

Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres¹



**COVID-19
RESPUESTA**

El COVID-19 y los efectos de las medidas que los gobiernos han tomado para controlar su rápida propagación han afectado a la mayor parte de la población mundial. Las Naciones Unidas, los gobiernos y diferentes organizaciones de la sociedad civil, el mundo académico y científico, entre otros actores del desarrollo, han advertido sobre las consecuencias diferenciadas de la pandemia, que suponen la profundización de las brechas existentes entre hombres y mujeres en diversas dimensiones. Por ello, han hecho un llamado a incorporar una perspectiva de igualdad de género en las políticas, medidas y programas destinados a la mitigación de la crisis y a la posterior recuperación. Los efectos en la salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas, que constituye un factor clave para su autonomía, pueden ser particularmente graves.

Diciembre, 2020

I. Durante la pandemia de COVID-19, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se ve afectado por la magnitud de la crisis sanitaria y humanitaria y por sus graves efectos económicos y sociales, incluidas las dificultades de acceso a los servicios públicos, y se prevé que esta situación continuará en el futuro próximo

Tanto los hospitales como los centros de atención primaria han debido priorizar la prevención de la propagación del virus o directamente la atención de las personas contagiadas con distintos niveles de gravedad, en un contexto de conocida debilidad

Concentración de los recursos de la salud pública en la contención del COVID-19

¹ Este documento fue elaborado por la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en colaboración con la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Se agradecen los comentarios realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

Disminución de los recursos y sobrecarga de trabajo no remunerado para las mujeres

de los sistemas de salud para responder adecuadamente a las necesidades de la población (CEPAL/OPS, 2020). La experiencia de América Latina y el Caribe en relación con la epidemia del virus de Zika muestra que, en épocas de crisis, los recursos asignados a los servicios de salud suelen concentrarse en las medidas de respuesta, lo que en este caso podría derivar en la reducción de los recursos destinados a la salud sexual y reproductiva (Care/ONU–Mujeres, 2020), así como a los programas y las acciones preventivas que son fundamentales en este campo.

Las mujeres son particularmente vulnerables a los efectos de la crisis socioeconómica generada por la pandemia y por las medidas adoptadas para su contención. La disminución de los ingresos, la salida del mercado laboral y el aumento del desempleo profundizan la desigualdad de género que las afecta históricamente. Ello se puede traducir en dificultades para su desplazamiento a los centros de salud y la adquisición de insumos necesarios.

El trabajo de cuidados no remunerado está aumentando de manera desproporcionada para las mujeres, puesto que son ellas quienes mayoritariamente se han hecho cargo de la atención de niños, niñas y adolescentes en los hogares desde la suspensión de las actividades educativas y asumido la centralidad de las tareas reproductivas en el confinamiento, a lo que se suma el cuidado de las personas mayores y enfermas de su entorno (CEPAL, 2020b). Ello aumenta su pobreza de tiempo y disminuye sus posibilidades de acudir a servicios de atención de salud sexual y reproductiva.

II. Las brechas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la región se acentúan en la pandemia y, dadas las dificultades para el acceso a una atención pertinente, oportuna y de calidad en salud sexual y reproductiva, preocupa un posible retroceso con respecto a los avances logrados en los últimos años

