Actualmente, en este país el aborto es legal bajo petición de la mujer (OMS, 2023b) y es posible comprobar la existencia de altas tasas de aborto (Berer, 2000; De Janon, 2021).

Aunque en las últimas décadas se ha incrementado el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, no se percibió una reducción significativa en las tasas de aborto, —ni de aborto repetido— (David et al., 2007) hasta el año 2015, en que comenzó a disminuir considerablemente el número absoluto de abortos (Rostovskaya et al., 2022).

En Rusia este es un ámbito de la salud reproductiva que se encuentra regulado: se proporciona asesoramiento obligatorio, existe un periodo de espera estipulado previo a la intervención y se exige el consentimiento firmado por los padres en el caso de que las mujeres sean menores de edad (OMS, 2023b).

Pese a ello, algunas noticias recientes revelan que el presidente del país ha manifestado la intención de implementar restricciones al aborto (Cuesta, 2023). Su objetivo es retornar al escenario de periodos anteriores: expone que es preciso defender los valores familiares conservadores para hacer frente al problema demográfico que impera en el territorio, poniendo de manifiesto que la interrupción del embarazo se opone a los intereses del país (RFI, 2023). Para ello ya se han puesto en práctica medidas que promueven las recompensas financieras a los médicos que se ocupen de disuadir a las mujeres de abortar (RFI, 2023).

En India destacan los avances producidos en lo relativo al aborto realizados en septiembre del año 2023, recogidos en un informe de Amnistía Internacional (2023). Entre ellos se encuentra el reconocimiento del derecho al aborto a todas las mujeres —independientemente de su estado civil—, por parte del Tribunal Supremo, atendiendo a la Ley de Interrupción Médica del Embarazo (1971). Sin embargo, la última información actualizada el 7 de diciembre de 2023 por la Organización Mundial de la Salud señala que en este país no es legal el aborto a petición de la mujer y quienes se someten al procedimiento, proveedores y asistentes pueden ser penalizados en caso de que se produzcan este tipo de intervenciones si no responden a motivos médicos (OMS, 2023b).

El caso de China es particular, pues debido a la política de “hijo único” la administración de los servicios sanitarios prestó gran atención a la accesibilidad al aborto. Desde que se implementó la política en 1979, el número de abortos se incrementó, puesto que las mujeres se veían forzadas a abortar si se producía un “embarazo ilegal” (Hemminiki et al., 2005). Atendiendo a datos más recientes, el Anuario Estadístico nacional chino registra de media 7,845,900 abortos por año entre 2005 y 2017, y se percibe una tendencia creciente a medida que avanzan los años (Zhou et al., 2021).

Por lo general, las mujeres solteras de 20 a 24 años son las que más se someten a un aborto inducido, un 30%, (Xiao et al., 2015) y el 82,5% de embarazos de mujeres solteras entre 15 a 24 años acabaron en aborto inducido (Guo et al., 2019). Además, los datos revelan que existe una tasa alta de abortos repetidos en mujeres que ya habían abortado antes, entre un 30% y un 60% (Zhou et al., 2021). Estas tasas de aborto en mujeres jóvenes están influenciadas por diversos factores, entre los que es posible destacar la falta de conocimiento sexual en términos de uso de los anticonceptivos, la existencia de diversas parejas sexuales, o la temprana edad en el primer encuentro sexual (Zhou et al., 2021). Sin embargo, la cobertura de la interrupción del embarazo está regulada y la prestación de los servicios de atención al aborto se proporciona en todo el país (OMS, 2023b).

