



Asamblea General

Distr. general
16 de julio de 2021
Español
Original: inglés

Septuagésimo sexto período de sesiones

Tema 75 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
enfoques para mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, presentado de conformidad con las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 6/29 y [42/16](#).

* [A/76/150](#).



Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng

Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19

Resumen

En su primer informe a la Asamblea General, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, se centra en los derechos de salud sexual y reproductiva y en las oportunidades y los retos que surgen durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Adoptando el punto de vista de que la opresión patriarcal es universal y está en el origen del control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres, la Relatora Especial examina el polifacético impacto histórico del colonialismo sobre estos derechos. Reflexiona sobre la importancia de los determinantes subyacentes y sociales de la salud y la igualdad sustantiva para la realización de los derechos sexuales y reproductivos y aclara la naturaleza del marco jurídico que reconoce estos derechos, centrándose en el derecho a la salud sexual y reproductiva como parte integrante del derecho a la salud.

La Relatora Especial demuestra cómo la pandemia de COVID-19 ha frustrado aún más la realización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las adolescentes, las niñas y todas las personas capaces de quedarse embarazadas. Dentro de un marco de interseccionalidad, examina el impacto de la legislación y la política, los servicios y la financiación en los servicios de salud materna, neonatal e infantil, la planificación familiar y la anticoncepción, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, el apoyo integral a los supervivientes de la violencia sexual y de género, el VIH/sida y los cánceres reproductivos. Señala las importantes oportunidades positivas que ofrece la sanidad digital si se supera la brecha digital global y de género. La Relatora Especial reafirma los principios clave de no discriminación, igualdad y privacidad.

Índice

<i>Capítulo</i>	<i>Página</i>
I. Introducción: los derechos de salud sexual y reproductiva a través de la lente del colonialismo y su vivo legado	4
II. Determinantes sociales subyacentes de la salud e igualdad sustancial	6
III. Metodología	9
IV. Marco jurídico	9
V. Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19	12
A. Servicios de salud materna, neonatal e infantil	12
B. Planificación familiar, anticoncepción, incluida la de emergencia y aborto	15
C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes	18
D. Apoyo integral a los supervivientes de la violencia sexual y de género de todos los géneros: prevención y respuesta	20
E. VIH/Sida	21
F. Enfermedades desatendidas: cánceres reproductivos	22
G. Innovación e intervención digital: oportunidades y riesgos	23
H. Financiación sanitaria, apoyo global y filantropía para los derechos de salud sexual y reproductiva	25
VI. Conclusiones y recomendaciones	27

I. Introducción: los derechos de salud sexual y reproductiva a través de la lente del colonialismo y su vivo legado

1. El control de la sexualidad y, en particular, de la sexualidad de las mujeres tiene su origen en el patriarcado. La opresión patriarcal no es específica de ningún país o región: es universal. Ha calado en todas las sociedades del mundo y su impacto ha sido devastador. El colonialismo ha perpetuado el control patriarcal y la opresión de las sociedades y el control de la sexualidad¹. Los cuerpos de las mujeres, las niñas y las personas con diversidad de género han sido durante mucho tiempo objeto de discriminación, violencia y opresión, y las violaciones de los derechos humanos no han disminuido. Como se indica en el primer informe temático de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, en el que se esbozan las prioridades estratégicas, el derecho a la salud sexual y reproductiva es parte integrante del derecho a la salud². Son muchos los obstáculos que se interponen entre las personas y el disfrute de los derechos de salud sexual y reproductiva. Estos obstáculos están interrelacionados y arraigados, y operan a diferentes niveles: en la atención clínica, en el nivel de los sistemas sanitarios y en el contexto de los determinantes subyacentes de la salud. Los principios clave que conforman los derechos humanos, especialmente la no discriminación, la igualdad y la privacidad, así como la integridad, la autonomía, la dignidad y el bienestar de las personas, especialmente en relación con los derechos de salud sexual y reproductiva, son parte integrante de la realización del derecho a la salud.

2. Las repercusiones históricas del colonialismo en los derechos de salud sexual y reproductiva son múltiples. En general, los regímenes coloniales han visto la reproducción principalmente en términos instrumentales, promoviéndola cuando se consideraba valiosa para los objetivos económicos o políticos y desalentándola cuando se consideraba indeseable. Los programas de salud materna creados por las potencias coloniales europeas en África y el Caribe a principios del siglo XX, por ejemplo, fueron impulsados en gran medida por la percepción de la escasez de mano de obra necesaria para trabajar en las plantaciones y en las industrias de exportación³. Los regímenes coloniales y postcoloniales, así como muchas organizaciones internacionales, pasaron entonces a desalentar la reproducción y a promover la planificación familiar a mediados del siglo XX, cuando se consideró que las familias más pequeñas eran más propicias para el desarrollo económico nacional y la seguridad mundial⁴. Las conexiones entre la fecundidad, el tamaño de la familia y el desarrollo

¹ [A/HRC/29/40](#), párrs. 13 y 14.

² [A/HRC/47/28](#), párr. 65.

³ Lynn M. Thomas, *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya* (Berkeley, California, University of California Press, 2003); Juanita De Barros, *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery* (Chapel Hill, Carolina del Norte, University of North Carolina Press, 2014).

⁴ Rickie Solinger y Mie Nakachi, eds., *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy* (Oxford, Oxford University Press, 2016); Betsy Hartmann, *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control* (Boston, Massachusetts, South End Press, 1995); Matthew Connelly, *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population* (Cambridge, Massachusetts, Belknap Press of Harvard University Press, 2008); Laura Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico* (Berkeley, California, University of California Press, 2003); Susanne Klausen, *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910-39* (Basingstoke, Reino Unido, Palgrave Macmillan, 2004); Sanjam Ahluwalia, *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877-1947* (Urbana, Illinois, University of Illinois Press, 2008); y Nicole Bourbonnais, *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930-1970* (Nueva York, Cambridge University Press, 2016).

social y económico en general siguieron siendo objeto de debate, reforzado por el resurgimiento de la retórica del control de la población en el contexto del cambio climático⁵. En la era del cambio climático, hay que señalar que estos discursos resurgentes se abren paso en los debates sociales y políticos y atribuyen la destrucción del medio ambiente a la reproducción de los pobres, los indígenas y los afrodescendientes. Un enfoque descolonial rechazaría por completo los términos instrumentalistas de este debate y reclamaría el pleno acceso a los servicios basados en la salud reproductiva y sexual como un derecho humano fundamental en sí mismo, y no como un medio para alcanzar un fin determinado por las prioridades del Estado.

3. El colonialismo y su efecto en las leyes y políticas también señalan la importancia de la brutal historia del control de la fertilidad basada en la aplicación del concepto de eugenesia, a través del cual las mujeres negras pobres y las mujeres de etnias marginadas en el Sur Global y los pueblos indígenas en el Norte Global fueron el objetivo en nombre de la contención de la “sobrepoblación”⁶. Las motivaciones que impulsan este concepto, que se sigue invocando hoy en día, tienen sus raíces en el racismo y el clasismo, tal y como ilumina el concepto de “reproducción estratificada”, término acuñado por Shellee Colen⁷.

4. Sobre la base del concepto de reproducción estratificada, se alienta o se coacciona a ciertas personas para que se reproduzcan, mientras que se desalienta sistemáticamente a otras. El fomento por parte de los Estados de altas tasas de fecundidad entre las poblaciones “deseadas” surge a través de políticas pronatalistas, para asegurar la fuerza nacional, el crecimiento económico y la protección contra las agresiones externas, así como para preservar una “identidad nacional”⁸. La capacidad de controlar las propias opciones reproductivas está distribuida de forma desigual en función de la raza, la orientación sexual, la identidad de género, las características sexuales, el género, la clase y la situación socioeconómica. La reproducción estratificada también se extiende más allá de los aspectos de la reproducción para incluir la concepción, la anticoncepción, la atención médica prenatal, el cuidado de los niños y el papel de las madres en la vida de sus hijos. La forma en que las mujeres experimentan estos parámetros de salud sexual y reproductiva depende de las intersecciones de privilegio y opresión en las que viven, incluida su posición frente a sus parejas. Las conclusiones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sobre el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, meta 5.6, relativa al marco jurídico y normativo para los derechos de salud sexual y reproductiva y la toma de decisiones de las mujeres en materia de reproducción, muestran que a principios de 2020, en 57 países, una cuarta parte de las mujeres no podían tomar sus propias decisiones sobre el acceso a la atención sanitaria y no estaban facultadas para negarse a mantener relaciones sexuales con su marido o pareja, y casi una de cada diez no tenía elección con respecto al uso de anticonceptivos.

⁵ Véase la sección temática: “Populationism”, en *Gender, Place and Culture*, vol. 27, núm. 3 (marzo de 2020).

⁶ Ross y Rickie Solinger, *Reproductive Justice: An Introduction* (Berkeley, California, University of California Press, 2017).

⁷ Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, “Introduction: conceiving the new world order”, en *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, eds. (Berkeley, California, University of California Press, 1995), pág. 3.

⁸ [A/HRC/32/44](#), párrs. 61 y 62.

5. Asimismo, las mujeres negras, las mujeres de color y las mujeres indígenas del Sur Global, que históricamente han sido señaladas principalmente como víctimas de la violencia sexual o vectores de enfermedades sexuales, en lugar de como demandantes potencialmente empoderadas de los derechos sexuales y del placer sexual, deben estar centradas en las conversaciones relativas a la protección, el cumplimiento y el respeto de los derechos de salud sexual y reproductiva⁹.

