



Asamblea General

Distr. general
4 de agosto de 2023
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

54º período de sesiones

11 de septiembre a 6 de octubre de 2023

Temas 2 y 3 de la agenda

Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Informe de seguimiento sobre buenas prácticas y retos en la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para la eliminación de la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad

Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*

Resumen

El presente informe de seguimiento, elaborado en cumplimiento de la resolución 47/25 del Consejo de Derechos Humanos, describe a grandes rasgos las buenas prácticas y los retos en la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para la eliminación de la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. El informe también ofrece una visión general del impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna. Se presentan conclusiones y recomendaciones para prevenir la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad y hacer frente a la incidencia continuada de la pandemia de COVID-19 y de futuras emergencias sanitarias en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

* Se acordó publicar el presente informe tras la fecha de publicación prevista debido a circunstancias que escapan al control de quien lo presenta.



I. Introducción

1. En septiembre de 2012, el Consejo de Derechos Humanos aprobó la resolución 21/6, en la que acogía con beneplácito las orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad¹. A petición del Consejo, se elaboraron informes bienales de seguimiento sobre la aplicación en 2014, 2016, 2018 y 2020². En julio de 2021, en su resolución 47/25, el Consejo de Derechos Humanos solicitó a la entonces Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que preparase, en consulta con los Estados, los organismos de las Naciones Unidas y las demás partes interesadas, un informe de seguimiento sobre las buenas prácticas y los retos en la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la eliminación de la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, en particular mediante la utilización de las orientaciones técnicas por los Estados y demás entidades competentes. El presente informe se presenta en cumplimiento de esa solicitud.

2. Contemplar la morbilidad y la mortalidad asociadas a la maternidad como una cuestión de derechos humanos pasa por reconocer que la muerte de mujeres durante el embarazo y el parto o las graves lesiones derivadas de estos no son acontecimientos inevitables, sino consecuencia directa de leyes y prácticas discriminatorias, de que no se establezcan y mantengan sistemas y servicios de salud eficaces, y de la ausencia de rendición de cuentas.

3. El presente informe se divide en dos partes. En la primera parte se brindan detalles sobre iniciativas, buenas prácticas y retos relacionados con la aplicación de las orientaciones técnicas y de un enfoque basado en los derechos humanos en términos más generales. Se basa en las comunicaciones remitidas por 14 Estados Miembros (Argentina, Azerbaiyán, Ecuador, Egipto, Guatemala, Iraq, Lituania, Luxemburgo, Malasia, México, Reino de los Países Bajos, República Árabe Siria, República Unida de Tanzania y Uruguay), una entidad de las Naciones Unidas (el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)), una institución nacional de derechos humanos (la Defensoría del Pueblo de la Argentina) y nueve organizaciones de la sociedad civil³, en respuesta a una nota verbal distribuida el 1 de febrero de 2023⁴.

4. La segunda parte del informe ofrece una visión general de la incidencia de la pandemia de COVID-19 en la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna, basándose en el llamamiento emitido por el Consejo de Derechos Humanos a los Estados en su resolución 47/25 para que garanticen la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia de COVID-19, en las comunicaciones recibidas y en investigación documental.

¹ [A/HRC/21/22](#).

² [A/HRC/27/20](#), [A/HRC/33/24](#), [A/HRC/39/26](#) y [A/HRC/45/19](#).

³ Kadinsa; Centro de Derechos Reproductivos; Egyptian Initiative for Personal Rights; y Women Enabled international. Cinco organizaciones presentaron dos comunicaciones conjuntas, a saber, la Comisión de las Iglesias para Asuntos Internacionales, el Consejo Mundial de Iglesias y Geneva for Human Rights; y la Asociación Sueca para la Educación Sexual y la International Planned Parenthood Federation.

⁴ La lista completa de comunicaciones puede consultarse en <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>.

II. Aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para la eliminación de la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad

A. Novedades a nivel mundial

5. Las orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad imparten a los Estados y demás interesados pautas detalladas sobre las etapas necesarias para formular, aplicar y evaluar políticas y programas de salud materna. Siguen el ciclo normativo de planificación, presupuestación, ejecución, vigilancia, formas de examen y supervisión, y recursos. Los ejemplos aportados en las comunicaciones, documentados más adelante, ilustran de manera elocuente cauces para la aplicación de ese enfoque.

6. Desde 2020, se han concebido herramientas para apoyar la puesta en práctica de un enfoque basado en los derechos para la reducción de la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, entre otros medios a través de la aplicación de las orientaciones técnicas. Por ejemplo, en 2020, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Oxford Human Rights Hub, elaboró una serie de videos documentales titulada *Right to a Better World*⁵. La serie analiza cómo las tácticas que recurren a enfoques basados en los derechos humanos pueden utilizarse para hacer realidad los derechos y la salud sexuales y reproductivos para todos e impulsar un progreso significativo en pos de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Los cuatro episodios tratan los componentes básicos de la salud sexual y reproductiva: la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, la anticoncepción, la educación sexual integral y la violencia de género contra la mujer.

7. Se han elaborado otras herramientas basadas en las orientaciones técnicas, como la serie de guías de reflexión sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos en la salud maternoinfantil⁶, que se han difundido ampliamente en reuniones con ministerios, organizaciones de la sociedad civil y entidades de las Naciones Unidas competentes, así como a grupos de interesados específicos, como los trabajadores de la salud. En cada una de las cuatro guías de reflexión se brinda asesoramiento detallado a un interesado específico, a saber, el poder judicial, los trabajadores de la salud, los encargados de la formulación de políticas de salud y las instituciones nacionales de derechos humanos. En 2021, la guía de reflexión para trabajadores de la salud se materializó en un curso experimental impartido a trabajadores de la salud de Uganda, en colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y representantes del Ministerio de Salud.

8. Los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, han seguido aconsejando a los Estados que adopten las medidas legislativas y administrativas necesarias para prevenir la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, mediante el recurso a las orientaciones técnicas en sus programas y políticas conexos⁷.

B. Procesos nacionales multipartitos

9. Los procesos multipartitos son un elemento importante de los enfoques basados en los derechos y pueden facilitar una comprensión global de las lagunas, incluido en el derecho a la salud sexual y reproductiva, lo que comprende la salud materna. El resultado de esos procesos debe influir en la adopción de decisiones, especialmente en relación con planes y

⁵ Véase <https://www.ohchr.org/en/women/right-better-world>.

⁶ Véase <https://www.ohchr.org/es/women/human-rights-based-approach-maternal-health>.

⁷ Véanse, por ejemplo, E/C.12/GTM/CO/4, párr. 47, y E/C.12/NIC/CO/5, párr. 45.

políticas nacionales pertinentes, incluido en la priorización de acciones fundamentales para reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad.

10. Desde la aprobación de las orientaciones técnicas, el ACNUDH ha seguido colaborando con sus asociados para facilitar procesos multipartitos sobre salud materna y, en términos más generales, sobre salud sexual y reproductiva. En Etiopía, el análisis de país sobre un enfoque de la salud materna y neonatal basado en los derechos humanos que el ACNUDH había preparado en primera instancia en 2019 en asociación con el UNFPA y la OMS fue revisado en 2022 para incorporar novedades, incluida la incidencia de la pandemia de COVID-19. El estudio fue presentado en una reunión de validación multipartita organizada en 2022, en la que participaron representantes del Gobierno y organizaciones de la sociedad civil.