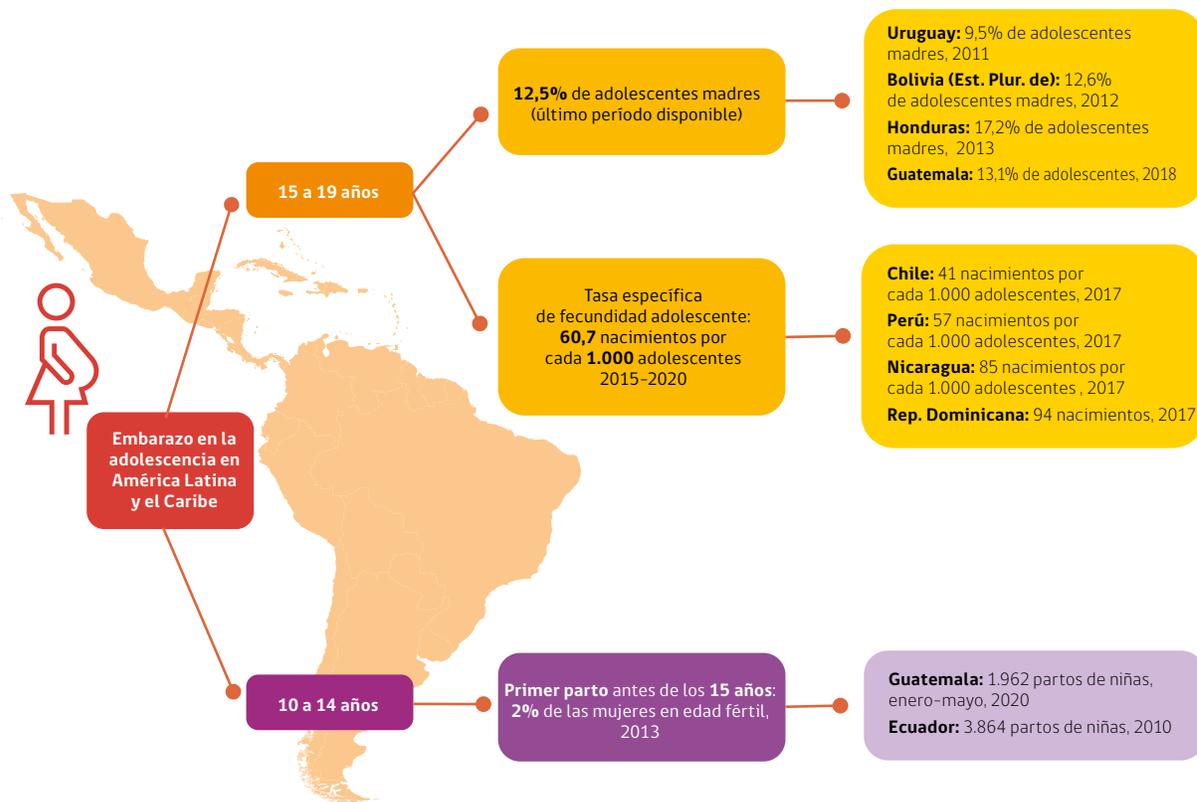
A. El embarazo en la adolescencia podría aumentar durante este período

Los datos previos a la pandemia muestran que la fecundidad en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública y social en América Latina y el Caribe: el número de embarazos entre las adolescentes es aún alto (en torno a 60 por cada 1.000 adolescentes, solo superado por África a nivel mundial), mucho mayor de lo previsto de acuerdo con la fecundidad total y en su mayoría corresponde a fecundidad no deseada. De hecho, aún cerca de 2 de cada 10 adolescentes en la región son madres y, habida cuenta de la enorme desigualdad social de la fecundidad temprana, esa proporción es bastante mayor entre las adolescentes que tienen menores niveles de ingresos y educación y pertenecen a pueblos indígenas o afrodescendientes. En el diagrama 1 se presentan los promedios regionales y se destaca la información de algunos países para mostrar las diferencias entre ellos.

Diagrama 1

América Latina y el Caribe: embarazo en la adolescencia, promedio regional

(En porcentajes de adolescentes y número de nacimientos por cada 1.000 adolescentes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (OIG), 2020 [en línea] <https://oig.cepal.org/es>; MATERNILAC [base de datos en línea] <https://www.cepal.org/fr/notas/revision-ajuste-actualizacion-ampliacion-maternilac>; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe: implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad en adolescentes (Milena) en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay*, Nueva York, 2020; Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR), "Información y datos", Ciudad de Guatemala, 2020 [en línea] <https://osarguatemala.org/embarazo/datos/>; Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

En América Latina y el Caribe son particularmente graves los embarazos de niñas menores de 15 años, la mayoría de los cuales son producto de abuso y violencia sexual. En El Salvador, por ejemplo, el Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" atendió 258 casos de embarazos de niñas de 10 a 14 años entre enero y junio de 2020 (IAIP, 2020). Si bien esa cifra refleja una disminución del 9% respecto del mismo período de 2019, continúa mostrando la persistencia de la vulneración de los derechos y la integridad de las niñas. En Guatemala, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre enero y mayo de 2020 se produjeron 1.962 embarazos de niñas de 10 a 14 años y en 2019, 5.061 (OSAR, 2020).