6. Los regímenes coloniales europeos establecieron leyes específicas, incluidas las restricciones al aborto y a los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo, que siguen vigentes hoy en día en los antiguos países colonizados. De hecho, en contraste con la narrativa popular de que el avance de los derechos sexuales y el derecho al aborto a nivel internacional son formas modernas de “colonización” por parte de Occidente, en realidad la homofobia patrocinada por el Estado, el privilegio de la heterosexualidad y las restricciones a los derechos de las mujeres a la autonomía corporal son un legado más preciso del dominio colonial. Configuran la geopolítica contemporánea de la financiación, los servicios y los regímenes de auditoría de los derechos de salud sexual y reproductiva, que imponen las disparidades de poder en la ayuda sanitaria entre los donantes bilaterales y los países ejecutores. Como sostiene M. Jacqui Alexander, al no revocar estas leyes, el Estado poscolonial o “neocolonial” “continúa la vigilancia de los cuerpos sexualizados... como si los amos coloniales siguieran mirando”¹⁰. Un enfoque descolonial requeriría una plena autonomía corporal y erótica, que permita a todas las personas tomar decisiones libres de la intervención del Estado, ya sean coloniales o de otro tipo.

II. Determinantes sociales subyacentes de la salud e igualdad sustantiva

7. A la luz de las prioridades estratégicas bajo el mandato de la Relatora Especial, se subraya la importancia de la igualdad sustantiva en el ámbito de los derechos de salud sexual y reproductiva.

8. La Relatora Especial está de acuerdo con Amartya Sen cuando afirma lo siguiente: “La equidad en la salud tiene muchos aspectos, y es mejor considerarla como un concepto multidimensional. Incluye la preocupación por la consecución de la salud y la capacidad de lograrla, no solo la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe otorgar importancia a la no discriminación en la prestación de servicios de salud”¹¹.

9. La Relatora Especial subraya que, más allá del objetivo de la equidad en la salud que los Estados pueden o no perseguir, el derecho de los derechos humanos obliga legalmente a los Estados a garantizar la no discriminación y la igualdad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para todos¹². Se hace eco del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación de la mujer en la ley y en la práctica al reconocer que esto “requiere un enfoque diferenciado para las mujeres y los hombres, de acuerdo con sus necesidades biológicas” y que “satisfacer estas

⁹ Susie Jolly, Andrea Cornwall y Kate Hawkins, *Women, Sexuality and the Political Power of Pleasure* (Londres, Zed Books, 2013).

¹⁰ M. Jacqui Alexander, “Erotic autonomy a politics of decolonization: an anatomy of feminist and state practice in the Bahamas tourist economy”, en *Feminist Genealogies, Colonial Legacies, Democratic Futures*, M. Jacqui Alexander y Chandra Talpade Mohanty, eds. (Nueva York, Routledge, 1997), pág. 83.

¹¹ “¿Por qué la equidad en salud?”, *Health Economics*, vol. 11, núm. 8 (diciembre de 2002), págs. 659 a 666.

¹² Ver https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5_1&download=true.

diferentes necesidades requiere una igualdad sustantiva y, por lo tanto, obliga a los Estados a proporcionar servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva, tratamientos y medicamentos para mujeres y niñas a lo largo de su ciclo vital”¹³. Asimismo, la igualdad sustantiva exige que se atiendan las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las personas con diversas identidades de género.

10. Vinculado a la equidad en salud y la igualdad sustantiva se encuentra el marco desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los determinantes sociales de la salud, definidos como los factores no médicos que influyen en los resultados de salud, es decir, “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”¹⁴. En particular, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha reconocido que los “determinantes sociales de la salud afectan a la realización del derecho a la salud sexual y reproductiva”¹⁵. Tanto entre los países como dentro de ellos, los patrones relacionados con los derechos a la salud sexual y reproductiva suelen reflejar las desigualdades sociales y las distribuciones de poder basadas en los ingresos, el género, el origen, la condición de ciudadanía, la edad, la condición de capacidad diferente, la discriminación sistemática y otros factores. Por ejemplo, las personas que viven en países de ingresos bajos y medios se enfrentan a tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con los derechos de salud sexual y reproductiva mucho más altas que las personas de los países de ingresos altos¹⁶. Sin embargo, en todos los países, las personas marginadas, como las de bajos ingresos, las lesbianas, los gais, los bisexuales, los transexuales, los intersexuales y los *queer* (LGBTIQ+), los adolescentes, los migrantes, las personas sin hogar, las personas que viven con discapacidad, las personas que viven con el VIH y los trabajadores sexuales, se enfrentan a mayores barreras para ejercer los derechos de salud sexual y reproductiva en comparación con los promedios nacionales¹⁷.

11. La pandemia de COVID-19 ha subrayado aún más los impactos en la salud dentro de las desigualdades sociales, ya que las poblaciones ya marginadas experimentan tasas más altas de enfermedad y muerte relacionadas con la pandemia de COVID-19 y una mayor interrupción de otros servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva¹⁸. En muchas partes del mundo se adoptaron medidas de emergencia por la pandemia de COVID-19, no siempre en conformidad con las leyes de derechos humanos¹⁹. Las enmiendas a las leyes y otras medidas se han utilizado de manera oportunista para aplicar medidas draconianas que recortan aún más los derechos humanos, especialmente los relacionados con los derechos de salud sexual y reproductiva y los derechos de las personas LGBTIQ+²⁰. Por ejemplo, en Hungría se presentó un nuevo proyecto de ley que “negaría a las personas trans y de género diverso el derecho al reconocimiento legal y a la autodeterminación”²¹, y en Polonia

¹³ Sobre el significado de la igualdad sustantiva en el ámbito de la salud para mujeres y niñas, véase [A/HRC/32/44](#), párrs. 13, 16, 22 a 27 y 100; y [A/HRC/47/38](#).

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, “Social determinants of health”. Puede consultarse en: www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

¹⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 22 (2016).

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme Implementation* (Ginebra, 2010).

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Lauren Paremoer y otros, “Covid-19 pandemic and the social determinants of health”, *BMJ*, vol. 372, núm. 129 (29 de enero de 2021). Puede consultarse en www.bmj.com/content/372/bmj.n129.

¹⁹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “COVID-19: los Estados no deben abusar de las medidas de emergencia para reprimir los DD HH – Expertos de la ONU”, (Ginebra, 16 de marzo de 2020).

²⁰ Véase www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25832&LangID=E.

²¹ Véase www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25844.

se aprobó una enmienda de la legislación penal por la vía rápida que aumenta las penas por exposición, no revelación y transmisión del VIH²².

12. Las medidas de contención de la pandemia de COVID-19 se han cobrado un alto precio entre los trabajadores sexuales²³. Han sido tratados como “vectores” del virus; se les ha cortado su fuente de ingresos, ya que en muchos países se cerraron los burdeles y se prohibió el trabajo sexual²⁴; y muchos trabajadores sexuales fueron detenidos en todo el mundo²⁵. Además, a menudo no son elegibles para recibir ayuda financiera debido a la situación legal de su trabajo o al estigma general asociado al trabajo sexual²⁶. Una encuesta realizada por la Red Mundial de Proyectos de Trabajo Sexual a 156 trabajadores sexuales de 55 países reveló que la mayoría de los encuestados de todas las regiones, excepto Europa, informaron de un acceso reducido a preservativos, lubricantes y pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual²⁷.

13. Transcurrido más de un año de la pandemia de COVID-19, es necesario derogar las medidas regresivas que aún se continúan aplicando y manteniendo. Ya se ha demostrado que la pandemia está fomentando un contexto que perpetúa la profunda desigualdad, como demuestran los procesos de despliegue de las vacunas contra la COVID-19, que han favorecido a los países más ricos en detrimento de los de ingresos bajos y medianos. En ese sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado el derecho de toda persona a disfrutar de los beneficios del progreso científico. El Comité subraya que las pandemias ofrecen una prueba crucial de la necesidad de la cooperación científica internacional para hacer frente a las amenazas transnacionales. Los virus y otros agentes patógenos no pueden ser detenidos en las fronteras ni a través de los controles diplomáticos. La desigualdad persiste, con miles de millones de personas en el Sur global excluidas del acceso a las vacunas contra la COVID-19, mientras los países desarrollados protegen a sus propios nacionales y las utilidades de las farmacéuticas, todo ello escudándose en el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), que no están dispuestos a utilizar la flexibilidad de su aplicación y permitir a los países de ingresos bajos y medios ampliar sus propios programas de fabricación, distribución y vacunación²⁸.

²² Véase www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/2-0200409_laws-covid19.

²³ Véase la comunicación de Suiza, pág. 2.

²⁴ Véase la presentación de la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWG), pág. 2.

²⁵ Véase www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevaling-against-pandemics_en.pdf, pág. 22 y 31.

²⁶ Véase la comunicación de Suiza, pág. 2.

²⁷ Véase www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevaling-against-pandemics_en.pdf, p 32.

²⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Expertos de la ONU: los gobiernos del G7 deben garantizar el acceso a las vacunas en los países en desarrollo” (Ginebra, 9 de junio de 2021).

III. Metodología

14. El presente informe se basa en las conversaciones mantenidas por la Relatora Especial con los titulares de derechos, la sociedad civil y otras partes interesadas, incluidos los Estados Miembros, desde el inicio de su mandato en agosto de 2020; la información que se recibe continuamente sobre los derechos de salud sexual y reproductiva, incluyendo las presuntas violaciones de los derechos sexuales y reproductivos; y las comunicaciones enviadas a los Estados Miembros y a las empresas a este respecto²⁹.

15. La Relatora Especial hizo un llamamiento a presentar comunicaciones por escrito, en el que invitó a las partes interesadas, en particular los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, incluidos los médicos y los académicos³⁰. La Relatora Especial agradece a todos los que han contribuido al informe.

16. Se utilizó la bibliografía y el material de investigación disponibles sobre los derechos de salud sexual y reproductiva y publicaciones conexas. Otras fuentes fueron los informes anteriores publicados en el marco del mandato³¹.

IV. Marco jurídico

17. A lo largo de los años, los tratados de derechos humanos vinculantes, la jurisprudencia y los documentos de consenso de las conferencias internacionales han arrojado luz sobre el contenido de los derechos sexuales y reproductivos.