11. En sus comunicaciones, los Estados destacaron las iniciativas multipartitas destinadas a aplicar un enfoque basado en los derechos a la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna⁸. Por ejemplo, Lituania informó en su comunicación de la reciente creación de un grupo de trabajo multidisciplinar en el Ministerio de Salud para prestar servicios de intervención temprana de salud materna a las mujeres embarazadas y a sus hijos de hasta 2 años. También informó sobre el modelo de visitas familiares implantado en 12 municipios entre 2014 y 2021 para brindar servicios oportunos de salud materna a mujeres que presentaban depresión posparto. La Defensoría del Pueblo de Argentina señaló los esfuerzos de colaboración intersectoriales patentes con la ejecución de un plan nacional (Plan Enia) para la prevención de embarazos no deseados en la adolescencia.

C. Legislación, políticas y programas

12. Garantizar que las leyes y políticas se ajustan a las normas de derechos humanos y cuentan con recursos suficientes es otro elemento esencial al aplicar un enfoque basado en los derechos humanos. Un primer paso importante es garantizar por ley el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva, como se ha hecho en muchos países⁹. La aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos también se consigue a través de programas dedicados a atender preocupaciones específicas de derechos humanos.

13. En sus comunicaciones, varios Estados informaron de que utilizaban las orientaciones técnicas o los principios de derechos humanos consagrados en ellas como herramienta de evaluación o seguimiento para examinar, modificar y aprobar políticas y programas con especial atención a los grupos de población marginados¹⁰. La Argentina y México, por ejemplo, mencionaron que se habían valido de los principios de las orientaciones técnicas para fundamentar la formulación de sus programas de acción sobre salud sexual y reproductiva. La Argentina explicó además que había aplicado un enfoque basado en los derechos en la formulación, concepción y ejecución de su programa de acción, que incluía la cobertura gratuita de los servicios de salud sexual y reproductiva. La Argentina también informó de que, desde la entrada en vigor en 2020 de la Ley núm. 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el número de muertes debidas a abortos practicados en condiciones de riesgo había disminuido un 43,5 %. En sus comunicaciones, algunos interesados destacaron intervenciones sanitarias concebidas específicamente para combatir la discriminación y prestar especial atención a las mujeres y niñas marginadas que acusaban un alto riesgo de mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad. Por ejemplo, Malasia aludió en su comunicación a los continuos esfuerzos para que todas las mujeres tuvieran acceso a anticonceptivos seguros y asequibles, independientemente de su situación y origen socioeconómico.

⁸ Véanse las comunicaciones de la Argentina, el Ecuador, Guatemala y Lituania.

⁹ A/HRC/21/22, párr. 12, y A/HRC/21/22/Corr.2.

¹⁰ Véanse las comunicaciones de la Argentina, el Ecuador, Malasia, Países Bajos (Reino de los) y la República Unida de Tanzania, así como de la Defensoría del Pueblo de la Argentina.

D. Sensibilización y fomento de la capacidad

14. El fomento de la capacidad en la aplicación de enfoques basados en los derechos humanos es fundamental para que los garantes de derechos dispongan de la información y los recursos necesarios para cumplir sus obligaciones de derechos humanos relacionadas con la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, y para que los titulares de derechos puedan reivindicar el ejercicio efectivo de estos. Del mismo modo, las iniciativas de sensibilización revisten idéntica importancia para dar a conocer cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna, y dotarlas de visibilidad.

15. En su comunicación, México destacó la elaboración y traducción de mensajes radiofónicos sobre salud materna que se difundían en español y en lenguas indígenas con información fiable y oportuna para detectar los signos y síntomas de peligro durante el embarazo a fin de prevenir la mortalidad materna, fomentar el recurso a los servicios de salud y afianzar los conocimientos de las mujeres indígenas sobre su salud sexual y reproductiva y sus derechos conexos.

16. En sus comunicaciones, la Argentina, Azerbaiyán, el Ecuador, Lituania, Malasia y México proporcionaron información sobre las actividades de fomento de la capacidad y sensibilización realizadas para los trabajadores de la salud, entre ellas sobre la aplicación de un enfoque de la salud materna basado en los derechos humanos y sobre el respeto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Por ejemplo, el Ecuador señaló que, para difundir los conocimientos y las prácticas de las parteras ancestrales, el Ministerio de Salud había elaborado un manual con sus prácticas y conocimientos a fin de mejorar la salud materna y neonatal. En su comunicación, Lituania informó de que, en 2022, el Ministerio de Salud había destinado fondos para mejorar la capacidad de los profesionales de la salud de evaluar el riesgo de depresión posparto, reconocer sus signos y apoyar a las mujeres afectadas.

E. Vigilancia, formas de examen y supervisión, y recursos

17. Las orientaciones técnicas hacen hincapié en que la rendición de cuentas, entendida como vigilancia, formas de examen y supervisión, y recursos, es fundamental en todas las fases de un enfoque basado en los derechos humanos.

18. En sus comunicaciones, los interesados pusieron de relieve actividades de vigilancia, formas de examen y supervisión, y recursos acordes con las orientaciones técnicas. La Argentina, Azerbaiyán, el Ecuador, Guatemala, Luxemburgo, México, Países Bajos (Reino de los), la República Árabe Siria y la República Unida de Tanzania describieron cómo habían puesto en marcha mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas sobre salud materna, por ejemplo la recopilación de datos desglosados; informes semanales y estudios de encuestas; y registros nacionales. Con esos mecanismos se aspira a fundamentar las estrategias de política y los cambios en los programas para reducir la mortalidad materna. Malasia destacó sus auditorías clínicas sistemáticas de las muertes maternas, que permitían detectar los factores coadyuvantes y las medidas correctivas necesarias, entre ellas colmar las lagunas existentes en la prestación de atención de salud y en el sistema sanitario en general. El análisis de la auditoría también había aportado indicaciones y justificaciones para la adopción de medidas correctivas a distintos niveles dentro de los centros sanitarios, entre otras la asignación de partidas presupuestarias a la mejora de la atención a la salud de la madre, la modernización de los equipos de obstetricia y ginecología, la formación del personal de la salud y la maximización del acceso a los servicios de atención sanitaria. Por su parte, el UNFPA informó de que apoyaba a los países en la recopilación y el análisis de datos sobre mortalidad materna en el marco de las actividades de seguimiento para comprender los factores subyacentes que contribuyen a la mortalidad y fundamentar iniciativas de prevención a través del sistema de vigilancia de las muertes maternas y perinatales y respuesta a raíz de estas, y la elaboración de informes nacionales anuales sobre el sistema.