En algunos países de la región se observa una disminución del embarazo en adolescentes en los últimos diez años, en especial entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad. Ello obedece al desarrollo de políticas públicas y programas orientados, en particular, a fortalecer la capacidad de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por parte de los y las adolescentes, así como a iniciativas para incorporar programas integrales de educación sexual en los planes de estudios de los sistemas educativos nacionales y de las estrategias implementadas por diversos organismos de la sociedad civil. (CEPAL, 2019a).

La pandemia de COVID-19 y las medidas tomadas para contenerla podrían provocar un aumento del embarazo en la adolescencia debido a:

- i) Las dificultades y las barreras al acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva, que podrían aumentar las tasas de embarazo y maternidad entre las adolescentes de la región. De acuerdo con un estudio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las mujeres adolescentes podrían tener un 20% más de limitaciones para acceder a métodos anticonceptivos, de manera que el incremento marginal de la cantidad de embarazos precoces podría variar a cifras que representarían un aumento de la tasa específica de fecundidad adolescente de entre 6 y 11 puntos porcentuales (UNFPA, 2020b)².
- ii) Las medidas de confinamiento, que aumentan la exposición de las niñas y adolescentes a situaciones de violencia sexual y abuso en el ámbito intrafamiliar y que pueden redundar en un incremento de los embarazos no deseados (UNFPA, 2020b).
- iii) La postergación de la implementación de programas de educación sexual integral (ESI), un compromiso asumido por los 38 países que adhirieron al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013 y que constituye una medida central de prevención del embarazo en la adolescencia.

El COVID-19 podría representar un retroceso de cinco años en la reducción de la tasa específica de fecundidad adolescente de América Latina y el Caribe, que pasaría de 61 a 65 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (UNFPA, 2020b).

B. Las limitaciones a la atención de la salud reproductiva pueden incrementar la mortalidad materna, especialmente entre las mujeres indígenas y afrodescendientes

La razón de mortalidad materna en los países de América Latina y el Caribe presentada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2015 era de 68 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para la región en su conjunto, pero con grandes diferencias entre países y dentro de ellos. En varios países se registran tasas superiores a la establecida en la meta 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

² En el Informe Técnico acerca del impacto del COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe elaborado por el UNFPA en agosto de 2020 se detallan la metodología y las fuentes del cálculo de los efectos (UNFPA, 2020a).

en 2030). Es el caso de Centroamérica (96), el Caribe de habla hispana (197), el Caribe de habla inglesa (107) y la zona andina (86). Solamente en el Cono Sur, a excepción del Paraguay, se registra una razón de mortalidad materna por debajo de dicha meta (54) (OPS, 2019).

La tasa de mortalidad materna de las mujeres indígenas es más alta que la de sus pares no indígenas y lo mismo ocurre en el caso de las mujeres afrodescendientes. Si bien los datos no permiten visibilizar esta situación en todos los países, algunas estadísticas muestran su gravedad: en el caso de Colombia, mientras en 2018 la razón de mortalidad materna a nivel nacional fue de 45,3 por cada 100.000 nacidos vivos, esa cifra aumentaba a 188,7 entre las mujeres indígenas y a 65,5 entre las afrodescendientes (UNFPA, 2020b). En un estudio del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL se constata la mayor mortalidad materna entre las mujeres indígenas en Honduras, México, Guatemala, el Perú y Panamá (Del Popolo, 2018). En el caso del Ecuador, la razón de mortalidad materna entre las afrodescendientes es cuatro veces mayor que para el total de mujeres. Aunque en el Brasil las desigualdades son menores, la razón de mortalidad materna de la población afrodescendiente fue equivalente a 1,4 veces la de la población blanca en 2011 (CEPAL, 2017).

A pesar del alto nivel de cobertura de la atención hospitalaria del parto a nivel regional, que llegó al 92,4% en 2019, se observa una gran variabilidad entre los distintos países: mientras en gran parte de los países del Caribe de habla inglesa se alcanza una cobertura del 100%, hay otros en los que no se llega al 60%, como Guatemala, Honduras y Haití. Una situación similar se observa respecto de la atención prenatal con personal capacitado, que alcanzó un promedio del 85,1% en América Latina y el Caribe en conjunto, mientras en Centroamérica fue del 67% ese mismo año (CEPAL, 2020d).