18. En esencia, los derechos sexuales y reproductivos incluyen el derecho a una vida sexual placentera, satisfactoria y segura, libre de discriminación, coacción y violencia; y la libertad de decidir si reproducirse, cuándo y con qué frecuencia, así como el derecho a tener la información y los medios para tomar esta decisión, además del derecho a la salud sexual y reproductiva³². El derecho a la salud sexual y reproductiva está reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos

²⁹ Chile 4/2021 (y relacionado con estos: Brasil, 5/2021; China, 6/2021; Alemania, 5/2021; Estados Unidos de América: 22/2021; otros, 194/2021; otros, 195/2021; otros, 196/2021; otros, 197/2021; otros, 198/2021; otros, 199/2021); Colombia 1/2021; Argentina 4/2020; Brasil, 9/2020; El Salvador, 2/2020; Estados Unidos de América: 11/2020; Eslovaquia, 1/2019 (y comunicaciones anteriores relacionadas con el mismo tema: El Salvador, 3/2016; El Salvador, 2/2016; El Salvador, 1/2016; El Salvador, 1/2014; El Salvador, 1/ 2013I; Polonia, 1/2018).

³⁰ Las presentaciones de las partes interesadas pueden consultarse en www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx.

³¹ Véanse los informes de visitas a países: A/HRC/47/28/Add.1 (Fiji, 2020), A/HRC/41/34/Add.2 (Canadá, 2018) A/HRC/34/Add.1 (Kirguistán, 2018) y A/HRC/35/21/Add.2 (Croacia, 2016). Véanse también los informes temáticos A/HRC/32/32 sobre el derecho a la salud de los adolescentes (2016), A/66/254 sobre la penalización de la salud sexual y reproductiva (2011), A/HRC/14/20 sobre la penalización de la conducta y la orientación sexual entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual y la transmisión del VIH (2010), A/61/338 sobre el derecho a la salud y la reducción de la mortalidad materna (2006) y E/CN.4/2004/49 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (2004).

³² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 14 (2000), párrafo 10. A/66/254, párr. 10; Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, publicación de las Naciones Unidas ((A/CONF.171/13/Rev.1), 1994, cap. VII.A, párrs. 7.2 y 7.3); Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995 (Plataforma de Acción, párrs. 30, 74, 83 k) y 92 a 100); Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 párr. 57 g); y el compromiso de tomar medidas para hacer realidad el derecho de todos a la salud sexual y reproductiva en el documento final de la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (septiembre de 2010), párr. 75 a).

Económicos, Sociales y Culturales y en instrumentos regionales³³. Los derechos sexuales y reproductivos también se basan en el derecho a la vida, a la dignidad, a la educación y a la información, a la igualdad ante la ley y a la no discriminación; el derecho a decidir el número y el intervalo entre los hijos; el derecho a la privacidad; el derecho a la libertad de opinión y de expresión; el derecho a consentir el matrimonio y la igualdad en el matrimonio; y el derecho a no sufrir violencia de género, prácticas nocivas, tortura y malos tratos³⁴.

19. En 2016, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aclaró en su observación general núm. 22 que el derecho a la salud sexual y reproductiva, como parte integrante del derecho a la salud, implicaba un conjunto de libertades y derechos. Las libertades sexuales y reproductivas incluyen “el derecho a controlar la salud y su propio cuerpo”³⁵ y “el derecho a tomar decisiones y elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, en temas relacionados con el cuerpo y la salud sexual y reproductiva”³⁶. Los derechos abarcan el acceso sin trabas a toda una serie de instalaciones, servicios y bienes de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, incluidos los medicamentos esenciales y programas que estén disponibles en cantidad suficiente, dentro de un alcance físico y geográfico de todos, que sean asequibles para todos y que “respeten la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y tengan en cuenta el género, la edad, la discapacidad, la diversidad sexual y las necesidades del ciclo vital”³⁷.

20. La salud sexual y reproductiva comprende la atención a la salud materna; la información, bienes y servicios de anticonceptivos; la atención para el aborto seguro; y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, los cánceres reproductivos, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida, incluso con medicamentos genéricos³⁸. Los derechos incluyen la atención de la salud física y mental de los supervivientes de la violencia sexual y doméstica en todas las situaciones, incluido el acceso a la prevención posterior a la exposición, la anticoncepción de emergencia y los servicios de aborto seguro y la disponibilidad de personal médico y profesional capacitado y de proveedores cualificados, así como el derecho a la información basada en pruebas sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva³⁹. La Relatora Especial subraya la importancia de incluir el tratamiento hormonal para las mujeres de edad avanzada y para las personas con diversas identidades de género, y la cirugía y el tratamiento de reasignación de sexo, así como de salvaguardar la integridad corporal de los niños y los adultos con rasgos intersexuales y la protección frente a las prácticas nocivas, incluso en lo que se refiere

³³ Véanse el artículo 16 sobre el derecho a la salud de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos; el artículo 14 del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África y su correspondiente observación general núm. 2, relativa a los derechos de salud sexual y reproductiva; y el artículo 10 sobre el derecho a la salud del Protocolo de San Salvador a la Convención Interamericana de Derechos Humanos.

³⁴ Véanse los artículos 5, 10 h), 11 f), 12 y 16 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; los artículos 17, 23 a 25 y 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño; los artículos 23 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; y los artículos 3, 6, 7, 17 y 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

³⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 8.

³⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 5. Véase la presentación de la Iniciativa por los Derechos Sexuales (SRI) sobre el creciente reconocimiento por parte de los organismos de las Naciones Unidas del derecho a la autonomía corporal, pág. 2.

³⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párrs. 15 a 21.

³⁸ *Ibid.*, párrs. 5 y 45.

³⁹ *Ibid.*, párrs. 18 y 19.

a su autonomía y a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos y que repercuten en ellos⁴⁰. A este respecto:

“Todas las personas y grupos deben poder disfrutar de la igualdad de acceso a la misma variedad, calidad y nivel de establecimientos, información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva y ejercitar sus derechos sexuales y reproductivos sin ningún tipo de discriminación”⁴¹.

21. La no discriminación exige también una igualdad sustantiva, por lo que deben abordarse las necesidades y barreras sanitarias específicas a las que se enfrentan las personas o grupos, las mujeres, las niñas, los adolescentes, las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales, y las personas con discapacidad, y en particular las que experimentan formas múltiples e interseccionales de discriminación, y debe proporcionarse un tratamiento diferenciado.

22. En virtud del derecho a la salud sexual y reproductiva, los Estados tienen tres obligaciones principales. La obligación de respetar requiere que los Estados “se abstengan de interferir directa o indirectamente” en el ejercicio de este derecho por parte de las personas, incluso mediante la reforma de las leyes que impiden el derecho a la salud sexual y reproductiva, como “las leyes que penalizan el aborto, la no revelación del estado serológico respecto al VIH, la exposición al VIH y su transmisión, las actividades sexuales consentidas entre adultos y la identidad o expresión transgénero”. La obligación de proteger, a su vez, requiere que los Estados impidan que terceros, como las entidades del sector privado, impongan obstáculos al disfrute de este derecho⁴². La obligación de cumplir es la más proactiva de las tres obligaciones, ya que exige a los Estados que adopten medidas para “garantizar la plena realización del derecho a la salud sexual y reproductiva”. El Comité Económico, Social y Cultural ha reconocido que, si bien la plena realización de este derecho se logra de forma progresiva a lo largo del tiempo, también requiere que se adopten ciertas medidas de forma inmediata (por ejemplo, para eliminar la discriminación) y que se eviten medidas regresivas, como la revocación de la financiación pública de la salud sexual y reproductiva.

23. La Relatora Especial recuerda que los Estados tienen claras obligaciones legales en virtud de las normas de derechos humanos vigentes para garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos de salud sexual y reproductiva en medio de la pandemia de COVID-19. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha reconocido que la salud sexual y reproductiva implica servicios esenciales y ha subrayado que los Estados deben seguir proporcionando un acceso confidencial a los servicios de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, incluyendo la atención a la maternidad, las formas modernas de anticoncepción y los servicios de aborto y posaborto seguros, como parte de su respuesta a la pandemia de COVID-19⁴³.

⁴⁰ Véase www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20739&LangID=E

⁴¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párrs. 7 a 9 y 22.

⁴² *Ibid.*, párr 40.

⁴³ Nota de orientación del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre la CEDAW y la COVID-19, abril de 2020, puede consultarse en www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/COVID-19-and-TreatyBodies.aspx.

V. Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19

24. La pandemia de COVID-19 frustró aún más la realización de los derechos sexuales y reproductivos. En algunas partes del mundo, se ha informado que los centros de salud han reducido o interrumpido la prestación de servicios relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, mientras que en otras zonas, los proveedores de servicios fueron reorientados para responder a la pandemia de COVID-19⁴⁴. Incluso cuando los países clasificaron los servicios de salud sexual y reproductiva como esenciales, barreras como las prohibiciones de transporte y movilidad impidieron que los pacientes y los proveedores se desplazaran a las clínicas, sobre todo en las fases iniciales de la pandemia, en las que no existían excepciones para buscar atención médica de emergencia. Esto afectó a la capacidad de los pacientes para proteger su salud sexual y reproductiva, evitar embarazos no deseados y prevenir o gestionar el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y retrasó el acceso a la detección y el tratamiento de los cánceres reproductivos. Aunque muchas políticas innovadoras permitieron la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia, las personas que ya estaban marginadas en la sociedad a menudo se quedaron fuera y sufrieron los peores daños, en particular las personas en un estado persistente de crisis debido a la pobreza o a la discriminación continua por múltiples motivos, como la raza, la etnia y otros factores históricos.

25. A continuación se examinan las repercusiones de las políticas, los servicios y la financiación relacionados con aspectos específicos de los derechos sexuales y reproductivos, tanto antes como durante la pandemia, así como sus efectos en la realización de esos derechos.