19. Los tribunales tienen una función igualmente importante, incluso como eventual vía de recurso. En 2019, la Corte de Constitucionalidad de Guatemala ordenó al Ministerio de Salud adoptar nueve medidas para que las mujeres indígenas gozaran de acceso, con pertinencia cultural, a la salud sexual y reproductiva y a sus derechos conexos¹¹. En 2020, la oficina del ACNUDH en Guatemala elaboró y difundió un breve video para destacar la labor de las comadronas indígenas y la importancia de promover la aplicación de la sentencia dictada por la Corte de Constitucionalidad¹². En 2021, la oficina del ACNUDH en Guatemala también elaboró una versión accesible de la sentencia de la Corte para las titulares de derechos¹³ y un folleto¹⁴ con un resumen para los garantes de derechos. La versión accesible de la sentencia fue traducida a tres lenguas mayas (cachiquel, quekchí y quiché) y se difundió en 2023 a través de emisoras de radio comunitarias.

F. Retos

20. Los ejemplos citados presentan un panorama alentador respecto a la aplicación de las orientaciones técnicas y los enfoques basados en los derechos humanos en general. Sin embargo, persisten numerosos retos que dificultan su aplicación.

21. En sus comunicaciones, algunos interesados manifestaron preocupación por el escaso conocimiento o sentido de apropiación respecto de las orientaciones técnicas que mostraban destacados responsables de la toma de decisiones, incluidos los trabajadores de la salud, a nivel nacional. Del mismo modo, otros señalaron la necesidad de proseguir los esfuerzos para difundir y dar a conocer las orientaciones técnicas y los enfoques basados en los derechos en general¹⁵.

22. Varios interesados informaron sobre el estigma, los estereotipos, las barreras socioculturales y las leyes y prácticas discriminatorias, también en lo que se refiere al cometido de los trabajadores de la salud, que, en su conjunto, son factores que plantean retos persistentes que obstaculizan la observancia de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, con un efecto negativo en su salud materna, sexual y reproductiva¹⁶. Se destacó también cómo se veían especialmente afectadas las mujeres y niñas en situación de vulnerabilidad y marginación. Por ejemplo, Women Enabled International señalaba en su comunicación que las mujeres, las niñas y las personas de género diverso con discapacidad se enfrentaban a barreras desproporcionadas para acceder a atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos servicios de salud materna, por razón de discriminación y por los estereotipos relativos a su sexualidad. Esto las disuadía de solicitar atención y les creaba dificultades para comunicarse con los profesionales de la salud. A ello se sumaban los obstáculos preexistentes para acceder a los servicios sanitarios, relacionados con la inaccesibilidad de los centros, las barreras de comunicación y la deficiente formación de los proveedores: todos estos factores podían tener graves repercusiones en su salud física y mental.

23. De manera análoga, algunos interesados también informaron de dificultades persistentes en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios sanitarios para las mujeres de las zonas rurales, las mujeres que vivían en la pobreza y las mujeres indígenas¹⁷. Sobre todo en el caso de estas últimas, no existen equipos interculturales que puedan facilitar la comunicación, la concienciación y la educación para que las mujeres accedan a servicios de salud materna antes, durante y después del embarazo. La falta de infraestructuras y de personal cualificado contribuye sin duda a desigualdades en la salud de distintos grupos de

¹¹ A/HRC/43/3/Add.1, párr. 71.

¹² Véase <https://www.facebook.com/watch/?v=2972852639461847>.

¹³ Véase <https://issuu.com/oacnudhgt/docs/ms2-comadronas>.

¹⁴ Véase <https://issuu.com/oacnudhgt/docs/tetrafoliarcomadronasweb>.

¹⁵ Véase la comunicación de Kadinsa y la comunicación conjunta de la Asociación Sueca para la Educación Sexual y la International Planned Parenthood Federation.

¹⁶ Véanse las comunicaciones de la Argentina, el Ecuador, Guatemala, Malasia, México y la República Unida de Tanzania y Kadinsa.

¹⁷ Véanse las comunicaciones de Malasia y la Defensoría del Pueblo de la Argentina, y la comunicación conjunta de la Asociación Sueca para la Educación Sexual y la International Planned Parenthood Federation.

mujeres. Para aplicar con éxito un enfoque basado en los derechos humanos a las políticas y programas de salud materna, es necesario actuar simultáneamente contra la discriminación arraigada y a favor de la igualdad de género. Estos retos exigen un sentido de compromiso duradero y a largo plazo con el cambio social.

24. Algunos interesados denunciaron obstáculos jurídicos, como la falta de aplicación de las leyes sobre salud sexual y reproductiva, lo que impedía a las mujeres y las niñas acceder a la atención sanitaria que necesitaban y a la que tenían derecho por ley, como el acceso a un aborto seguro¹⁸. Para aplicar con éxito un enfoque basado en los derechos humanos a las políticas y programas de salud materna, es necesario modificar las leyes y políticas que impiden el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidas las leyes que penalizan ciertos servicios que solo necesitan las mujeres, como el aborto seguro. Asimismo, los Estados donde se permita la objeción de conciencia deben regular adecuadamente esa práctica para cerciorarse de que no limita el acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva¹⁹.

25. Además, los recursos financieros y humanos, las limitaciones de infraestructura y la distancia geográfica a los centros sanitarios fueron destacados como retos de envergadura para la aplicación de un enfoque basado en los derechos. Por ejemplo, en su comunicación conjunta, la Comisión de las Iglesias para Asuntos Internacionales informó de que, en algunas partes de Madagascar, la distancia física a los centros de salud y los elevados costes de la atención sanitaria, incluido el coste del transporte, seguían impidiendo el acceso a los servicios de atención sanitaria, incluida la atención a la salud sexual y reproductiva, lo que contribuía a malos resultados de salud para las mujeres.

III. Efectos de la pandemia de COVID-19 en el derecho a la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna

26. En 2020, el Secretario General declaró que los derechos humanos eran fundamentales para modelar la intervención frente a la pandemia y subrayó la necesidad de seguir prestando servicios de salud sexual y reproductiva en ese contexto²⁰. Los mecanismos internacionales de derechos humanos y la OMS también han afirmado que los derechos humanos deben guiar la respuesta de salud pública ante la pandemia de COVID-19²¹. En ese contexto, se debería garantizar que toda medida de emergencia sea legal, proporcionada, necesaria y no discriminatoria; que tenga un objetivo y una duración específicos, y que adopte el enfoque menos intrusivo posible para proteger la salud pública²². El ACNUDH también ha defendido la importancia de adoptar un enfoque basado en los derechos humanos en la respuesta ante la pandemia. Ha elaborado una nota orientativa sobre la COVID-19 y los derechos humanos de las mujeres, con una subsección específica sobre los efectos de la pandemia en la salud, en la que se exponen medidas fundamentales que los Estados y otras partes interesadas pueden adoptar para garantizar que las mujeres y las niñas gocen de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva²³.

¹⁸ Véanse las comunicaciones de la Argentina, México y Kadinsa.

¹⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 43.

²⁰ “COVID-19 and human rights: we are all in this together” (abril de 2020), págs. 2 y 22, y “Shared responsibility, global solidarity: responding to the socioeconomic impacts of COVID-19” (marzo de 2020), pág. 17.

²¹ Véanse OMS, “Addressing human rights as key to the COVID-19 response” (abril de 2020); declaración de los presidentes de los órganos creados en virtud de tratados, “Los órganos creados en virtud de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas exigen un planteamiento respetuoso con los derechos humanos a la hora de combatir el COVID-19”, 24 de marzo de 2020; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Nota de orientación sobre la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la pandemia de COVID-19” (2020); y declaración del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, “Las respuestas a la pandemia de COVID-19 no deben descartar a las mujeres y las niñas”, 20 de abril de 2020.