En Sudáfrica el ámbito de la salud sexual y reproductiva, particularmente en los servicios de aborto, ha sido gravemente desatendido. Este patrón se refleja en la persistente inequidad en la prestación y acceso a servicios de salud. Una alta proporción de las interrupciones del embarazo suponen fuertes riesgos para la salud de las mujeres debido a la dificultad de acceso a información sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo cómo y dónde acceder a servicios legales de abortos. Además, aunque el aborto es legal en Sudáfrica (Penn-Kekana et al., 2007; OMS, 2023b), solo el 7% de las instalaciones públicas de atención médica ofrecen este servicio (Amnistía Internacional, 2022). Todavía existen obstáculos para que las mujeres y las niñas accedan a abortos seguros, que incluyen la falta de regulación de objeciones de conciencia y las desigualdades en el acceso a servicios para mujeres y niñas de comunidades pobres y marginadas (Amnistía Internacional, 2017).

En este sentido, todo lo anterior está fuertemente condicionado por cuestiones culturales, cuyo efecto también es importante en las opiniones mayoritarias de los habitantes del país respecto a la regulación del aborto, como se recoge en el siguiente gráfico.



PORCENTAJE DE POBLACIÓN A FAVOR DE LA PROHIBICIÓN DEL ABORTO EN PAÍSES BRICS, 2022



Elaboración propia a partir de los datos de Statista (2022).

Estas diferencias en las posiciones de la población respecto al aborto podrían reflejar variaciones en las actitudes culturales, religiosas, y políticas generalizadas, así como la influencia y el legado de las políticas de salud pública. Por este motivo, constituyen un reflejo de las divergencias en políticas de los países BRICS en relación con los estándares globales de salud reproductiva y muestran los retos en la aplicación de objetivos comunes. De hecho, en el caso de Rusia, no ha sido posible encontrar información relativa a la aceptación de la población con respecto a la legalidad del aborto.