La pandemia de COVID-19 podría tener repercusiones en la mortalidad materna, debido a las restricciones a la atención de salud sexual y reproductiva:

- i) Se observa una disminución de la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva que se expresa en la reducción del número de controles prenatales y partos en centros de salud atendidos por personal calificado, así como del acceso a servicios de orientación y planificación familiar por varias razones. Entre ellas se destacan el temor de las mujeres embarazadas a asistir a los establecimientos de salud por un posible contagio del virus y, en algunos casos, la reasignación del personal de salud y la infraestructura a la atención de los pacientes con COVID-19. De hecho, la OPS ha advertido de una disminución del 40% de los controles de embarazo en 11 países de la región (OPS, 2020b). Ello podría redundar en complicaciones en el embarazo, el parto y la salud del recién nacido, e incluso en un aumento de la mortalidad materna y neonatal.
- ii) De acuerdo con la OPS, los datos disponibles hasta el momento sugieren que las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de desarrollar una forma grave de COVID-19 que, en algunos casos, podría llevar a la muerte (OPS, 2020a). En México, transcurridas 31 semanas desde que se declaró el COVID-19, la razón de mortalidad materna debida al COVID-19 es de 8,1 muertes maternas por



cada 100.000 nacidos vivos (OPS, 2020a). En el Brasil, entre el 1 de enero y el 1 de agosto de 2020 fueron hospitalizadas 5.174 mujeres embarazadas, que representaban el 0,9% del total de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave. Se confirmó que 2.256 (44%) de las embarazadas hospitalizadas por infección respiratoria aguda grave habían contraído el COVID-19 y 1.354 de ellas fallecieron (OPS, 2020a).

- iii) La implementación de medidas restrictivas de la movilidad de las personas, el cierre o la reorientación de algunos centros de atención de salud, la preeminencia de un enfoque biomédico para contener la propagación del virus y sus efectos y la sobrecarga de los equipos de salud aumentan el riesgo de que no se apliquen las orientaciones técnicas para un parto humanizado y de prácticas de violencia obstétrica con menores posibilidades de denuncia y protección. Esta situación contraviene los compromisos contraídos por varios países, en el primer caso mediante la creación de programas públicos (Argentina, Chile, Colombia, Cuba, Nicaragua, Perú, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de), entre otros) y en el segundo mediante la implementación de leyes contra la violencia obstétrica (Venezuela (República Bolivariana de) (2007), Argentina (2009), México (2014), Brasil (2017) y Uruguay (2017)). Si bien no existe información sistematizada al respecto, algunos testimonios publicados en medios de comunicación apuntan en esa dirección³.

C. Debido a las dificultades de acceso a métodos anticonceptivos, muy probablemente la demanda insatisfecha de planificación familiar volverá a aumentar a los niveles registrados hace una década

En las últimas décadas, la demanda insatisfecha de planificación familiar disminuyó en la mayoría de los países, con una reducción del promedio regional del 17,2% en 1990 al 10,6% en 2013. No obstante, Haití encabeza la lista de países con mayor demanda insatisfecha de planificación familiar, pues casi 4 de cada 10 mujeres (35,3%) no tienen acceso a métodos anticonceptivos. Otros países que también presentan altos niveles de demanda insatisfecha son: Guyana (28,5%), Guatemala (20,8%), el Estado Plurinacional de Bolivia (20,1%) y Honduras (16,8%). Solamente nueve países de la región con datos disponibles presentaban una tasa de demanda insatisfecha de planificación familiar inferior al 10% en 2013 (CEPAL, 2020d). De acuerdo con estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, si se considera a todas las mujeres (y no solo a las casadas), el porcentaje de necesidades insatisfechas estimado para 2020 era del 11,4% (UNFPA, 2020a).

La pandemia y las medidas tomadas para contenerla pueden limitar el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos modernos. La crisis afecta la provisión de anticonceptivos tanto en el sector público como en el privado (venta en farmacias). En el primer caso se registran efectos tanto por las dificultades para mantener el abastecimiento como por la discontinuidad de los servicios y la disminución del número de consultas por el temor de las personas al contagio. Las ventas en farmacias, por otra parte, disminuyen debido a la reducción de los ingresos en los hogares. En este contexto, se proyecta que

³ Véase, por ejemplo, Morales (2020).

entre 9 y 20 millones de mujeres se verán obligadas a interrumpir el uso de métodos anticonceptivos en la región. Dos tercios de estas mujeres tendrán dificultades para obtenerlos en los servicios públicos de salud y un tercio no podrá continuar pagando su precio en las farmacias privadas (UNFPA, 2020a).