²² ACNUDH, “Emergency measures and COVID-19: guidance” (abril de 2020).

²³ ACNUDH, “COVID-19 and women’s human rights: guidance” (abril de 2020).

27. La pandemia de COVID-19 ha demostrado las debilidades estructurales de muchos sistemas sanitarios en el mundo, pues más de la mitad de la población mundial, especialmente las mujeres y las niñas, ya carecía de acceso a servicios adecuados de atención de salud esencial²⁴. Esta situación, agravada por las medidas de emergencia adoptadas por los Estados para hacer frente a la pandemia, agudizó las desigualdades de género. Un estudio de 2022 señaló, por ejemplo, que la pandemia había profundizado tres crisis interrelacionadas que socavaban sistemáticamente la igualdad de género, a saber, una pandemia oculta de violencia de género contra las mujeres y las niñas; una crisis del empleo y de los medios de subsistencia; y una crisis de la atención y el apoyo²⁵. La pandemia y las medidas de respuesta también afectaron al acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de salud sexual y reproductiva²⁶. Ello fue aún más acusado para las mujeres y las niñas en situación de marginación²⁷.

28. La pandemia impuso a los Estados la adopción de medidas extraordinarias para proteger la salud y el bienestar de la población; en agosto de 2021, muchos también habían adoptado al menos una medida sensible al género²⁸. Sin embargo, la respuesta varió mucho en función de las regiones, lo que dejó patentes las diferencias en las arquitecturas de política preexistentes, las modalidades de movilización feminista, el compromiso político y la capacidad fiscal y administrativa. Los países frágiles y los países de renta baja de África y Asia aprobaron un número significativamente menor de medidas en comparación con los países de renta media y alta²⁹. Entre las medidas destinadas a luchar contra el componente de género de los efectos de la pandemia en las mujeres y las niñas figuran, a título de ejemplo, la telemedicina y las telecomunicaciones para apoyar los servicios de salud sexual y reproductiva; la distribución gratuita de información sobre anticonceptivos y planificación familiar; el establecimiento de mecanismos creativos para ayudar a las mujeres víctimas de violencia de género (por ejemplo, líneas telefónicas directas y servicios en línea); la concesión de una licencia ampliada con goce de sueldo a quienes deban ocuparse de sus hijos o de personas con discapacidad a cargo que permanezcan en el hogar; servicios gratuitos de guardería; alojamiento temporal y alimentos a las mujeres pobres; y transferencias en efectivo para las mujeres que trabajan en la economía informal³⁰. No obstante, el alcance de muchas de esas medidas con perspectiva de género fue limitado y no se aplicaron plenamente³¹.

29. Algunos Estados también adoptaron medidas centradas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas marginadas. Por ejemplo, el Ecuador explicó en su comunicación que, debido a las medidas adoptadas para prevenir y frenar la propagación de la pandemia de COVID-19, los trabajadores sexuales tenían acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva. En ese sentido, el Ministerio de Salud, entre otras iniciativas, había promulgado medidas para garantizar la disponibilidad de pruebas rápidas de VIH en todos los centros de salud e impartía la correspondiente formación de manera sistemática al personal de la salud. Para apoyar el acceso de las mujeres con discapacidad a los servicios de salud materna, Women Enabled International informó de que, en Malawi, el plan nacional de preparación y respuesta ante la COVID-19 reconocía a las personas con discapacidad y a las mujeres embarazadas y lactantes como personas que necesitaban protección especial,

²⁴ A/HRC/46/43, párr. 5.

²⁵ Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Government Responses to Covid-19: Lessons on Gender Equality for a World in Turmoil* (2022), pág. 11.

²⁶ Véase Elizabeth Ochola *et al.*, “The impact of COVID-19 mitigation measures on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries: a rapid review”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 31, núm. 1 (2023).

²⁷ A/76/172, párrs. 10 a 12.

²⁸ ONU-Mujeres y PNUD, *Government Responses to Covid-19: Lessons on Gender Equality for a World in Turmoil* (2022), pág. 10.

²⁹ *Ibid.*, pág. 11.

³⁰ Véase la declaración del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, “Las respuestas a la pandemia de COVID-19 no deben descartar a las mujeres y las niñas”; y Centro de Derechos Reproductivos, “Guaranteeing access to sexual and reproductive health services during the COVID-19 pandemic and beyond” (junio de 2021), págs. 2 y 3.

³¹ ONU-Mujeres y PNUD, *Government Responses to Covid-19: Lessons on Gender Equality for a World in Turmoil*, pág. 20.

también respecto de la prevención de la violencia, el acceso a la educación, la atención de sus necesidades básicas, y la detección y el tratamiento de la COVID-19. Para garantizar la inclusión de la discapacidad, el plan solicitaba la revisión de, entre otros, los protocolos de detección, y brindaba recursos para que los centros de cuarentena se aseguraran de que se atendían las necesidades de las personas con discapacidad.

30. A pesar de la necesidad imperiosa de contar con las perspectivas, los conocimientos y la experiencia de las mujeres y las niñas en la respuesta ante la pandemia y la recuperación posterior, estas no estaban representadas por igual en los espacios de política a nivel local, nacional y mundial. Por ejemplo, un estudio reciente muestra que las mujeres solo dirigen 76 de los 414 equipos de tareas para la pandemia de COVID-19 establecidos en 184 países (el 18 %)³². Para hacer frente eficazmente a los efectos continuados de la pandemia, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas ha hecho constar el imperativo de que los Estados garanticen la participación de las mujeres y las niñas en pie de igualdad con los hombres y los niños en los procesos decisorios relativos a la prevención y la gestión de crisis, y la recuperación a raíz de estas³³.

31. A pesar del creciente corpus de literatura que señala el considerable efecto de la pandemia de COVID-19 en el acceso de las mujeres y las niñas a la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna, persisten lagunas en cuanto a la disponibilidad de datos, y los datos disponibles corresponden a un número limitado de países³⁴. Esto da lugar a lagunas de información importantes respecto a determinadas regiones y en los datos desglosados que determinan los efectos en grupos específicos de mujeres y niñas³⁵.

A. Interrupción y ausencia de priorización de los servicios de salud sexual y reproductiva

32. Ante la desviación de servicios y recursos sanitarios para hacer frente a los efectos directos de la pandemia de COVID-19, los sistemas sanitarios que ya eran débiles se vieron aún más sobrecargados, con capacidades limitadas de recursos humanos y con restricciones de circulación que afectaban a las cadenas de suministro y dificultaban el acceso a los centros sanitarios³⁶. Según un estudio sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud y los derechos sexuales y reproductivos realizado en una muestra de países de ingreso bajo y mediano, la pandemia supuso perturbaciones en todos los niveles funcionales de la cadena de suministro de salud sexual y reproductiva, con inclusión de la fabricación, los servicios de carga y logística, y la adquisición y prestación de servicios, lo que ocasionó la escasez de medicamentos y anticonceptivos, con el consiguiente aumento de la probabilidad de embarazos no deseados. El estudio también detallaba cómo las restricciones de circulación y las perturbaciones de la cadena de suministro afectaban a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva por parte de los proveedores de salud, y en especial a la capacidad de los proveedores de primera línea para prestar servicio a las poblaciones más marginadas³⁷. Como consecuencia, la atención de la salud sexual y reproductiva pasó a ser un servicio inaccesible, inasequible o menos disponible para muchas mujeres y niñas de distintas regiones³⁸. En algunos casos, las mujeres y las niñas fueron derivadas a dispensarios y hospitales privados más alejados de sus hogares, lo que entrañaba costos mayores y demoras debidas al exceso de pacientes. En concreto, las personas con difícil acceso a los servicios a

³² *Ibid.*, págs. 109 y 110.