A. Servicios de salud materna, neonatal e infantil

26. El acceso a servicios de salud materna, neonatal e infantil de alta calidad y oportunos es un derecho que los Estados tienen el deber legal y moral de proteger incluso en tiempos de crisis⁴⁵. Tal y como garantiza la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Estados deben proporcionar acceso a servicios adecuados en relación con el embarazo, el parto y el periodo postnatal, que sean gratuitos, cuando sea necesario, y que incluyan una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia⁴⁶. La reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas requiere tratamiento obstétrico de urgencia, atención obstétrica de emergencia y asistencia cualificada en el parto, incluso en las zonas rurales y remotas, y la prevención de los abortos inseguros, así como una atención

⁴⁴ Taylor Riley y otros, “Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 46 (Guttmacher Institute, 2020), págs. 73 a 76.

⁴⁵ Véanse el artículo 12 2) de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el artículo 12 2) a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Véanse también Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 20 (2016), párr. 59, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 44 a), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrs. 8.12 a 8.27; y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Maternal mortality and morbidity”, serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2020).

⁴⁶ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12 2).

posparto libre de coerción, discriminación o violencia⁴⁷. Además, los Estados deben garantizar a las mujeres de las zonas rurales “el acceso a instalaciones adecuadas para la atención de la salud, incluida la información, el asesoramiento y los servicios en materia de planificación familiar”⁴⁸; En virtud del derecho a la salud, los Estados también tienen la obligación de “garantizar la atención a la salud reproductiva, materna (tanto prenatal como postnatal) e infantil” y de “reducir la mortalidad y morbilidad maternas”⁴⁹.

27. La reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas sigue siendo clave para los compromisos nacionales e internacionales. En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los Estados han acordado reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos para 2030 (Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, metas 3.1 y 3.2). Aún así, en 2017, cada día mueren unas 810 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. La Relatora Especial desea hacerse eco de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos al subrayar que “las muertes y lesiones graves sufridas por las mujeres durante el embarazo y el parto no son acontecimientos inevitables, sino más bien el resultado directo de leyes y prácticas discriminatorias, fallas en el establecimiento y mantenimiento de sistemas y servicios de salud que funcionen, y de la falta de responsabilidad”⁵⁰.

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud materna, neonatal e infantil

28. Hay pocas evidencias sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en el embarazo y el recién nacido⁵¹. Según el UNFPA, los servicios de salud materna (servicios relacionados con el embarazo y el posparto) estaban hasta cierto punto garantizados en la mayoría de los países, y ha habido ejemplos positivos de iniciativas de los Estados en este sentido, como el reconocimiento explícito de la necesidad de la continuidad de la atención y los servicios de salud materna por parte de China y la India a través de directrices, y por parte de Georgia y Túnez mediante una declaración oficial y una circular ministerial, respectivamente⁵². Del mismo modo, otros países como México han reconocido la asistencia sanitaria materna como un servicio esencial⁵³. Guatemala adoptó una guía sobre la pandemia de COVID-19 para los pueblos indígenas en la que se reconoce el papel de las comadronas indígenas y se introduce una excepción a la normativa sobre el toque de queda para que puedan prestar atención sanitaria materno-infantil⁵⁴.

29. Sin embargo, como resultado de las restricciones de la circulación debidas a la pandemia, los servicios de salud materna y neonatal se han vuelto menos disponibles,

⁴⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 28. Véase también [A/HRC/21/22](#) (2012).

⁴⁸ Artículo 14 b) Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

⁴⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 14 y 21. Véanse también [A/61/338](#) (2006); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999), párr. 27; Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrs. 8.21 a 8.25.

⁵⁰ [A/HRC/45/19](#).

⁵¹ Véase www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Maternity_Services_TB_Package_UPDATE_2_14072020_SBZ.pdf.

⁵² Véase la presentación del Fondo de Población de las Naciones Unidas, págs. 2 y 4. Puede consultarse en www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx.

⁵³ Véase https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Preencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf.

⁵⁴ Véase oacnudh.org.gt/images/CONTENIDOS/ARTICULOS/INFORMESANTERIORES/2020.pdf.

inaccesibles o inasequibles para millones de mujeres en todo el mundo⁵⁵. Por ejemplo, en un estudio realizado para Bangladesh, Nigeria y Sudáfrica entre marzo y mayo de 2020, se observó que la aceptación y utilización de los servicios de salud materna y neonatal, como la atención prenatal, la planificación familiar y la inmunización, se redujeron⁵⁶. Se observó una evolución similar en varios países de África Oriental y Meridional⁵⁷. Durante el confinamiento impuesto en la República de Zimbabwe, se produjo un marcado descenso en la utilización de los servicios de maternidad y se redujo el acceso a la programación de la fístula obstétrica (es decir, el acceso a la cirugía de reparación)⁵⁸.

30. Además, los datos recogidos en cuatro países de ingresos bajos y medios, la India, Indonesia, Nigeria y el Pakistán, sugieren que los enfoques actuales adoptados por la mayoría de los países para hacer frente a la pandemia pueden provocar un aumento de más del 30 % en las muertes de madres y recién nacidos⁵⁹. Ya se había observado un aumento de las muertes maternas en otros países como Mongolia y Nepal⁶⁰, y en la región de América Central y Latina, la pandemia de COVID-19 se convirtió en la principal causa de muerte de mujeres embarazadas en México (10,5), Perú (10,3), Bolivia (Estado Plurinacional de) (10,1) y la República Dominicana (9,2)⁶¹. En Asia Meridional, la República Democrática Popular Lao también informó de un aumento previsto de las muertes maternas debido al impacto de la pandemia de COVID-19; y Myanmar y Nepal ya han registrado un aumento (Nepal ha informado de un incremento del 50 % durante los primeros ocho meses de la pandemia).

31. Según las conclusiones del Mecanismo Mundial de Financiamiento, el número de mujeres que realizaron las visitas médicas recomendadas durante el embarazo se redujo en un 18 % en Liberia y la iniciación de mujeres que buscaban atención médica durante el embarazo se redujo en un 16 % en Nigeria. En la República Democrática del Congo y Nigeria, se espera que otras 1.280 y 6.700 muertes maternas, respectivamente, se sumen a las 16.000 y 67.000 muertes maternas respectivas que ya se producen cada año. Los resultados de esta investigación establecieron que la vacunación infantil fue el servicio que más se interrumpió entre los países estudiados⁶².

⁵⁵ Dorit Stein, Kevin Ward y Catherine Cantelmo, “Estimating the potential impact of COVID-19 on mothers and newborns in low and middle-income countries” (2020), sitio web de Health Policy Plus.

⁵⁶ Tanvir Ahmed y otros, “The effect of COVID-19 on maternal newborn and child health (MNCH) services in Bangladesh, Nigeria and South Africa: call for a contextualised pandemic response in LMICs”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, núm. 1 (15 de marzo de 2021), pág. 77. Puede consultarse en <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01414-5>

⁵⁷ UNFPA and UN-Women, “Impact of COVID-19 on gender equality and women’s empowerment in East and Southern Africa”, abridged version (Nairobi, UN Women East and Southern Africa Regional Office, marzo 2021), Puede consultarse en https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/abridged_-_impact_of_covid19_on_gender_equality_and_women_empowerment_in_east_and_southern_africa.pdf.

⁵⁸ Véase www.amnesty.org/download/Documents/AFR4641122021ENGLISH.pdf, pág. 15.

⁵⁹ Dorit Stein, Kevin Ward y Catherine Cantelmo, “Estimating the potential impact of COVID-19 on mothers and newborns in low and middle-income countries” (2020), sitio web de Health Policy Plus. Puede consultarse en www.healthpolicyplus.com/covid-mnh-impacts.cfm.

⁶⁰ Véase la comunicación de UNFPA, pág. 5. Disponibles en www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx.

⁶¹ Véase AvisoEpidemiologicoEmbarazo-COVID28enero12hrs.pdf (www.gob.mx/).

⁶² Mecanismo Mundial de Financiamiento, “New findings confirm global disruptions in essential health services for women and children from COVID-19” (2020) Puede consultarse en <https://www.globalfinancingfacility.org/new-findings-confirm-global-disruptions-essential-health-services-women-and-children-covid-19>.

32. Los malos tratos, la violencia y la violencia obstétrica dirigidos a las mujeres en los servicios de salud reproductiva han sido documentados por los mecanismos de derechos humanos⁶³. Los informes de Europa y América Latina indican que la pandemia no ha hecho más que agravar esta situación⁶⁴.

B. Planificación familiar, anticoncepción, incluida la de emergencia y aborto

33. El acceso a la planificación familiar, la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, los servicios de aborto seguro y la atención posaborto es un componente del derecho a la salud y, en particular, del derecho a la salud sexual y reproductiva⁶⁵. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer garantiza los derechos de las mujeres a decidir “libre y responsablemente el número y el intervalo entre sus hijos” y tener “acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos”⁶⁶.

34. En el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, meta 3.7, para 2030, los Estados garantizarán el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales⁶⁷. Según el UNFPA, en 2021, el 49 % de las mujeres entre 15 y 49 años de todo el mundo, y el 32 % en los países menos desarrollados, utilizaban algún tipo de método anticonceptivo⁶⁸.

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la anticoncepción

35. La pandemia de COVID-19 exacerbó las barreras típicas a las que se enfrentan los adolescentes con respecto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: mayores tasas de necesidades insatisfechas de servicios de salud, mayores obstáculos sociales y logísticos para acceder a la atención y acceso limitado a los programas de protección, incluidos los servicios legales.

36. Según una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 105 países, el 90 % ha experimentado interrupciones en los servicios sanitarios, y el 68 % en los servicios de planificación familiar, como consecuencia de la pandemia

⁶³ Véanse [A/74/137](#) y la decisión adoptada por el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en virtud del artículo 4 2) c) del Protocolo Facultativo, relativa a la comunicación núm. 138/2018 ([CEDAW/C/75/D/138/2018](#)).