Se estima que, a causa del COVID-19, el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar retrocederá 10 años (si el confinamiento dura tres meses), 20 años (si dura seis meses) y hasta 30 años (si se extiende por un año) (UNFPA, 2020a).

D. El avance en el control del VIH/Sida logrado en la región en los últimos años puede retroceder debido a la falta de acceso a los medicamentos y a la disminución de los servicios de detección y consejería

En América Latina y el Caribe se observa un mejoramiento sostenido en dirección a las metas fijadas para el control de la propagación del VIH/Sida. Dichas metas consisten en que el 90% de las personas que viven con el VIH conozca su estado serológico, el 90% de las personas con diagnóstico de VIH reciba tratamiento antirretroviral y el 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral alcance la supresión viral. La situación en 2018 se presenta en el cuadro 1.

Cuadro 1
América Latina y el Caribe: control de la propagación del VIH/Sida por subregión, 2018
(En porcentajes)

Subregión	Personas que viven con el VIH que conocen su estado	Personas que viven con el VIH que acceden a tratamiento antirretroviral	Personas que viven con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral y alcanzan la supresión viral
América Latina	80	78	89
El Caribe	72	77	74

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), "II encuesta sobre el impacto de COVID-19 entre PVVIH: análisis de resultados regionales", Ciudad de Panamá, 2020 [en línea] <http://onusidalac.org/1/images/infografia2-encuesta-PVV.pdf>.

No obstante, la pandemia podría provocar una eventual discontinuidad de los tratamientos antirretrovirales y un retroceso en el cumplimiento de las metas.

Una encuesta reciente realizada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en la que se consultó a 2.800 personas que viven con el VIH en 28 países de la región recogió su incertidumbre respecto de la continuidad de sus tratamientos con antirretrovirales, pues 5 de cada 10 personas tienen dificultades para obtener sus medicamentos durante la pandemia, 3 de cada 10 encuestados tienen tratamiento antirretroviral para más de 2 meses, casi la mitad (49%) tiene solo para un mes y 2 de cada 10 declaran no contar con medicamentos suficientes para terminar el mes. Las personas consultadas no consideran que la oferta de servicios se haya adaptado a las condiciones que impone la pandemia de COVID-19, pues la opción de recurrir a la telemedicina se ofreció solo a 3 de cada 10 pacientes y apenas 2 de cada 10 personas recibieron el tratamiento en sus hogares. Asimismo, más de la mitad (56%) de las personas

encuestadas manifestó que podría sufrir violencia física, psicológica o verbal debido a vivir con el VIH en medio de la pandemia de COVID-19 (ONUSIDA, 2020). Ello refuerza el planteamiento de diversas instituciones sobre la posibilidad de que los escenarios de emergencia sanitaria se presten al incremento de las conductas discriminatorias con respecto a diversos grupos de la población.

E. Los servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo han disminuido sus atenciones debido a la reasignación de recursos presupuestados (infraestructura, personal y recursos financieros) a las acciones vinculadas con el control y la atención de la población afectada por el COVID-19

En la XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en Santiago del 27 al 31 de enero de 2020, los Estados miembros de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) aprobaron el Compromiso de Santiago, en cuyo punto 10 acordaron “Promover (...) el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos con relación a: información y educación sexual integral, servicios de aborto seguros y de calidad, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional” (CEPAL, 2020b, pág. 35).

Aunque no se dispone de información oficial, algunas organizaciones de la sociedad civil han advertido de dificultades para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en los países y conforme las causales en que está prevista legalmente. En el caso de Chile, por ejemplo, una encuesta realizada por la Corporación Miles en junio de 2020 sobre el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva evidencia la falta de existencias de mifepristona y misoprostol y el temor de las mujeres a contraer el virus del COVID-19 en caso de acudir a un centro de salud (Corporación Miles, 2020). Las limitaciones al acceso a la atención primaria y la concentración de estos servicios en la atención de casos relacionados con la pandemia podrían ser las razones de la disminución del número de interrupciones voluntarias del embarazo en Chile, que pasaron de 350 en el primer semestre de 2019 a 276 en el mismo período de 2020 (MINSAL, 2020).