³³ A/HRC/47/38, párr. 44.

³⁴ Véase Kristien Michielsen, Linda Campbell and Fiorella Farje De la Torre, *The impact of COVID-19 on Sexual and Reproductive Health in Eastern Europe and Central Asia*, UNFPA (2022) y Countdown 2030 Europe, “COVID 19 and sexual and reproductive health in low and middle income countries. Review of impacts and donor responses” (2022), pág. 4.

³⁵ *Ibid.*, pág. 10.

³⁶ Véase A/77/282, párr. 21.

³⁷ Women Deliver, “The Impact of Covid-19 on Sexual and Reproductive Health and Rights: Youth-led Perspectives and Solutions for a Gender-equal World”, pág. 15.

³⁸ African Population and Health Research Center *et al.*, “Impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ethiopia, Kenya, Malawi and Uganda” (abril de 2021), págs. 9 a 12.

veces dejaban de acudir a los centros de salud por completo, o bien retrasaban o posponían la búsqueda de atención sanitaria, o recurrían a asistencia fuera de los centros de salud³⁹.

33. Garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, con inclusión del derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva, exige cumplir las normas aplicables a los centros, los bienes y los servicios sanitarios que necesitan, asegurándose de que están disponibles y son accesibles, aceptables y de buena calidad⁴⁰. El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas ha afirmado que ello exige, por ejemplo, inversiones en suministros adecuados, fondos suficientes, equipos e infraestructura, y el fomento de las capacidades de los proveedores de atención de salud, así como un sistema eficaz de comunicación, derivación y transporte para remediar o evitar los retrasos para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios de salud materna, llegar hasta un centro sanitario adecuado y recibir servicios de calidad una vez allí⁴¹.

34. La discriminación de género preexistente hacia las mujeres y las niñas influyó en que no se priorizaran los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia, incluida la salud materna⁴². En algunos países, las medidas adoptadas para hacer frente a la pandemia se han utilizado para justificar y ampliar las iniciativas emprendidas hace tiempo destinadas a restringir la salud sexual y reproductiva, directa e indirectamente, especialmente al no priorizar esos servicios, incluida la anticoncepción para adolescentes y el aborto seguro⁴³. La falta de priorización de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas en algunos países también ha quedado reflejada en la deficiente presupuestación con perspectiva de género e inversión financiera en ese ámbito⁴⁴. Al describir a grandes rasgos las obligaciones básicas de los Estados de asegurar la satisfacción de los niveles esenciales mínimos del derecho a la salud sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recomendó que los Estados aprobaran y aplicaran una estrategia y un plan de acción nacionales, dotados de una asignación presupuestaria suficiente, sobre salud sexual y reproductiva⁴⁵.

35. Las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas deben ser atendidas para garantizar la igualdad sustantiva, especialmente durante situaciones de emergencia. En su nota orientativa sobre la COVID-19, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer subrayó que los Estados deben seguir proporcionando acceso confidencial a servicios de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, con inclusión de la atención a la maternidad, las formas modernas de anticoncepción, y el aborto seguro y la asistencia posaborto, como parte de su respuesta ante la pandemia⁴⁶. En sus orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19, la OMS recomendó que, cuando disminuyera la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, se diera prioridad a los servicios de salud digitales y las intervenciones de autocuidado, lo que incluía, entre otras cosas, el acceso a anticonceptivos y al aborto seguro según lo permitido por la ley⁴⁷.

³⁹ *Ibid.*, págs. 14 y 15.

⁴⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párrs. 12 a 21.

⁴¹ A/HRC/47/38, párr. 76 f).

⁴² *Ibid.*, párr. 26.

⁴³ Jashodhara Dasgupta *et al.*, “Axes of alienation: applying an intersectional lens on the social contract during the pandemic response to protect sexual and reproductive rights and health”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 19 (2020).

⁴⁴ Lenka Benova *et al.*, “A call to action: documenting and sharing solutions and adaptations in sexual, reproductive, maternal and newborn healthcare provision during the COVID-19 pandemic”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, núm. 1 (2020); y Bekalu Mossie Chekol, Samuel Muluye y Grace Sheehy, “Impacts of Covid-19 on reproductive health service provision, access and utilization in Ethiopia: results from a qualitative study with service users, providers and stakeholders”, *PLOS Global Public Health* (marzo de 2023).

⁴⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 49.

⁴⁶ Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Guidance note on CEDAW and COVID-19”.

⁴⁷ OMS, “Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales” (junio de 2020), pág. 29.

B. Efectos de la pandemia de COVID-19 en determinados grupos de mujeres y niñas

36. Al igual que otras emergencias sanitarias, la pandemia de COVID-19 ha subrayado aún más las consecuencias sanitarias de las desigualdades sociales, pues las poblaciones marginadas experimentan mayores tasas de enfermedad y muerte relacionadas con la pandemia y una mayor interrupción de los servicios sanitarios, incluida la atención de salud sexual y reproductiva⁴⁸. Para las mujeres y las niñas de grupos marginados, las desigualdades y la discriminación preexistentes en relación con su situación socioeconómica, así como las formas de discriminación interseccionales durante la crisis sanitaria causada por la COVID-19, agravaron la incidencia de la pandemia en sus vidas. Ello se vio agravado en mayor medida por las lagunas que denotaban los marcos legislativos y de política y la respuesta ante la pandemia⁴⁹. En este sentido, los órganos de tratados han solicitado a los gobiernos que se cercioren de que las respuestas ante la pandemia de COVID-19 sean interseccionales, tengan en cuenta las cuestiones de género y afronten la incidencia desproporcionada de la pandemia en la salud de la mujer⁵⁰.

37. La intersección de la discriminación racial y de género en los entornos sanitarios aumenta la probabilidad de que las mujeres y niñas afrodescendientes e indígenas experimenten malos tratos en los servicios de atención a la maternidad. De hecho, se ha comprobado que la violencia obstétrica aumenta el cociente de mortalidad materna y crea obstáculos a la utilización de los servicios sanitarios por parte de esos grupos de mujeres y niñas en algunos países⁵¹. La pandemia de COVID-19 ha acentuado aún más sus resultados de salud dispares. Por ejemplo, una comunicación se refería a los datos preliminares de algunos países, según los cuales los grupos desfavorecidos y marginados preexistentes denotaban tasas sorprendentemente altas de infección (también entre mujeres embarazadas) y muerte por COVID-19⁵². Se ha informado de que, en América Latina y el Caribe, la pandemia de COVID-19 ha causado un retroceso de 20 años en la salud materna, con efectos desproporcionados en las mujeres y niñas indígenas. Aunque no abarcan el período de la pandemia en su totalidad, las estimaciones más recientes de la región indican un aumento del 15 % en la mortalidad materna entre 2016 y 2020⁵³.