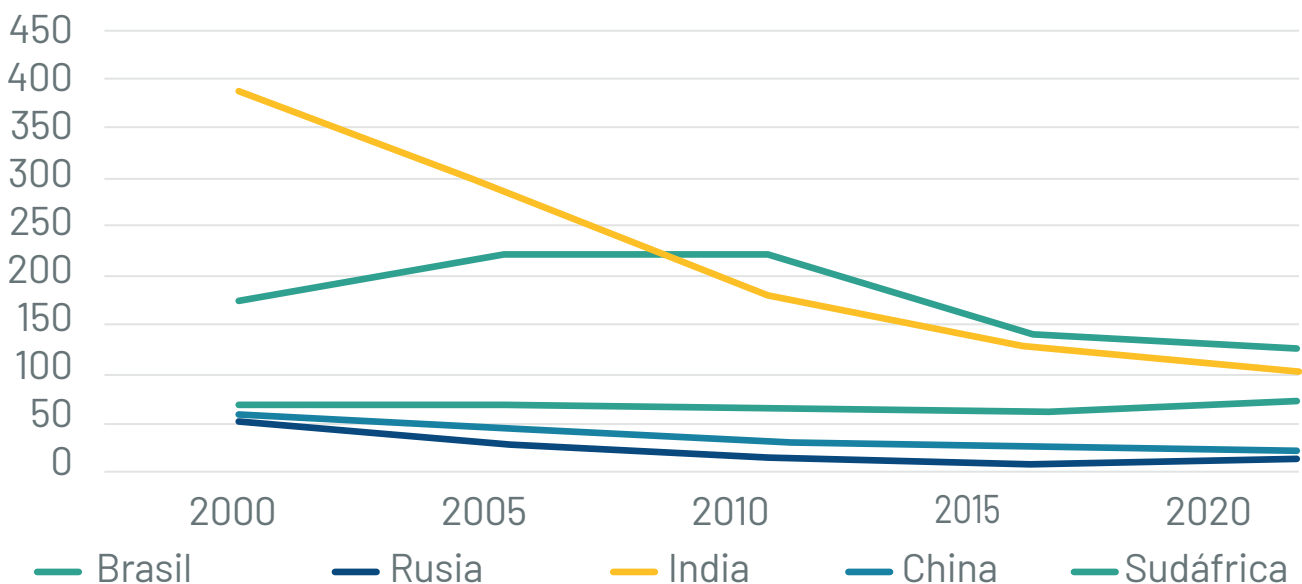
D | Mortalidad materna

La morbilidad y mortalidad materna es muy variable entre los países según sus ingresos (Hernández-Núñez & Au-Fonseca, 2019) y, como tal, refleja las diferencias en materia de salud reproductiva entre los países BRICS. En este sentido, es importante señalar que los Objetivos de Desarrollo Sostenible abogan por un compromiso que no debe orientarse solo a asegurar que las mujeres sobrevivan al embarazo, sino que el alcance de las medidas debe contemplar la necesidad de que su vida reproductiva sea sana y segura (OMS, 2023), por lo que los resultados negativos en esta dimensión se suman a las deficiencias en las analizadas anteriormente.

Pese a que se han realizado intentos conjuntos por poner fin a las muertes maternas —aquellas producidas durante el embarazo o durante los 42 días posteriores por cualquier causa relacionada con las complicaciones resultantes del embarazo, parto o puerperio o por enfermedades previas agravadas por el embarazo (Herrera, 2003; Sitaula et al., 2021) — los avances son desiguales y reflejan importantes disparidades entre regiones (OMS, 2023). Es preciso reparar en que el impacto de la mortalidad materna es más fuerte en países con contextos frágiles, motivo por el cual la salud y la supervivencia materna debe seguir ocupando un lugar destacado en la agenda mundial de salud y desarrollo: hay territorios en los que los recursos son escasos y algunas subpoblaciones se encuentran más expuestas al riesgo debido a sus determinantes sociales (OMS, 2023).

En el siguiente gráfico se presenta la evolución de la tasa de mortalidad materna en los países BRICS, expresada como el número de muertes maternas por cada 100.000 nacimientos.

ESTIMACIÓN PUNTUAL DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA



Elaboración propia a partir de los datos de la OMS (2023).

Como se observa en el gráfico, Rusia presenta la menor tasa de mortalidad materna de los países BRICS en todo el periodo. Es posible señalar que la cobertura del aborto en este país evita el incremento de las prácticas ilegales y el ascenso de la mortalidad materna (De Janon, 2021). Además, existe un sistema de atención médica especializada durante el embarazo, parto y posparto, por lo que desde 2000 hasta 2015 se produjo una disminución importante de la tasa de mortalidad materna: alcanza el 10,8 por cada 100.000 nacidos vivos en 2014 (Shuvalova et al., 2015), aunque es posible intuir un pequeño incremento en los años posteriores.

Igualmente, en China la tasa de mortalidad materna, considerablemente baja en términos comparativos ya en el año 2000, ha disminuido hasta al 16,9 por cada 100.000 nacidos vivos en 2020 debido a la modernización de los servicios y las reformas aplicadas en el sistema de salud (Guevara-Ríos, 2023).

En contraposición, la prevalencia de la mortalidad materna en Brasil ha aumentado ligeramente en las últimas décadas (Souza et al., 2013; Flores et al., 2020), tal y como se refleja en el gráfico. Además, es importante mencionar la heterogeneidad regional de este país, pues las diferencias socioeconómicas y al acceso desigual a los servicios de salud reproductiva entre algunas regiones provocan desigualdades en el propio país (Souza et al., 2013): la mayoría de las muertes ocurrieron entre mujeres negras, solteras y con bajo nivel educativo (Flores et al., 2020).

Es posible observar que en India la tasa de muertes maternas desciende significativamente con el paso de los años. Esto se debe principalmente al aumento de partos en los centros públicos de salud, pues se reducen aquellos producidos en el hogar. Según datos del gobierno, el parto en centros sanitarios ascendió de un 31,1% en 2005 a un 88,6% en 2021. Estas cifras se encuentran relacionadas con el aumento de campañas estatales de sensibilización, así como por los incentivos económicos para la mejora de los centros de salud pública (Shetty, 2022). Sin embargo, en 2015 el 15% de las muertes maternas mundiales se produjo en India (Hernández-Núñez & Au-Fonseca, 2019) y, pese a la tendencia decreciente, los últimos datos sitúan a este país en el segundo lugar con mayor incidencia de mortalidad materna de los BRICS.