⁶⁴ Véase la presentación de El Parto es Nuestro. Véase también <https://the-citizen.medium.com/obstetric-violence-in-latin-america-the-pandemic-only-made-things-worse-93c5031eee01>.

⁶⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12 (2) (a); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 22 (2016), párr. 14, y Observación General núm. 14 (2000), párrs. 34 y 35. y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Contraception and family planning”, serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2020).

⁶⁶ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 16.

⁶⁷ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *La Planificación Familiar y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, folleto de datos (2019). Puede consultarse en www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf.

⁶⁸ UNFPA, Cuadro de mando de la población mundial (2021).

de COVID-19⁶⁹. Por ejemplo, como consecuencia de la pandemia de COVID-19, en Ecuador, la atención a la planificación familiar disminuyó en un 26,5 %⁷⁰, el control prenatal en un 45 % y el acceso a la anticoncepción en un 60 %⁷¹.

37. Doce millones de mujeres perdieron el acceso a la anticoncepción, lo que provocó 1,4 millones de embarazos no deseados, y las interrupciones siguen siendo motivo de preocupación a la luz de los limitados datos y de algunas incoherencias entre los países que requieren un seguimiento y análisis continuos⁷².

38. La encuesta de la OMS también reveló el impacto desproporcionado sobre las mujeres y los jóvenes, que corren un mayor riesgo directo e indirecto de sufrir embarazos no deseados como consecuencia de los cierres, las interrupciones de los servicios, los desabastecimientos y las dificultades económicas. En El Salvador, el Ministerio de Salud registró 258 embarazos de niñas de entre 10 y 14 años⁷³; y 6.577 embarazos de niñas y jóvenes de 15 a 19 años, de enero a junio de 2020⁷⁴.

39. Los datos disponibles sugieren que la pandemia de COVID-19 está teniendo un impacto directo en las intenciones de fertilidad de las mujeres, con aproximadamente un 34 % de mujeres en los Estados Unidos de América que, según se informa, retrasan el embarazo o eligen tener menos hijos⁷⁵. Un patrón similar se ha registrado también en Kenya, Burkina Faso y la República Democrática del Congo, donde entre el 9 % y el 14 % de las mujeres han cambiado de opinión respecto a quedarse embarazadas debido a la preocupación por la pandemia de COVID-19, lo que pone de manifiesto la importancia de la planificación familiar⁷⁶.

Aborto

40. Las mujeres, las adolescentes, las niñas y todas las personas capaces de quedarse embarazadas tienen derecho a tomar decisiones informadas, libres y responsables sobre su reproducción, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, sin discriminación, coacción ni violencia⁷⁷. Este derecho, que se basa en el derecho a la autonomía corporal y a la libre determinación, garantiza a todas las personas capaces de quedarse

⁶⁹ Véase www.who.int/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic.

⁷⁰ Evaluación de las Necesidades Posteriores al Desastre PDNA 2020. Puede consultarse en https://sni.gob.ec/documents/10180/4534845/Informe+Evaluaci%C3%B3n+Socio+Economica_PDNA.pdf/bf1ff6a4-4a67-4f5f-abab-5512f821d270.

⁷¹ Véase www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/climate-and-disaster-resilience/resilient-recovery/PDNA-and-CRNA-Assessments/Socioeconomic-Assessment-COVID-19-PDNA-Ecuador.html.

⁷² A/HRC/47/38. Véase también www.unfpa.org/news/one-year-pandemic-unfpa-estimates-12-million-women-have-seen-contraceptive-interruptions.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), *Informe sobre el estado y situación de la violencia contra las mujeres en El Salvador 2020*, pág. 20.

⁷⁵ Laura D. Lindberg y otros, "Early impacts of the COVID-19 pandemic: findings From the 2020 Guttmacher survey of reproductive health experiences" (junio de 2020). Puede consultarse en www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductive-health.

⁷⁶ Datos de PMA: COVID-19 y PMA. Puede consultarse en el panel de resultados (www.pmata.org/technical-areas/covid-19).

⁷⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 5, y núm. 14 (2000), párr. 8; artículo 16 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) (A/CONF.171/13/Rev.1), cap. VII. Véanse también A/HRC/32/44 y A/HRC/47/38.

embarazadas un control significativo sobre la posibilidad de reproducirse o no⁷⁸. Los Estados “tienen la obligación básica de asegurar, por lo menos, los niveles esenciales mínimos de satisfacción del derecho a la salud sexual y reproductiva, lo que incluye medidas para prevenir el aborto inseguro”⁷⁹. El aborto seguro y legal es un componente necesario de los servicios sanitarios integrales.

41. En su observación general núm. 36 (2018), el Comité de Derechos Humanos subrayó el deber de los Estados de proporcionar un acceso seguro, legal y efectivo al aborto cuando la vida y la salud de la mujer o la niña embarazada estén en riesgo, y cuando llevar el embarazo a término pueda causar a la mujer o la niña embarazada dolores o sufrimientos considerables, sobre todo cuando el embarazo sea resultado de una violación o incesto o no sea viable. Según el Comité de Derechos Humanos, aunque los Estados partes pueden adoptar medidas destinadas a regular las interrupciones voluntarias del embarazo, estas medidas no deben suponer una violación del derecho a la vida de la mujer o niña embarazada, ni de sus otros derechos recogidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁸⁰. El Comité respaldó esta declaración con la afirmación de que los Estados partes no deben regular el embarazo o el aborto de manera contraria a su deber de garantizar que las mujeres y las niñas no tengan que someterse a abortos inseguros, y que deben revisar sus leyes sobre el aborto en consecuencia⁸¹.

42. Según un análisis del Centro de Derechos Reproductivos, unos 90 millones de mujeres en edad reproductiva viven en países que no permiten el aborto bajo ninguna circunstancia, ni siquiera cuando la vida o la salud de la mujer están en peligro⁸². La OMS ha declarado que la prestación de servicios de aborto integral y seguro es un servicio sanitario esencial que requiere tiempo⁸³.

43. Algunos Estados han creado un entorno propicio para el acceso a estos servicios, mientras que otros han seguido creando más barreras⁸⁴. Varios Estados han impuesto restricciones o han reintroducido regulaciones y prácticas o requisitos de planificación familiar que han hecho más inaccesible el aborto, que es sensible al

⁷⁸ Charles Ngwenya y Ebenezer Durojaye, editores, *Strengthening the Protection of Sexual and Reproductive Health and Rights in the African Region Through Human Rights* (Pretoria, Sudáfrica, Pretoria University Law Press (PULP), 2014), pág. 263. Véase también www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.aspx.

⁷⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 49.

⁸⁰ Comité de Derechos Humanos, Observación General núm. 36 (2011), párr. 8.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² Según el Centro de Derechos Reproductivos, entre ellos se encuentran Andorra, Congo (Brazzaville), Egipto, El Salvador, Filipinas, Haití, Honduras, el Iraq, Jamaica, Madagascar, Malta, Mauritania, Nicaragua, Palau, la República Democrática Popular Lao, la República Dominicana, San Marino, el Senegal, Sierra Leona, Suriname y Tonga. El aborto también está prohibido por cualquier motivo en Aruba, Curazao y Cisjordania. Véase https://oltem1bixlohb0d4busw018c-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/05/WALM_2021update_V1-1.pdf.

⁸³ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: Orientaciones operativas en el contexto de COVID-19 Orientación Provisional, 1 de junio de 2020*, págs. 29 y 30. Véase también Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Continuar con los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, maternal, neonatal, infantil y adolescente durante la pandemia COVID-19: orientación operativa para las regiones de Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico”, 2020.

⁸⁴ Elizabeth Chloe Romanis y Jordan A. Parsons, “Legal and policy responses to the delivery of abortion care during COVID-19” (15 de septiembre de 2020). Véase <https://doi-org.uplib.idm.oclc.org/10.1002/ijgo>.

46. También es importante eliminar los requisitos abusivos como prerrequisitos para el cambio de nombre, sexo legal o género, incluyendo la esterilización forzada, coaccionada o involuntaria; procedimientos médicos relacionados con la transición, incluidas las cirugías y las terapias hormonales; la necesidad de diagnósticos médicos, evaluaciones psicológicas u otros procedimientos o tratamientos médicos o psicosociales; requisitos relacionados con la situación económica, el estado de salud o el estado civil, familiar o parental; y cualquier opinión de terceros. Esto debe extenderse a garantizar que los antecedentes penales, la situación de inmigración u otra condición de una persona no se utilicen para impedir un cambio de nombre, sexo legal o género⁹⁶.

47. La Relatora Especial subraya la importancia del acceso a un tratamiento digno de afirmación de género para los niños y adolescentes trans y de género diverso, y la criticidad del acceso a la educación y a la información en formatos accesibles, para los adolescentes con discapacidad.

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

48. Durante la pandemia de COVID-19, una serie de factores empeoraron el ya limitado acceso de los adolescentes a los derechos de salud sexual y reproductiva⁹⁷. Las medidas de cierre afectan a la capacidad de los adolescentes para desplazarse a los centros de salud y han interrumpido las cadenas de suministro de anticonceptivos, y restringieron aún más el acceso de los adolescentes a la información y la atención en materia de salud sexual⁹⁸. El cierre de las escuelas ha provocado una disminución del acceso a las intervenciones ofrecidas en ellas, como la educación menstrual y el suministro de compresas o la educación sexual integral, que también se olvidó en la educación en línea⁹⁹. Por ejemplo, en África Oriental y Meridional, las niñas (y las mujeres) han tenido un acceso limitado a la higiene sanitaria o han carecido de ella durante la pandemia¹⁰⁰.

49. Para las adolescentes, las condiciones son aún más adversas, especialmente en África Subsahariana, donde muchas de ellas corren un alto riesgo de verse expuestas a la violencia, el matrimonio precoz, el embarazo adolescente, la violencia y la explotación sexual, y la mutilación genital femenina¹⁰¹.