El Sistema de Alertas Regional sobre derechos sexuales y reproductivos de la Articulación Feminista Marcosur (AFM) da cuenta de diversas situaciones que limitan el acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo en la región. En la Argentina se observa que en agosto dejaron de llegar las partidas de misoprostol a los equipos de salud o llegaron en cantidades insuficientes. En Colombia, algunas organizaciones de la sociedad civil denunciaron la existencia de barreras al acceso a los servicios establecidos en la ley que permite el aborto en tres causales. Estas barreras incluyen la disposición de las entidades promotoras de salud hacia la interrupción voluntaria del embarazo como un servicio de salud no prioritario en tiempos de pandemia, lo que deriva en el incumplimiento de los plazos administrativos legales para dar respuesta. Plantean, además, que las barreras previas a la pandemia se intensifican, pues de nada sirve contar con la autorización si las mujeres no tienen cómo llegar a los centros hospitalarios o no poseen los recursos necesarios. A esto se suma que muchas mujeres están confinadas con familiares o parejas que no están de acuerdo con su decisión de abortar y ejercen presión sobre ellas para que no la lleven a la práctica (AFM, 2020).

III. En el 30% de los países se han adoptado medidas de diverso alcance para mitigar un eventual deterioro en la atención de salud sexual y reproductiva de las mujeres

Es importante destacar que, a pesar de que las mujeres representan el 72,8% de las personas ocupadas en el sector de salud en la región, las medidas públicas para enfrentar la pandemia se han definido en instancias de toma de decisiones en las que su presencia es escasa. Esto se refleja en que solo 5 de los 20 ministros de salud de América Latina y 7 de los 22 ministros de salud del Caribe son mujeres. En los consejos científicos que asesoran a los gobiernos para enfrentar la crisis, la participación de las mujeres no supera el 23% (CEPAL, 2020d). Esta baja participación puede afectar la oportunidad de incorporar importantes asuntos de género en la agenda.

Las medidas tomadas por los gobiernos de 14 países incluyen la declaración de los servicios de salud sexual y reproductiva como esenciales, orientaciones generales para las y los funcionarios de salud a fin de evitar que se produzcan discriminaciones o se profundicen las brechas de género en este período y lineamientos o protocolos para garantizar una adecuada atención a las gestantes durante el control del embarazo y la atención del parto. No obstante, como se aprecia en el gráfico 1, la mayor parte de las medidas consiste en directrices generales para los equipos a cargo y solo un país declaró los servicios de salud sexual y reproductiva como esenciales, asegurando su normal funcionamiento durante el período en que la acción de la salud pública se concentra en la contención de la pandemia.

Estas medidas parecen no ser suficientes para contrarrestar la concentración de recursos en la crisis sanitaria a que obliga el COVID-19. En varios países, a seis meses de decretado el estado de emergencia o crisis, se comienza a conocer la disminución que ha sufrido la distribución habitual de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y sus efectos.