Tal y como se observa en el gráfico, la tendencia de mortalidad materna en Sudáfrica ha sido variable durante las últimas décadas: hasta el año 2009 existió un aumento de la tasa de mortalidad, seguido de una disminución de la tendencia hasta el año 2015 (Hernández-Núñez & Au-Fonseca, 2019), que parece haberse frenado en los años posteriores. Algunas investigaciones demuestran que Sudáfrica presenta una práctica deficiente por parte de los proveedores, identificada como un elemento muy relevante en la mortalidad materna (Penn-Kekana et al., 2007). Los servicios de maternidad en este país presentan un desempeño deficiente, existen altos niveles de inequidad y el impacto del VIH/SIDA es importante en esta dimensión (Penn-Kekana et al., 2007).



Las evidentes desigualdades en lo referido a la mortalidad materna revelan la necesidad de considerar los determinantes sociales que influyen en el acceso a los servicios de salud sexual al planificar las intervenciones necesarias (OMS, 2023). Si se aspira a alcanzar la cobertura sanitaria universal —meta 3.8 de los ODS— es imprescindible garantizar que estos servicios sean asequibles y se erradiquen las barreras económicas de acceso en todos los países (OMS, 2023).

2 | AUSENCIA DE UN MARCO DE ACTUACIÓN COMÚN

Los BRICS son un conjunto de países que, en teoría, presentan una capacidad de agencia común, en tanto que se han autodeclarado como una asociación de países emergentes que se anuncia como una alternativa al orden vigente (Torres, 2023) y, por este motivo, frecuentemente se entienden como una categoría de análisis unitaria.

Sin embargo, un análisis comparativo de la situación de este grupo de países en diferentes dimensiones de la salud sexual y reproductiva pone de manifiesto las debilidades del discurso de desarrollo que sostienen, así como la carencia de un esfuerzo real traducido en la ausencia de marcos de acción compartidos. Pese a que todos los países BRICS se han adherido a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, no es posible percibir la voluntad de abordarlos de forma conjunta ni de generar un debate sobre la aplicación de estos en lo relativo a la salud reproductiva. Asimismo, las características de los regímenes políticos de algunos de los países—particularmente China y Rusia— limitan la posibilidad de que se produzca una movilización social capaz de generar cambios en esta realidad. No obstante, pese a que se ha identificado que estos dos Estados adoptan posiciones claramente diferenciales con respecto a la autonomía del sistema de derechos humanos y, por tanto, podrían distanciarse de los objetivos comunes en materia de derechos reproductivos, tampoco se identifican patrones de cohesión en el comportamiento de los países IBSA —India, Brasil y Sudáfrica— (Corrêa, 2014).

Los resultados anteriores revelan que los países BRICS no adoptan un marco de actuación unitario en el ámbito de la salud reproductiva: no existe la voluntad de establecer una lógica común ni un modelo de discurso único que guíe la acción en estos países. La salud sexual y reproductiva no ha sido prioritaria en las agendas de los cinco países y estas carencias han mostrado de forma reiterada la necesidad de estructurar un proyecto global para comprender la falta de atención de numerosos países del Sur Global — no exclusivamente de los países BRICS— a cuestiones referidas a los derechos sexuales y reproductivos. Así, en 2013 se produjo la primera conferencia de Sexuality Policy Watch —un foro global de investigadores y activistas— en Río de Janeiro para abordar esta realidad, pero Rusia no participó en este proyecto. Los informes posteriores a la conferencia revelan que, a pesar de que se hayan implantado políticas de mejora en torno a ello y de que numerosos activistas señalaran la necesidad de una reflexión e intervención en esta realidad social, la salud reproductiva y sexual de las mujeres sigue siendo un asunto frecuentemente desatendido (Corrêa, 2014).