38. Antes de la pandemia de COVID-19, las mujeres con discapacidad ya se enfrentaban a barreras específicas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención de la salud materna. Entre ellas figuran, por ejemplo, la falta de equipos e instalaciones accesibles en los servicios de salud sexual y reproductiva, la estigmatización y los estereotipos en torno a su sexualidad y su capacidad para ser madres, y la falta de confidencialidad y privacidad al acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva⁵⁴. Durante la pandemia, esas barreras se profundizaron y se sumaron al cierre de dispensarios en las comunidades locales y a la reasignación de recursos hacia la COVID-19. Esto tuvo una incidencia desproporcionada en las mujeres con discapacidad, incluidas las que solicitaban atención a la salud materna, que a menudo no cuentan con suficientes alternativas de

⁴⁸ Véase la declaración del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, “Las respuestas a la pandemia de COVID-19 no deben descartar a las mujeres y las niñas”.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Véase la declaración de los presidentes de los órganos creados en virtud de tratados, “Los órganos creados en virtud de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas exigen un planteamiento respetuoso con los derechos humanos a la hora de combatir el COVID-19”. Véase también Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Guidance note on CEDAW and COVID-19” (2020).

⁵¹ UNFPA, “La salud materna de mujeres y niñas afrodescendientes en las Américas. Folleto informativo” (mayo de 2023), pág. 12.

⁵² Véase la comunicación del Centro de Derechos Reproductivos.

⁵³ Véase Organización Panamericana de la Salud, campaña Cero Muertes Maternas (2023) y UNFPA, “La salud materna de las mujeres afrodescendientes en las Américas. Folleto informativo”, pág. 5.

⁵⁴ UNFPA *et al.*, “El impacto de COVID-19 en las mujeres y niñas con discapacidad. Una evaluación global y estudios de caso sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la violencia de género y los derechos conexos” (2021), pág. 9.

transporte accesible para beneficiarse de servicios o artículos en otras comunidades, o no pueden permitirse ese transporte⁵⁵.

39. Aunque los adolescentes representan una proporción significativa de la población mundial (en torno al 16 %), sus necesidades y derechos en materia de salud sexual y reproductiva siguen sin atenderse en su mayor parte. Antes de que estallara la pandemia de COVID-19, el embarazo en la adolescencia ya era un importante problema de salud pública a nivel mundial. En los países de ingreso bajo y mediano, el embarazo y el parto son las principales causas de mortalidad entre las adolescentes y las mujeres jóvenes de 15 a 19 años de edad⁵⁶. También se calcula que cada año se practican 3,9 millones de abortos peligrosos entre las adolescentes de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad⁵⁷. Los adolescentes a menudo experimentan discriminación y se enfrentan a obstáculos para acceder a información, artículos y servicios de salud sexual y reproductiva, también en situaciones de crisis. Mientras que algunos obstáculos obedecen a las restricciones de edad en el acceso a esos servicios, otros se deben a las normas sociales y al estigma que impiden a las adolescentes informarse sobre su salud sexual y reproductiva⁵⁸. En todas las regiones, el cierre de las escuelas durante la pandemia de COVID-19 restringió aún más el acceso de las adolescentes a una educación sexual integral⁵⁹. En algunos países, las medidas de confinamiento y el cierre de escuelas también expusieron a las niñas a violencia sexual y a embarazos no deseados⁶⁰, lo que entrañó un mayor riesgo de matrimonio infantil, precoz y forzado⁶¹.

40. Las tecnologías digitales pueden fomentar mayor inclusión y participación y compensar las deficiencias de los sistemas sanitarios existentes mejorando la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios sanitarios, incluida la salud sexual y reproductiva, en particular para las adolescentes⁶². Por ejemplo, las tecnologías digitales sirvieron para difundir información sobre salud sexual y reproductiva durante la pandemia, pero las personas en situación de marginación que no tenían acceso a ellas, como las adolescentes que vivían en zonas remotas, quedaron al margen⁶³. Además, las tecnologías digitales pueden posibilitar un aprovechamiento más eficaz de los recursos por parte de los Estados para hacer efectivo el derecho a la salud. Por ejemplo, al reducir la necesidad de reconocimiento físico, la teleasistencia puede reforzar los recursos humanos en los centros sanitarios. Los servicios telemáticos de salud pueden contribuir a que los sistemas sanitarios superen obstáculos como la escasez de personal sanitario en los países de ingreso bajo y mediano, causada por la “fuga de cerebros”⁶⁴. Sin embargo, el uso de tecnologías digitales sin suficientes salvaguardias de los derechos humanos también ahonda y exacerba las desigualdades existentes. A este respecto, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recomendó que, antes de adoptar o ampliar el uso de la tecnología digital, se estableciera un entorno regulatorio con la participación de los usuarios de las tecnologías digitales⁶⁵.

⁵⁵ Véase la comunicación de Women Enabled International.

⁵⁶ Véase <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

⁵⁷ ACNUDH, “Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Adolescentes” (actualizado en 2020).

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Cuando las escuelas cierran El impacto de género del cierre de las escuelas por el COVID-19* (2021), pág. 27.

⁶⁰ Véase Elizabeth Ochola *et al.*, “The impact of COVID-19 mitigation measures on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries: a rapid review”.

⁶¹ *A/77/282*, párr. 18.

⁶² Women Deliver, “The Impact of Covid-19 on Sexual and Reproductive Health and Rights: Youth-led Perspectives and Solutions for a gender-equal world”, págs. 31 a 33.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *A/HRC/53/65*, párr. 27.

⁶⁵ *Ibid.*, párr. 86.

C. Repercusiones específicas de la COVID-19 en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas

1. Mortalidad materna y acceso insuficiente a los servicios de salud materna

41. La mortalidad materna es uno de los resultados más visibles de la discriminación contra la mujer y la causa de muerte de cientos y miles de mujeres y niñas a nivel mundial. Según la OMS, los conocimientos y la tecnología clínicos necesarios para prevenirla existen desde hace mucho tiempo. Sin embargo, esas soluciones se ignoran sistemáticamente y a menudo no están disponibles, son inaccesibles, o no se ponen en práctica, especialmente en entornos con pocos recursos⁶⁶.

42. A pesar de la meta 3.1 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para 2030, las estimaciones de la OMS publicadas en 2023 muestran retrocesos en la reducción de las muertes maternas en casi todas las regiones entre 2016 y 2020⁶⁷. Aunque esas estimaciones no son concluyentes en cuanto a la incidencia absoluta de la COVID-19 en la salud materna, indican que en 2020 murieron casi 800 mujeres al día por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, es decir, que murió una mujer cada dos minutos aproximadamente⁶⁸. La inmensa mayoría de esas muertes se produjo en países de ingreso bajo y mediano, con grandes disparidades en las tasas de mortalidad materna entre los grupos de mujeres y niñas históricamente marginados⁶⁹.