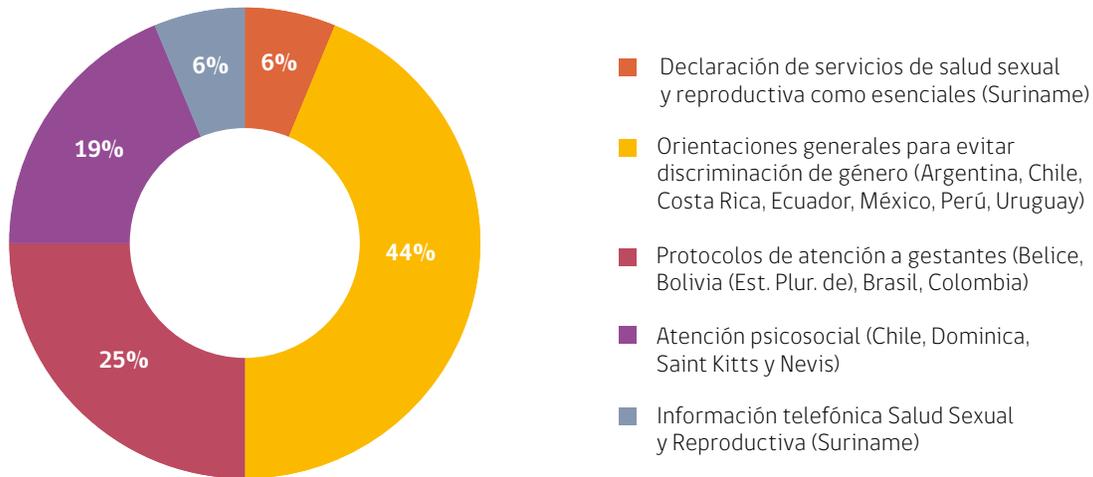
En diversos estudios (UNFPA, 2020a; Riley y otros, 2020) se advierte de la existencia de riesgos de retroceso en el avance alcanzado en los últimos años en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en la región con respecto a los dos indicadores que componen la meta 3.7. de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁴. Según estimaciones del UNFPA, la falta de medidas correctivas para no desatender los servicios de salud sexual y reproductiva a causa de la pandemia de COVID-19 y garantizar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos se traduciría en 2,2 millones de embarazos no deseados, más de 1 millón de abortos, 3.900 muertes maternas y 51.400 muertes infantiles al final del año (véase el diagrama 2) (UNFPA, 2020a).

⁴ Los dos indicadores son: 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos; 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad.

Gráfico 1

América Latina y el Caribe (14 países): medidas tomadas por los gobiernos en materia de salud de las mujeres durante la pandemia de COVID-19, abril-julio de 2020

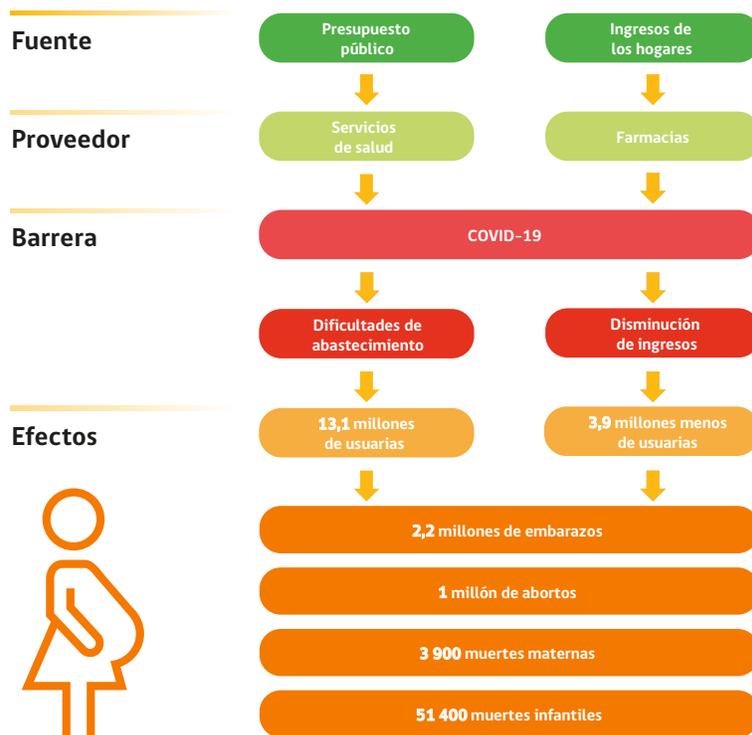
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.

Diagrama 2

América Latina y el Caribe: impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a métodos anticonceptivos y sus consecuencias



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe", *Informe Técnico*, Nueva York, 2020.

La voluntad de “no dejar a nadie atrás” manifestada por los países de la región en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible supone prestar particular atención a la situación de las mujeres y niñas que sufren discriminaciones en múltiples aspectos, entre ellas las que pertenecen a pueblos indígenas o afrodescendientes, son migrantes o tienen alguna discapacidad. La salud sexual y reproductiva no es la excepción.

El fuerte impacto que ha tenido el COVID-19 en las poblaciones indígenas y afrodescendiente evidencia la multiplicidad de factores sociales, económicos, culturales e institucionales que las sitúan en una condición de mayor vulnerabilidad al contagio, al agravamiento de las consecuencias de la enfermedad y a los efectos de las medidas tomadas por las autoridades para contener la propagación del virus.