La ausencia de informes relativos a este ámbito muestra la falta de estrategia coordinada y la ausencia de debate abierto al respecto. De este modo, no es posible percibir un objetivo humano conjunto detrás de las políticas implementadas en materia de salud sexual y reproductiva que cada Estado implementa en su territorio. Las perspectivas empleadas difieren considerablemente, asimismo, las peculiaridades y necesidades específicas de cada territorio impiden la generación y acuerdo de una agenda común.

Los ODS pretenden alcanzar en 2030 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva (Perales, 2014). Sin embargo, los ODS no siempre tienen en cuenta las disparidades regionales que afrontan estos países, por lo que se llevan a cabo políticas ineficaces. Por tanto, el camino que queda por recorrer a los países BRICS es muy largo y precisa una actuación conjunta inexistente hasta el momento. Además, la consecución de los objetivos específicos en materia de salud sexual requiere la realización simultánea de varios ODS: fin de la pobreza, salud y bienestar, reducción de las desigualdades (OMS, 2023). Para ello, es necesario que se aplique una lógica común y coherente en el discurso sobre desarrollo y en la posición de los BRICS en el marco internacional. Todo ello visibiliza importantes desafíos y oportunidades para los formuladores de políticas en los BRICS y para otros actores interesados en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

3 | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amnistía Internacional (2022). Sudáfrica: derechos humanos postergados. Amnistía Internacional: Información para el periodo de sesiones de grupo de trabajo sobre el examen universal. Informe.

Amnistía Internacional (2023). Amnesty International Report 2022/2023: The State of the World's Human Rights. Amnesty International Publication.

Amnistía Internacional. (2017). Barriers to Safe and Legal Abortion in South Africa. Amnesty International Publication.
Baez, J. M. (2016). Políticas educativas, jóvenes y sexualidades en América Latina y el Caribe. Las luchas feministas en la construcción de la agenda pública sobre educación sexual

Berer, M. (2000) Salud reproductiva. Abortos sin riesgo: un componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de salud pública: *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (5): 580–592.

Bhana, D., Crewe, M., & Aggleton, P. (2019). Sex, sexuality and education in South Africa. *Sex Education*, 19(4), 361–370.