50. La Relatora Especial ha señalado anteriormente el valor de las intervenciones de salud digital centradas en los jóvenes para permitirles abordar los numerosos problemas de salud a los que pueden enfrentarse en su transición a la edad adulta.

⁹⁶ Véase [A/73/152](#), párr. 81 b).

⁹⁷ Zara Ahmed, “COVID-19 podría tener efectos devastadores sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes” (Guttmacher Institute, junio de 2020). Puede consultarse en www.guttmacher.org/article/2020/06/covid-19-could-have-devastating-effects-adolescents-sexual-and-reproductive-health.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ Véase <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2770536>. Véase también la comunicación del Plan Internacional, pág. 2.

¹⁰⁰ Véase https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/impact_of_covid-19_on_gender_equality_and_women_empowerment_in_east_and_southern_africa0704202101_1.pdf, pág. 22.

¹⁰¹ *Ibid.*

D. Apoyo integral a los supervivientes de la violencia sexual y de género de todos los géneros: prevención y respuesta

51. El acceso a una atención física y mental integral para las supervivientes de la violencia sexual y doméstica de todos los géneros forma parte de la gama completa de atención de salud sexual y reproductiva de calidad que los Estados tienen la obligación de proporcionar, incluido el acceso a la prevención posterior a la exposición, la anticoncepción de emergencia y los servicios de aborto seguro¹⁰². El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha reconocido que este apoyo integral es también una forma de reparación para las supervivientes de la violencia de género, que constituye una forma de discriminación contra la mujer prohibida por el derecho consuetudinario, y una violación de sus derechos, que puede equivaler a tortura o malos tratos, y en ciertos casos puede constituir un delito internacional¹⁰³.

52. A pesar de los esfuerzos mundiales para lograr la equidad de género y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas para 2030¹⁰⁴, la violencia de género persiste en todas las regiones del mundo y se ha intensificado en todo el mundo desde el estallido de la pandemia de COVID-19¹⁰⁵, en particular en la región de América Latina¹⁰⁶. Las comunicaciones recibidas en respuesta a la petición de aportaciones para este informe, también han documentado un aumento de la violencia de género durante la pandemia en países de todas las regiones del mundo¹⁰⁷. Los encierros y otras medidas que restringen la circulación de las personas y el aumento del estrés causado por las preocupaciones de seguridad, salud y dinero han aumentado el aislamiento de las mujeres y las niñas y las han colocado en situaciones de abuso y en mayor riesgo de control por parte de sus agresores y de sometimiento a las restricciones que estos imponen. Estas medidas también han dado lugar a la falta de acceso, o a un acceso restringido, a los servicios especializados y a los sistemas de apoyo, incluidos los refugios para mujeres. En la región de Asia y el Pacífico, el 12 % de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan para eliminar la violencia contra las mujeres han suspendido completamente sus servicios y el 71 % solo funcionan parcialmente¹⁰⁸.

53. El aumento de la violencia sexual y de género derivada de la pandemia afecta a los adolescentes, que son especialmente vulnerables a la violencia de pareja. Según una encuesta realizada por la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH - Asia Pacífico (ICWAP), con el apoyo del Equipo de Apoyo Regional de ONUSIDA para Asia y el Pacífico, en junio de 2020 casi el 30 % de las encuestadas

¹⁰² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párrafo 45.

¹⁰³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 35 (2017) párrs. 1, 2 y 18;

¹⁰⁴ Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, metas 5.2 y 5.3 (véase <https://sdg-tracker.org/gender-equality>).

¹⁰⁵ Véase [issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf](https://www.unwomen.org/en/issues-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf) (unwomen.org).

¹⁰⁶ Plan Internacional, "Aumento de la violencia contra niñas y mujeres en América Latina y el Caribe". Puede consultarse en [plan-international.org](https://www.plan-international.org). Véase también www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46422/S2000875_es.pdf.

¹⁰⁷ Véase la comunicación de UNFPA, pág. 8. GHJRU, pág. 6; Elizka Relief Foundation, pág. 4; Plan Internacional, párrs. 2 y 3; Sociedad Cívica de Corea del Sur; We Lead - Facilitador de la Comunidad de Acción en el Líbano, pág. 2; y MSI UK Reproductive Choices, pág. 5.

¹⁰⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *State of World Population 2021*. Puede consultarse en www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf, pág. 127.

había sufrido alguna forma de violencia de género, incluyendo el estigma y la discriminación¹⁰⁹.

54. Para los jóvenes LGBTIQ+, que en algunos casos ya estaban distanciados o alienados de sus familias debido a la discriminación y la violencia, los encierros han resultado especialmente difíciles. Estos jóvenes no tienen más remedio que soportar la violencia debido a su dependencia de sus familias o a la experiencia de no tener vivienda. El acceso a los servicios de asesoramiento y a los refugios ya era limitado antes de la pandemia y la situación ha empeorado, dejando a los jóvenes LGBTIQ+ en la indigencia y vulnerables a más violencia.

E. VIH/Sida

55. En virtud del derecho a la salud, los Estados deben garantizar la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo al VIH/sida para niños y adultos; y se prohíbe la discriminación en el acceso a la atención sanitaria por razón del estado de salud respecto al VIH/sida¹¹⁰.

56. Desde el comienzo de la epidemia de VIH/sida, unos 77,5 millones de personas se han infectado, 34,7 millones han muerto y 37,6 millones de personas en todo el mundo vivían con VIH/sida en 2020¹¹¹.

57. Los métodos biomédicos de prevención del VIH/sida, a saber, el tratamiento del VIH/SIDA como prevención (TasP) y la profilaxis oral previa a la exposición al VIH (PrEP), ofrecen la promesa de lograr el control de la epidemia del VIH/sida. Sin embargo, la desigualdad sigue siendo un factor importante de la infección por el VIH. En los países que practican la penalización, los altos niveles de desigualdad de género y de violencia de género, incluidos las violaciones y los matrimonios infantiles, precoces y forzados, hacen que las mujeres, los adolescentes, las personas LGBTIQ+ y las que se encuentran en situaciones vulnerables corran un mayor riesgo de infección por el VIH.

58. Si los entornos jurídicos y políticos actuales no cambian, no será posible acabar con la epidemia de sida para 2030, tal como se prevé en la Agenda para el Desarrollo Sostenible y el compromiso mundial de acelerar la respuesta al VIH. Es esencial que se invierta más en los facilitadores sociales, en las respuestas dirigidas por la comunidad y en los derechos humanos como estrategias para mejorar los entornos legales y políticos, que a su vez contribuirán a los esfuerzos de prevención del VIH¹¹².

¹⁰⁹ www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/march/20210308_gender-inequalities-asia-pacific. Véase también comunicación de ONUSIDA.

¹¹⁰ Véase Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12 2) a); Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 14 (1984), párrs. 16 a 18; y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. (2016), párrs. 13, 30 y 45.

¹¹¹ ONUSIDA, “Global HIV and AIDS statistics”, hoja informativa.

¹¹² M. Stacey y otros, *Expanding Needs, Diminishing Means: Mapping of Trends in Funding Social Enablers in Southern and East Africa* (AIDS and Rights Alliance of Southern Africa (ARASA), 2020), pág. 5.

Repercusión de la pandemia de COVID-19 en el VIH/Sida

59. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) ha documentado el impacto de los cierres relacionados con la pandemia COVID-19, las restricciones de viaje, los cierres de fronteras y los recortes y desvíos de recursos sobre las personas con VIH y los grupos vulnerables y marginados¹¹³. Los servicios relacionados con el VIH se han visto interrumpidos y las cadenas de suministro de productos básicos afectadas. Los diagnósticos de VIH y los inicios de tratamiento se han reducido y menos personas comienzan la terapia antirretroviral, aunque la retención del tratamiento ha sido mejor. Se calcula que 4 millones de personas que necesitan tratamiento se han quedado sin él¹¹⁴. A partir de los datos comunicados a ONUSIDA por los países, las proyecciones realizadas indican que “las alteraciones relacionadas con la COVID-19 pueden provocar entre 123.000 y 293.000 infecciones adicionales por el VIH y entre 69.000 y 148.000 muertes adicionales relacionadas con el sida en todo el mundo”¹¹⁵.

60. África Subsahariana sigue soportando la carga de la prevalencia del VIH, y la pandemia de COVID-19 ha agravado aún más la situación, como demuestra la reducción de las pruebas del VIH y de la prestación de otros servicios, incluidos los medicamentos que salvan vidas¹¹⁶. Un informe del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria revela que la pandemia de COVID-19 está teniendo un grave impacto en los sistemas sanitarios, especialmente en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y la malaria de los países de África y Asia. Según el informe, las pruebas del VIH, la prevención y la atención siguen siendo las más afectadas por los cierres y las restricciones relacionadas con el COVID-19, ya que casi dos tercios de los países de África y Asia están sufriendo una u otra forma de perturbación¹¹⁷.

61. Una encuesta en línea llevada a cabo por ONUSIDA entre 2.300 personas de 28 países de América Latina y el Caribe reveló que 7 de cada 10 encuestados no tenían en el momento suficientes medicamentos antirretrovirales para un bloqueo de más de 60 días y que el 56 % de los encuestados declaró tener miedo a la discriminación relacionada con el VIH debido a que vivían con el virus en medio de la pandemia de COVID-19¹¹⁸.

F. Enfermedades desatendidas: cánceres reproductivos

62. A pesar de las preocupaciones relacionadas con el cambio de las prioridades sanitarias mundiales durante la pandemia de COVID-19, el 3 de agosto de 2020, la 73ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA73.2, que allanó el camino para el lanzamiento de la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer Cervical como Problema de Salud Pública para el período 2020-2030, lo que significa el impacto de los esfuerzos de promoción de los derechos de salud sexual y reproductiva.