43. Aunque no se puede atribuir únicamente a la pandemia de COVID-19, los avances logrados en muchas facetas de la salud sexual y reproductiva en los años previos a la pandemia se han estancado⁷⁰. Del mismo modo, los estudios han revelado que los resultados de salud materna y neonatal empeoraron durante la pandemia de COVID-19, especialmente en los países de ingreso bajo y mediano⁷¹. Además de las mayores tasas de mortalidad materna, también se ha notificado un aumento de mortinatos, complicaciones durante el embarazo y depresión perinatal. Esto es especialmente preocupante en el caso de las niñas y las jóvenes menores de 20 años, que se enfrentan a mayor riesgo de mortalidad y morbilidad durante el embarazo y el parto⁷².

44. Además, en algunos contextos, en un presunto intento por acelerar el parto de sus hijos o evitar contagios, al parecer algunas mujeres fueron sometidas a violencia obstétrica y malos tratos. Se ha informado, por ejemplo, de que se practicaron cesáreas y partos mediante fórceps a mujeres embarazadas sin prescripción médica y de que se les negó la anestesia epidural, aunque se desconoce la magnitud de esas violaciones. Con frecuencia, debido a las medidas sanitarias relativas a la pandemia, no se permitía que las mujeres estuvieran acompañadas de sus parejas durante el parto, y se las separaba de sus recién nacidos⁷³. La interrupción y el desvío de los recursos destinados a la atención sanitaria materna son especialmente preocupantes, dado que incluso un modesto descenso del 10 % en la cobertura

⁶⁶ OMS, *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*, pág. 45.

⁶⁷ *Ibid.*, pág. xv. Véase también <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>.

⁶⁸ OMS, *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020*, pág. 30.

⁶⁹ *Ibid.*, pág. 74. Véanse también <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>; y ACNUDH, “Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Mortalidad y morbilidad materna” (actualizado en 2020).

⁷⁰ OMS, *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020*, pág. 47.

⁷¹ Véase Barbara Chmielewska *et al.*, “Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis”, *The Lancet Global Health*, vol. 9, núm. 6 (junio de 2021); Clara Calvert *et al.*, “Maternal mortality in the COVID-19 pandemic: findings from a rapid systematic review”, *Global Health Action*, vol. 14, suplemento 1 (2021); y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “Direct and Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic and Response in South Asia” (2021), págs. 8 y 28.

⁷² *A/77/282*, párr. 21.

⁷³ Véase la declaración del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, “Las respuestas a la pandemia de COVID-19 no deben descartar a las mujeres y las niñas”.

de servicios durante el embarazo y para los recién nacidos podría ocasionar miles de muertes maternas y neonatales adicionales y millones de embarazos no deseados⁷⁴.

2. Acceso limitado a servicios de planificación familiar y anticoncepción

45. El acceso a la planificación familiar, la anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia), los servicios de aborto seguro y la asistencia posaborto son elementos del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y, en particular, del derecho a la salud sexual y reproductiva⁷⁵.

46. Según una encuesta realizada en 2020 por la OMS en 105 países, el 68 % de estos vieron perturbados sus servicios de planificación familiar y anticoncepción a causa de la pandemia de COVID-19⁷⁶. Además, en 2022, el UNFPA informó de que, según los cálculos, en los primeros 12 meses de la pandemia de COVID-19 la interrupción de los suministros y servicios anticonceptivos duró en promedio 3,6 meses, lo que ocasionó hasta 1,4 millones de embarazos no deseados⁷⁷. En algunos lugares, los proveedores de atención de salud de centros privados se enfrentaron a dificultades para reponer varios productos básicos de planificación familiar, mientras que, en otros, se señaló que la escasez de productos básicos de salud sexual y reproductiva en los centros públicos no era un fenómeno nuevo, pero sí agravado por la pandemia de COVID-19⁷⁸. El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas ha señalado que, para garantizar un acceso ininterrumpido, los Estados deben asegurarse de que no hay perturbaciones en la cadena de suministro de productos básicos de salud sexual y reproductiva, con inclusión de la producción, el envío y la distribución⁷⁹.

47. Además, en algunos lugares, se alentó el uso de métodos anticonceptivos de corto plazo que no necesitan interacción física entre los profesionales de la salud y las usuarias, en lugar de los dispositivos anticonceptivos intrauterinos y los implantes cuya inserción exige contacto estrecho y procedimientos invasivos. Este uso inconstante o intermitente de anticonceptivos de corto plazo puede dar lugar a embarazos no deseados. En algunos casos, esta práctica se sustentaba en medidas públicas de prevención de la COVID-19 articuladas en políticas y directrices⁸⁰.

3. Falta de servicios de aborto seguro

48. Para que las mujeres y las niñas puedan tener un embarazo y un parto seguros, es fundamental garantizar que pueden tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, y que tienen acceso a la información y los servicios necesarios para tomar decisiones con conocimiento de causa. Las leyes y prácticas discriminatorias que restringen el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, también en relación con los servicios de aborto seguro, influyen en el riesgo de mortalidad y de morbilidad asociadas a la maternidad⁸¹. Según estimaciones mundiales, el 45 % de los abortos se practican en condiciones de riesgo y los abortos peligrosos se concentran cada vez más en los países en

⁷⁴ OMS, “Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19”, pág. 24.

⁷⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párrs. 11 y 18.

⁷⁶ También se registraron perturbaciones en los servicios sanitarios esenciales en 2020. Véase OMS, “Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic” (2020), pág. v.

⁷⁷ UNFPA, *Seeing the Unseen: the Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy* (2022), pág. 14.

⁷⁸ African Population and Health Research Center *et al.*, “Impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ethiopia, Kenya, Malawi and Uganda”, pág. 9.

⁷⁹ Véase la declaración del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, “Las respuestas a la pandemia de COVID-19 no deben descartar a las mujeres y las niñas”.

⁸⁰ African Population and Health Research Center *et al.*, “Impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ethiopia, Kenya, Malawi and Uganda”, pág. 8.

⁸¹ A/HRC/45/19, párr. 55.

desarrollo y entre los grupos de mujeres y niñas en situación de vulnerabilidad y marginación⁸².

49. En el contexto de la pandemia de COVID-19, algunos Estados han ofrecido condiciones favorables para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (incluidos servicios de aborto seguro) mediante, por ejemplo, la eliminación de las barreras legales para acceder a la telemedicina⁸³, mientras que otros han creado más obstáculos. Por ejemplo, en algunos países, se establecieron barreras legales y políticas a los servicios de aborto seguro, por ejemplo clasificándolos como atención sanitaria no esencial o a través de declaraciones públicas en las que se recomendaba a las mujeres que no recurrieran a asistencia para el aborto debido a la pandemia⁸⁴. Como ha señalado la Relatora Especial sobre el derecho a la salud, las restricciones establecidas o los requisitos regulatorios puestos de nuevo en vigor en algunos contextos han hecho más inaccesible el aborto, una práctica donde el tiempo es un factor clave⁸⁵. Entre los obstáculos y requisitos adicionales figuraban períodos de espera más largos, la autorización previa de varios profesionales sanitarios para abortar y restricciones relativas a medicamentos abortivos⁸⁶.