- Cardoso, B., Vieira, F. & Saraceni, V. (2020). Aborto en Brasil: ¿qué dicen los datos oficiales?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00188718.
- Castillo, M. C. R. (2020). Tendencias de investigación sobre educación sexual en algunos países de América Latina y Europa. *Cultura Científica*, (18), 155-174.
- Cavenaghi, S. M. (2013). Acceso a la salud sexual y reproductiva y fecundidad de las jóvenes en el Brasil: desigualdades territoriales. *Notas de Población*.
- Chersich, M. F., Wabiri, N., Risher, K., Shisana, O., Celentano, D., Rehle, T., ... & Rees, H. (2017). Contraception coverage and methods used among women in South Africa: A national household survey. *South African Medical Journal*, 107(4), 307-314.
- Corrêa, S. (2014). Potencias emergentes: ¿puede la sexualidad y los derechos humanos ser un tema secundario? *SUR*, p. 173-185.
- Cuesta, J. G. (2023). Restricciones al aborto y freno a las mujeres universitarias: Moscú quiere que las rusas se centren en procrear. *El País*.
<https://elpais.com/internacional/2023-12-08/restricciones-al-aborto-y-freno-a-las-mujeres-universitarias-moscu-quiere-que-las-rusas-se-centren-en-procrear.html>
- David, P. H., Reichenbach, L., Savelieva, I., Vartapetova, N., & Potemkina, R. (2007). Women's reproductive health needs in Russia: what can we learn from an intervention to improve post-abortion care?. *Health Policy and planning*, 22(2), 83-94.
- De Janon, L. (2021). Heridas del aborto en Rusia. *Vida y Ética*, 21(1), 101-106.
- Dehlendorf, C., Rodriguez, M. I., Levy, K., Borrero, S., y Steinauer, J. (2010). Disparities in family planning. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(3), 214-220.
- Domínguez-Martín, R. (2018). La salud como bien público global en la agenda de desarrollo post2015. *Salud Jalisco*, 2(3), 120-131.
- Factor for Unintended Pregnancy in the Contraceptive CHOICE Project. *ObstetGynecol*, 130 (3):609-15.
- Fang, J. (2015). Commentary: China's changing health system: Implications for sexual and reproductive health. *Global PublicHealth*, 10(2), 249-251.
- Flores Ceccon, R., Nazareth Meneghel, S., de Menezes Portes, V., Bueno, A., Arguedas, G., & Hahn Bueno, A. (2020). Mortalidad materna en las capitales de provincia de Brasil. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45, e835.
- Francis, D. A. (2010). Sexuality education in South Africa: Three essential questions. *International journal of educational development*, 30(3), 314-319.
- Frencia, C. M., & Gaido, D. F. (2019). Los orígenes del decreto soviético de legalización del aborto (1920).
- Fructuoso, L. P. D. L. (2023). Análise comparativa das práticas internas e externas dos países do BRICS no tocante a políticas de igualdade de gênero.
- Guevara-Ríos, E. (2023). El sistema de salud de la República Popular China. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 12(2), 7-8.
- Guo, C., Pang, L, Ding, R., Song, X., Chen, G., & Zheng, X. (2019). Unmarried youth pregnancy, outcomes, and social factors in China: Findings from a nationwide population-based survey. *Sexual Medicine*, 7(4), 396-402.
- Hemminki, E., Wu, Z., Cao, G., & Viisainen, K. (2005). Illegal births and legal abortions—the case of China. *Reproductive Health*, 2(1), 1-8.

- Hernández-Núñez, J., & Au-Fonseca, O. (2019). Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(6), 469-479.
- Herrera, M. (2003). Mortalidad materna en el mundo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 536-543.
- <https://www.rfi.fr/es/m%C3%A1s-noticias/20231220-la-rusia-de-putin-pone-al-aborto-en-su-punto-de-mira>.
- Iseyemi, A., Zhao, Q., McNicholas, C., y Peipert, J.F. (2017). Socioeconomic Status As a Risk
- Ismail, S., Shajahan, A., Rao, TS y Wylie, K. (2015). Educación sexual de adolescentes en la India: perspectivas actuales. *Revista india de psiquiatría*, 57(4), 333.
- Jia, Y., & Wang, L. (2015). Sexual knowledge and need assessment for education among middle school students in Jilin, China. *Chinese Rural Health Service Administration*, 35(7), 923-925.
- Maganha, C. R., Vilela, A. L., Simões, L., & de Castro, N. (2020). Uso de métodos anticonceptivos e intencionalidad de embarazo entre las mujeres usuarias del Sistema Público de Salud Brasileño. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3328.
- Maiztegui, L. C. (2006). Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del hospital materno Provincial de Córdoba.
- Nogueira, L. & Bussinger, E. (2019). O aborto clandestino e a vulnerabilidade social no Brasil: desigualdade em saúde, direitos humanos e bioética de intervenção. *Revista Brasileira de Bioética*.
- OMS (2023a). Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA: resumen ejecutivo. Informe.
- OMS (2023b) GAPD: The Global Abortion Policies Database is designed to strengthen global efforts to eliminate unsafe abortion.
- Penn-Kekana, L., McPake, B., & Parkhurst, J. (2007). Cómo mejorar la salud materna: lograr que suceda lo que funciona. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 28-37.
- Perales, J. A. S. (2014). De los Objetivos del Milenio al desarrollo sostenible: Naciones Unidas y las metas globales post-2015. *Anuario Ceipaz*, (7), 49-84.
- Rana, Md. J., Goli, S., Mishra, R., Gautam, A., Datta, N., Nanda, P., & Verma, R. (2021). Contraceptive Method Information and Method Switching in India. *Sustainability*, 13(17), 9831. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/su13179831>.
- RFI. (2023). La Rusia de Putin pone al aborto en su punto de mira. RFI.
- Rodrigues-Meriqui. (2016). Emerging Powers, Sexuality and Human Rights at the AWID Forum. *Sexuality Policy Watch*. <https://sxpolitics.org/emerging-powers-sexuality-and-human-rights-at-the-awid-forum/15831>
- Rostovskaya, T. K., Shabunova, A. A., Knyazkova, E. A., & Afzali, M. (2022). The abortion and contraceptive behavior: results of the all-Russian Research. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, 30(3), 415-422.
- Shapiro, B. Y. (2001). School-based sex education in Russia: the current reality and prospects. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 1(1), 87-96.
- Shetty, D. (2022). India is trying to reduce maternal mortality without engaging with a key contributor: suicide. The Fuller Project. <https://fullerproject.org/story/india-maternal-mortality-suicide/>