¹¹³ Véase ONUSIDA, *Prevailing against Pandemics by Putting People at the Center*, Informe del Día Mundial del Sida 2020 (Ginebra, noviembre de 2020), pág. 10. Puede consultarse en www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_en.pdf. Véase también comunicación de ONUSIDA.

¹¹⁴ ONUSIDA, *Prevailing against Pandemics by Putting People at the Center*, pág. 28.

¹¹⁵ *Ibid.*, pág. 35.

¹¹⁶ Chris Beyer, “A pandemic anniversary: 40 years of HIV/AIDS”, *Lancet*, vol. 397, núm. 10290 (5 de junio de 2021), págs. 2142 y 2143. Véase también ARASA, “Impact of the COVID-19 national measures on community-led HIV responses in SADC” (2020), proyecto de informe.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Véase <http://onusidalac.org/1/images/infographic2-survey-ENG.pdf>.

63. La Relatora Especial subraya que el cáncer de cuello de útero es el cuarto cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, y lamenta la falta de acceso equitativo a las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) en los países de ingresos bajos y medianos¹¹⁹. El 95 % de las adolescentes que recibieron dosis de la vacuna contra el VPH entre 2006 y 2017 (unos 100 millones) se encuentran en países de ingresos altos¹²⁰. Aun así, a través de un análisis de los registros de salud electrónicos pediátricos en los Estados Unidos, se encontró que durante la pandemia de COVID-19, desde febrero hasta principios de abril de 2020, las vacunas contra el VPH disminuyeron en un 68 %. Este descenso fue mayor que el observado para otras vacunas pediátricas¹²¹. En Kenya, debido a los cierres relacionados con la COVID-19, 400.000 niñas de 10 años no pudieron participar en el programa gubernamental de inmunización contra el cáncer de cuello de útero que se ofrece en la escuela primaria¹²². Los últimos datos de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estiman que “mejoras como la ampliación de la vacuna contra el VPH a 106 países” están en riesgo debido a la disminución de la vacunación durante la pandemia de COVID-19¹²³.

64. Los adolescentes se convierten en adultos cuyo futuro derecho a la salud y a los buenos resultados en materia de salud se ven afectados negativamente debido a las violaciones históricas y actuales y a la falta de servicios integrales y libres de estigma. El refuerzo de intervenciones como la vacunación contra el VPH para este grupo de edad, así como el cribado y la gestión incluso en tiempos de crisis sanitaria, ayudarán a crear vías esenciales para la integración rutinaria de los adolescentes en el sistema de salud pública.

G. Innovación e intervención digital: oportunidades y riesgos

65. “Salud digital” es un término utilizado para abarcar diversas tecnologías de la información y la comunicación utilizadas en los sistemas de salud, que van desde las aplicaciones móviles hasta los sistemas de información para la gestión de la salud y otros. La salud digital debe mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para todos. Estas tecnologías deben contribuir a satisfacer las necesidades específicas de poblaciones diversas, facilitando el acceso a la información y los servicios a personas que de otro modo podrían encontrar obstáculos. La observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales subraya que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, “especialmente a los más vulnerables o marginados”, sin discriminación¹²⁴. Sin embargo, las desigualdades sociales y políticas generalizadas pueden crear vulnerabilidades específicas en las herramientas digitales utilizadas en el ámbito de los derechos de salud sexual y reproductiva.

¹¹⁹ A/HRC/47/29, párrs. 105 y 106.

¹²⁰ Véase <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/GO.20.00504>.

¹²¹ Laura D. Lindberg, David L. Bell y Leslie M. Kantor, “The sexual and reproductive health of adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 52, núm. 2 (Guttmacher Institute, junio de 2020), págs. 75 a 79. Puede consultarse en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1363/psrh.12151>.

¹²² Aggrey Omboki, “Kenya: Covid-19 hampers Kenya's cervical cancer vaccination campaign”, AllAfrica.com (28 de julio de 2020).

¹²³ ¹²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 12 (b).

¹²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 12 (b).

66. La brecha digital mundial es un reflejo de las desigualdades socioeconómicas más amplias: las brechas que existen entre los países y dentro de ellos, entre hombres y mujeres, entre generaciones, entre grupos sociales y entre quienes tienen diferentes niveles de acceso a la educación. Debido a su menor acceso a la educación y al empleo, las mujeres de todo el mundo tienen menos probabilidades que los hombres de utilizar Internet para descargar programas o participar en la red¹²⁵. Según la asociación mundial de operadores de telefonía móvil, más de 300 millones de mujeres menos que hombres acceden a Internet a través de un teléfono móvil. La brecha de género es mayor en Asia Meridional, seguido de África Subsahariana¹²⁶. La alfabetización digital de las mujeres es, en general, inferior a la de sus homólogos masculinos¹²⁷, por lo que es mucho menos probable que las niñas se planteen una carrera tecnológica que los chicos¹²⁸.

67. Para combatir la brecha digital de género, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido, en el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, a aumentar el acceso de las mujeres y las niñas a las tecnologías facilitadoras.

68. La Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia ha destacado ejemplos de discriminación racial en el ámbito de las nuevas tecnologías digitales¹²⁹. un examen descubrió que en el ámbito de la salud, las tecnologías de inteligencia artificial biomédica más utilizadas ignoran el sexo y el género, así como las formas en que esos factores pueden influir en las diferencias de salud y enfermedad¹³⁰.

69. Los sesgos algorítmicos pueden derivar en parte de conjuntos de datos sesgados. La estigmatización y la penalización pueden crear poblaciones ocultas, que no se contabilizan en los datos sanitarios utilizados para establecer prioridades y diseñar intervenciones, con lo que se refuerzan las formas de discriminación existentes¹³¹.

70. Privacy International ha constatado que las mujeres jóvenes han sido objeto de ataques en línea por parte de organizaciones cuyo objetivo es limitar sus opciones de salud sexual y reproductiva¹³².

¹²⁵ GSMA Connected Women, *The Mobile Gender Gap Report 2020* (marzo de 2020). Puede consultarse en www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2020/05/GSMA-The-Mobile-Gender-Gap-Report-2020.pdf.

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, *Bridging the Digital Gender Divide: Include, Upskill, Innovate* (2018). Puede consultarse en www.oecd.org/digital/bridging-the-digital-gender-divide.pdf.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Consejo de Derechos Humanos, “Discriminación racial y nuevas tecnologías digitales: un análisis de los derechos humanos” (A/HRC/44/57, 18 de junio de 2020), informe de la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia e intolerancia relacionada, párr. 12.

¹³⁰ David Cirillo y otros, “Sex and gender differences and biases in artificial intelligence for biomedicine and healthcare”, *npj Digital Medicine*, vol. 3, núm. 81 (1 de junio de 2020). Puede consultarse en <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0288-5>.

¹³¹ Sara L.M. Davis, *The Uncounted: Politics of Data in Global Health* (Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press, 2020).

¹³² Privacy International, “How anti-abortion activism is exploiting data”. Puede consultarse en <https://privacyinternational.org/long-read/3096/how-anti-abortion-activism-exploiting-data>.

71. El 18 de diciembre de 2013, la Asamblea General aprobó la resolución 68/167, en la que expresó su profunda preocupación por el impacto negativo que la vigilancia puede tener en el ejercicio y disfrute de los derechos humanos. La Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley ha planteado su preocupación por la expansión de la vigilancia estatal y por cómo la vigilancia en línea puede socavar la confianza necesaria para proporcionar información sobre salud en línea¹³³.

72. A pesar de las preocupaciones mencionadas, la salud digital ofrece importantes oportunidades positivas para abordar y superar activamente las desigualdades sociales mediante el empoderamiento de las mujeres y los grupos marginados y la atención de sus necesidades reales. Cada vez hay más estudios que demuestran que la salud móvil puede ampliar la cobertura de los servicios de salud en zonas de difícil acceso, ayudando a los grupos que tienen dificultades para acceder al sistema de salud oficial, entre otras cosas ofreciendo información relacionada con la salud sexual y reproductiva a través de mensajes de texto, fomentando la confianza y las relaciones con los proveedores de servicios de salud, documentando las violaciones de derechos y estableciendo redes de pares para el apoyo mutuo.

73. La Relatora Especial ha recibido información sobre una serie de iniciativas innovadoras de apoyo a los derechos de salud sexual y reproductiva durante la pandemia¹³⁴. La aplicación para teléfonos inteligentes Safe Delivery se ha utilizado en 40 países de todo el mundo, equipando a las matronas de entornos con pocos recursos para protegerse a sí mismas, a las madres y a los recién nacidos¹³⁵.

H. Financiación sanitaria, apoyo global y filantropía para los derechos de salud sexual y reproductiva

74. Los fondos de los donantes, procedentes de los Gobiernos nacionales, los donantes multilaterales (por ejemplo, el Fondo Mundial y el UNFPA/UNFPA) y la filantropía, son una fuente importante de financiación de la salud, ya que representan una media del 30 % del gasto en salud en los países de ingreso bajo y más de la mitad del gasto en salud de cuatro países de ingreso bajo¹³⁶.

75. En 2019, la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) destinada a los derechos de salud sexual y reproductiva ascendió a 7.900 millones de dólares, lo que supone un descenso respecto al máximo histórico de 11.300 millones de dólares de 2017. La

¹³³ Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, *Riesgos, Derechos y Salud*, Suplemento (julio de 2018), pág. 23. Puede consultarse en https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf.

¹³⁴ Pueden consultarse en www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx.

¹³⁵ ¹³⁶ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, “Financiación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países de ingresos bajos y medios: amenazas, perspectivas y oportunidades” (Ginebra, 23 de diciembre de 2019). Puede consultarse en www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1. Véase también Organización Mundial de la Salud, *Nuevas Perspectivas del Gasto Sanitario Mundial para la Cobertura de la Salud Universal*, Informe mundial (Ginebra, 2017). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259632/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-17.10-eng.pdf?ua=1>.