IV. Conclusiones y recomendaciones

A. Conclusiones

50. **El Alto Comisionado para los Derechos Humanos toma nota con reconocimiento de las iniciativas emprendidas por los interesados para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a fin de reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de salud materna. Sigue siendo fundamental evaluar la incidencia del uso de las orientaciones técnicas publicadas por el ACNUDH y promover la comprensión sobre cauces de aplicación de los enfoques basados en los derechos humanos en relación con la mortalidad y la morbilidad asociadas a la maternidad, incluido en el contexto de las emergencias sanitarias, tales como la pandemia de COVID-19.**

51. **Como afirmó el Secretario General, las grandes crisis mundiales de los últimos años, incluida la pandemia de COVID-19, han puesto a prueba a las instituciones internacionales y han socavado los progresos en pos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con efectos desproporcionados para las mujeres y las niñas⁸⁷. La pandemia de COVID-19, además de sacar a la luz y agudizar la desigualdad de género, ha desviado la atención del empeño por garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de salud materna. La situación es especialmente difícil en contextos humanitarios, frágiles, y en países de ingreso bajo, cuyos servicios y atención sanitarios son de por sí deficientes⁸⁸.**

52. **Los efectos descritos en el presente informe de seguimiento son un recordatorio de la necesidad de subsanar las deficiencias de las políticas y los perjuicios que han afrontado y siguen afrontando las mujeres y las niñas en relación con su salud sexual y reproductiva, así como la incapacidad de garantizar su participación y representación**

⁸² OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto* (2022), pág. xx.

⁸³ Elizabeth Chloe Romanis y Jordan A. Parsons, “Legal and policy responses to the delivery of abortion care during Covid-19”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 151, núm. 3 (2020). OMS, “Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19”, pág. 29.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ [A/76/172](#), párr. 43.

⁸⁶ Véase la comunicación del Centro de Derechos Reproductivos.

⁸⁷ Naciones Unidas, “Informe de políticas de Nuestra Agenda Común 2: reforzar la respuesta internacional en caso de crisis mundiales complejas – una plataforma de emergencia” (marzo de 2023), pág. 7.

⁸⁸ UNFPA, “Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. UNFPA Global Response Plan” (revisado en junio de 2020), pág. 1.

activas y significativas en todos los niveles de la adopción de decisiones⁸⁹. Es imperativo integrar sus opiniones en la concepción de políticas y programas relacionados con su salud sexual y reproductiva. El *statu quo*, con millones de mujeres y niñas de todo el mundo sumamente expuestas a riesgos para la salud sexual y reproductiva vinculados al género, es inaceptable⁹⁰.

53. La solidaridad y la cooperación internacionales han demostrado ser la mejor defensa contra la pandemia y la clave para una mejor recuperación⁹¹. Aunque las situaciones de crisis no siempre son evitables, los Estados pueden estar mejor preparados. Las obligaciones de derechos humanos que incumben a los Estados en relación con la promoción de la salud mundial, incluida la salud sexual y reproductiva, exigen enfoques compartidos y sistemas de responsabilidad colectiva, igualdad y respeto entre los géneros, y la observancia de los derechos humanos⁹².

B. Recomendaciones

54. Recordando las recomendaciones recogidas en los anteriores informes de seguimiento del Alto Comisionado para la puesta en práctica de las orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, se dirigen las siguientes recomendaciones a los Estados y otros interesados:

a) Fomentar el reconocimiento, a escala nacional e internacional, de que la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad son una cuestión fundamental de derechos humanos;

b) Difundir y promover la aplicación de las orientaciones técnicas y las herramientas conexas lo más ampliamente posible, incluido en todos los ministerios, en particular los ministerios de salud, e instituciones públicas competentes a todo nivel, así como entre los titulares de derechos, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones nacionales de derechos humanos que trabajan en ámbitos conexos;

c) Promulgar leyes y políticas sobre salud sexual y reproductiva que sean conformes con las normas internacionales de derechos humanos;

d) Sensibilizar a distintos interesados, con inclusión de los trabajadores de la salud, los responsables de política, los legisladores, las instituciones nacionales de derechos humanos y el poder judicial, sobre la aplicación de enfoques basados en derechos a la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, y fomentar sus capacidades a ese respecto, organizando, entre otras cosas, sesiones informativas y de formación;

e) Celebrar y apoyar reuniones multipartitas, también con la participación de trabajadores de la salud y mujeres y niñas marginadas, para discutir la aplicación de un enfoque basado en los derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y priorizar ámbitos y planes concretos a cuyo respecto tomar medidas;

f) Fomentar las capacidades de los titulares de derechos para que puedan reivindicarlos y contribuir a una cultura de rendición de cuentas para hacer efectivos la salud y los derechos sexuales y reproductivos;

g) Garantizar la participación significativa de organizaciones diversas de defensa de los derechos de la mujer en la formulación, desarrollo, aplicación y seguimiento de políticas sanitarias esenciales, incluidas políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva;

⁸⁹ ONU-Mujeres y PNUD, *Government Responses to Covid-19: Lessons on Gender Equality for a World in Turmoil*, págs. 109 y 110.

⁹⁰ A/HRC/47/38, párr. 73.

⁹¹ A/HRC/46/43, párrs. 50 y 51.

⁹² Véanse A/HRC/21/22, A/HRC/21/22/Corr.1 y A/HRC/21/22/Corr.2.

h) **Elaborar políticas y asignar recursos para afrontar las formas múltiples e interseccionales de discriminación que contribuyen a las disparidades en la salud sexual y reproductiva;**

i) **Recopilar de manera sistemática datos, desglosados por sexo, género, raza, origen étnico y otros factores, para determinar la situación y las necesidades de diversas poblaciones de mujeres en cuanto a su salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, a lo largo de su ciclo vital, con miras a fundamentar la formulación, las actividades de seguimiento y el fortalecimiento de la ejecución de las leyes y políticas vigentes sobre salud sexual y reproductiva;**

55. **Para hacer frente a las consecuencias persistentes de la pandemia de COVID-19 y de futuras emergencias sanitarias sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, se dirigen a los Estados y a los interesados pertinentes las siguientes recomendaciones:**

a) **Garantizar que las medidas de respuesta y prevención se basan en las normas de derechos humanos e integran un enfoque sensible a las cuestiones de género con una combinación de medidas de emergencia y a largo plazo, también en relación con la salud sexual y reproductiva. Esas medidas deberían concebirse y aplicarse con la participación significativa y el liderazgo de las mujeres y las niñas en todos los niveles de la toma de decisiones, y proteger la autonomía personal y las libertades individuales;**

b) **Reforzar los sistemas sanitarios, asegurar la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva en las políticas nacionales de salud y garantizar que los centros sanitarios y los artículos y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad;**

c) **Priorizar los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de salud materna, desde el inicio de las emergencias sanitarias, y dotarlos de financiación, suministros, equipos e infraestructura suficientes para que las mujeres y las niñas tengan acceso ininterrumpido, sin discriminación, lo que incluye servicios de salud materna, anticoncepción, aborto seguro y asistencia posaborto.**