- Shuvalova, M. P., Yarotskaya, E. L., Pismenskaya, T. V., Dolgushina, N. V., Baibarina, E. N., & Sukhikh, G. T. (2015). Maternity care in Russia: issues, achievements, and potential. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(10), 865-871.
- Silveira, L. (2024). Barreiras de acesso ao aborto legal no Brasil. *Unidade Federal de Ouro Preto Faculdade de Medicina*.
- Sitaula, S., Basnet, T., Agrawal, A., Manandhar, T., Das, D., & Shrestha, P. (2021). Prevalence and risk factors for maternal mortality at a tertiary care centre in Eastern Nepal: retrospective cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-8.
- Souza, M. D. L. D., Laurenti, R., Knobel, R., Monticelli, M., Brüggemann, O. M., & Drake, E. (2013). Mortalidad materna en Brasil debida a hemorragia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 711-718.
- Tassara, C., & Cecchini, S. (2016). Agenda 2030 de desarrollo sostenible: retos de igualdad para América Latina y el Caribe. *Pensamiento Propio*, (44).
- Torres, J. R. (2023). Los BRICS en la antesala de la multipolaridad. *Mujer y Políticas Públicas*, 2(1), 81-106.
- UNESCO (2022). El camino hacia la educación integral en sexualidad: informe sobre la situación en el mundo. Resaltando información clave.
- Vishnevsky, A., Denisov, B., & Sakevich, V. (2017). The contraceptive revolution in Russia. *Демографическое обозрение*, 4(5), 85-108.
- World Bank Open Data (2021). Prevalence of HIV, total percentage of population ages 14- 9. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.AIDS.ZS?locations=ZA>
- Xiao, J., Gong, F., Mi, C., Zhang, J., Chen, L., Liu, Z., & Zou, L. (2015). Survey on status quo of unmarried teenage pregnancy artificial abortion in Yongchuan district of Chongqing and its coping strategies. *Laboratory Medicine and Clinic*, 12(21), 3158-3159, 3162.
- Zhou, Q., Jin, C. Y., & Wang, H. J. (2021). Sexual and reproductive health in China. In *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*.

AUTORAS

Alba Teresa González Esteban
y Paula Toro Bahamonde
Autoras de Voces Jóvenes de GATE Center

Voces Jóvenes es un espacio exclusivamente dedicado a jóvenes líderes y pensadores de todo el mundo creado por GATE Center. A través de una variedad de artículos, entrevistas y eventos, se promueve un diálogo intergeneracional. El objetivo es crear una plataforma para que los jóvenes expresen sus puntos de vista y empoderarles para que generen un impacto positivo en sus comunidades y en el mundo en general.



GATE Center. Todos los derechos reservados.

info@gatecenter.org

+34 671 38 82 46

C. de Velázquez, 24, 7º Izq 28001 Madrid

gatecenter.org