¹³⁶ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, “Financiación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países de ingresos bajos y medios: amenazas, perspectivas y oportunidades” (Ginebra, 23 de diciembre de 2019). Puede consultarse en www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1. Véase también Organización Mundial de la Salud, *Nuevas Perspectivas del Gasto Sanitario Mundial para la Cobertura de la Salud Universal*, Informe mundial (Ginebra, 2017). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259632/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-17.10-eng.pdf?ua=1>.

financiación de los donantes para los derechos de salud sexual y reproductiva como parte global de la financiación de la salud también ha disminuido, ya que los donantes destinaron el 42 % de los fondos para la salud donados a los derechos de salud sexual y reproductiva en 2017¹³⁷, frente al 52 % de 2011¹³⁸. En 2019, los expertos predijeron que las inversiones de los donantes en derechos de salud sexual y reproductiva seguirían estancadas debido a la ralentización del crecimiento económico mundial y a la competencia de prioridades como el cambio climático y las necesidades de otros sectores¹³⁹. La pandemia de COVID-19 no ha hecho más que amenazar la financiación de los derechos de salud sexual y reproductiva con la reorientación de los fondos hacia la respuesta y la recuperación de la pandemia.

Desafíos: financiación de donantes a los derechos de salud sexual y reproductiva

76. Incluso antes de la pandemia de COVID-19, había un alto nivel de necesidad insatisfecha de servicios de salud sexual y reproductiva. En 2019, se estima que 218 millones de mujeres en edad reproductiva en países de ingresos bajos y medianos tenían una necesidad insatisfecha de anticoncepción¹⁴⁰. Decenas de millones de personas dan a luz cada año sin acceso a una atención adecuada relacionada con el embarazo y el recién nacido¹⁴¹. Se calcula que durante la pandemia de COVID-19, decenas de millones de mujeres, en su mayoría las más pobres y vulnerables del mundo, perdieron el acceso a los suministros y servicios de planificación familiar¹⁴². Las dos subregiones del mundo que presentan el mayor nivel de necesidades insatisfechas de servicios relacionados con los derechos sexuales y reproductivos son África Subsahariana y Asia Meridional¹⁴³.

77. La dependencia de la financiación de los donantes para los servicios de salud sexual y reproductiva en los países de ingresos bajos y medios pone en peligro la consecución de los derechos de salud sexual y reproductiva. Es necesario descolonizar la ayuda. El importe de la financiación depende en gran medida de los objetivos políticos, una tendencia neocolonialista, y los niveles de financiación pueden variar sustancialmente de un año a otro. Además, la forma en que se gastan los fondos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos viene determinada en gran medida por las prioridades de los financiadores y no por las necesidades de los países y organizaciones beneficiadas. Un acontecimiento como la pandemia de COVID-19 puede aumentar drásticamente la necesidad de financiación de los derechos de salud sexual y reproductiva, al tiempo que lleva a los donantes a redirigir fondos a otros lugares para respaldar la respuesta de emergencia.

¹³⁷ Kalila Jaeger y Zoe Johnson, “Generation equality? trends from a decade of donor Funding for SRHR”, Donor Tracker (1 de marzo de 2021). Puede consultarse en <https://donortracker.org/insights/generation-equality-trends-decade-donor-funding-srhr>.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, “Financiación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países de ingresos bajos y medios: amenazas, perspectivas y oportunidades” (Ginebra, 23 de diciembre de 2019). Puede consultarse en www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1.

¹⁴⁰ Elizabeth Sully y otros, *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019* (Nueva York, Guttmacher Institute, julio de 2020). Puede consultarse en www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Impact of COVID-19 on SDG progress: a statistical perspective”, UN/DESA Policy Brief núm. 81 (27 de agosto de 2020). Puede consultarse en www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-des-a-policy-brief-81-impact-of-covid-19-on-sdg-progress-a-statistical-perspective/.

¹⁴³ Elizabeth Sully y otros, *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019* (Nueva York, Guttmacher Institute, julio de 2020). Puede consultarse en www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#.

78. El Reino Unido redujo el gasto en desarrollo internacional del 0,7 % al 0,5 % del ingreso nacional bruto (INB), lo que supone un recorte de 4.000 millones de libras, el 40 % en el ámbito de la salud. Esta decisión tuvo un impacto directo en la ayuda al UNFPA y a sus oficinas en los países, así como al programa de Salud Sexual Integrada de la Mujer de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, y provocará interrupciones en el ámbito de los servicios de salud sexual y reproductiva¹⁴⁴.

VI. Conclusiones y recomendaciones

79. La pandemia de COVID-19 profundizó las grietas en los sistemas de salud, en particular con respecto a los servicios importantes para afirmar los derechos de salud sexual y reproductiva. Muchas respuestas nacionales a la pandemia de COVID-19 exigieron un cambio de política, innovación y agilidad, y en algunas regiones, esto ha dado lugar a una demostración de la capacidad de permitir la prestación de asistencia sanitaria al tiempo que se defienden los derechos humanos. Cuando los derechos deban limitarse en circunstancias apremiantes, dichas limitaciones deben ser conformes con el derecho internacional de los derechos humanos, que exige que las medidas sean estrictamente necesarias, proporcionadas, razonables y lo menos restrictivas posible¹⁴⁵. Dado que los cambios en las políticas durante las emergencias suelen incorporarse a la legislación vigente desde hace mucho tiempo, que no es de emergencia, es fundamental que se examinen los cambios en las políticas durante esta pandemia por su impacto en la igualdad y el acceso equitativo a los derechos de salud sexual y reproductiva de cara al futuro.

80. La Relatora Especial considera que la práctica de la medicina es en sí misma una herramienta para la promoción de los derechos humanos y, por lo tanto, los trabajadores de la salud son clave para cambiar los patrones patriarcales y paternalistas de la práctica médica.

81. Gran parte de la discriminación a la que se enfrentan las mujeres y las niñas en relación con sus derechos de salud sexual y reproductiva puede atribuirse a la instrumentalización y politización de sus cuerpos.

82. La Relatora Especial observa una cultura patriarcal global, un clima regresivo y un retroceso en el ámbito de los derechos de salud sexual y reproductiva y la oposición a la igualdad de género. Los avances logrados en las últimas décadas en estos ámbitos corren el riesgo de retroceder, dejando de lado los derechos y las perspectivas de las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+.

83. Aunque los propios adolescentes tienen la capacidad de contribuir a su propia salud y bienestar, solo pueden alcanzar este objetivo si los Estados respetan y protegen sus derechos.

¹⁴⁴ Véanse los alegatos de MSI Reproductive Choices, pág. 6.

¹⁴⁵ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “UN human rights treaty bodies call for human rights approach in fighting COVID-19”, Ginebra, 24 de marzo de 2020; R. Rima Jolivet y otros, “Upholding rights under COVID-19: the respectful maternity care charter”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 22, núm. 1 (junio de 2020), puede consultarse en www.hhrjournal.org/2020/05/upholding-rights-under-covid-19-the-respectful-maternity-care-charter; Andrea Boggio y otros, “Limitaciones de los derechos humanos: ¿son justificables para reducir la carga de la TB en la era de la MDR- y XDR-TB?” *Revista de Salud y Derechos Humanos*, vol. 10, núm. 2 (diciembre de 2008), págs. 121 a 126.

84. La Relatora Especial recuerda a los Estados que deben brindarles acceso a las condiciones, los servicios y la información necesarios¹⁴⁶. Sin embargo, más allá de la mera supervivencia, los niños tienen derecho a prosperar, a desarrollarse de forma integral hasta alcanzar su máximo potencial y a disfrutar de una buena salud física y mental en un mundo sostenible¹⁴⁷.
85. El panorama actual se caracteriza por déficits persistentes y desafíos recurrentes en la financiación de los sistemas de salud en todo el mundo¹⁴⁸. Aunque el gasto sanitario nacional en los países de ingresos bajos y medios está aumentando, es probable que esos países sigan dependiendo en gran medida de la financiación de los donantes para los derechos de salud sexual y reproductiva en un futuro cercano¹⁴⁹.
86. La Relatora Especial recomienda que los Estados se esfuercen por depender menos de la ayuda de los donantes para cumplir con sus obligaciones.
87. La Relatora Especial recomienda que las tecnologías biomédicas de inteligencia artificial (IA) no perpetúen el racismo, el sexismo, la discapacidad o la discriminación basada en la orientación sexual o el género. Los Estados deben eliminar las desigualdades sociales y políticas para superar la brecha digital de género, teniendo en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, lo que incluye ofrecer protección contra la discriminación y la violencia relacionadas con la utilización de las herramientas y la tecnología digitales.
88. La adopción de la innovación y la tecnología puede ser una herramienta para avanzar en la igualdad sustantiva.
89. La Relatora Especial subraya que: “La sociedad civil desempeña un papel clave como agente de cambio. Las asociaciones de confianza entre los organismos gubernamentales, los servicios sanitarios estatales y el sector no lucrativo, incluida la sociedad civil, constituyen una de las piedras angulares de los sistemas sanitarios eficaces y actúan como garantía de la realización efectiva de los derechos humanos relacionados con la salud”¹⁵⁰.
90. La Relatora Especial recomienda que los Estados respeten y protejan los principios clave de no discriminación, igualdad y privacidad, así como la integridad, la autonomía, la dignidad y el bienestar de las personas, especialmente en relación con los derechos de salud sexual y reproductiva.

¹⁴⁶ A/HRC/32/32 (2016).

¹⁴⁷ Véase www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/GroupsInVulnerableSituations.aspx.

¹⁴⁸ A/67/302 (2012).

¹⁴⁹ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, “Financiación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países de ingresos bajos y medios: amenazas, perspectivas y oportunidades” (Ginebra, 23 de diciembre de 2019). Puede consultarse en www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1.

¹⁵⁰ A/HRC/29/33 (2015).