Las y los jóvenes también resultan particularmente afectados por las consecuencias de la pandemia, que limitan su acceso a la información, a los servicios e insumos y a los espacios de orientación y asesoramiento que se han ido creando en diversos países de la región.

La ya difícil situación de las mujeres migrantes en la región se traduce en un mayor impacto del COVID-19, tanto en términos de salud (debido a sus menores niveles de cobertura de servicios de atención y peores condiciones de vida) como económicos y sociales (dada la pérdida de ingresos debido a su precariedad laboral). El acceso limitado a la seguridad social las pone en un alto riesgo de perder sus medios de subsistencia, de contraer el virus y de que no se respeten sus derechos (OIM/CEPAL, 2020).

En América Latina y el Caribe todavía es un desafío afrontar la magnitud de las desigualdades de género con las capacidades y los recursos estatales que se han destinado mediante las respectivas políticas públicas, de manera que, en un contexto adverso como el actual, los retos para mantener dichas políticas son aún mayores. La emergencia sanitaria y socioeconómica que ha provocado la rápida expansión de la pandemia y el desconocimiento inicial del comportamiento y las consecuencias del virus dieron lugar a respuestas estandarizadas y dirigidas sobre todo a detener el contagio, sin necesariamente tener en cuenta la diversidad de la población, sus condiciones y posiciones. Ello puede provocar un retroceso en la aplicación de un enfoque de derechos en el diseño y la implementación de programas y políticas públicas y, de esta forma, reproducir la discriminación y la desigualdad de género, como se ha podido observar con el incremento de las tareas de cuidado que recaen en las mujeres y el impacto de la pandemia de COVID-19 en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

La gravedad de la pandemia y las numerosas dimensiones de la vida que afecta requieren una estrategia de mitigación y respuesta que cuente con la participación de distintos actores. Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel muy importante, tanto para conocer la diversidad de situaciones que la propagación del virus y las medidas para contenerla producen, como para vincular a la población con las estrategias diseñadas por los gobiernos. En este contexto, han propuesto diferentes medidas a nivel local, nacional y regional (ECMIA, 2020; ARF, 2020). Han generado alertas sobre las barreras al acceso a



servicios de salud sexual y reproductiva y en particular respecto de aquellos de interrupción voluntaria del embarazo en los países en que es legal. Una buena medida para desarrollar acciones y programas eficaces que produzcan resultados sostenibles es establecer mesas de trabajo intersectorial, con la participación de organizaciones de mujeres y de los mecanismos para el avance de las mujeres.

Para generar una respuesta pública consistente que prevenga un retroceso en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos también es fundamental potenciar la calidad de la información sobre esta temática. Existe una línea de base débil con respecto a la actualización y difusión de los datos, la desagregación con criterios interseccionales y la calidad de los registros de atención, debilidades que se acentúan en períodos de crisis y reducen la capacidad de tomar decisiones con base en evidencia.

Hace ya más de 40 años, los gobiernos de América Latina y el Caribe acordaron una amplia agenda de género, que se articula con los compromisos asumidos a nivel internacional y como plataforma común para influir en el plano global, así como con otras agendas globales y regionales, como la de población y desarrollo y, en concreto, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. De esta forma, a través de las distintas ediciones de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe y los distintos espacios multilaterales de coordinación, debate e intercambio de buenas prácticas, con la participación de la sociedad civil, se ha ido consolidado una hoja de ruta que hoy se encuentra plenamente vigente. El cumplimiento de la agenda de género y, en particular, de los acuerdos del Compromiso de Santiago —suscritos en la XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe y referidos al acceso universal a servicios de salud integrales, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos— se vuelve aún más imperativo.

Bibliografía

- AFM (Articulación Feminista Marcosur) (2020), "Histórico de alertas COVID-19: avances y retrocesos", Montevideo [en línea] <http://sistemadealertasregional.org/vista/alertascovid19>.
- ARF (Articulación Regional Feminista) (2020), *Los derechos de las mujeres de la región en épocas de COVID-19: estado de situación y recomendaciones para promover políticas con justicia de género*, Buenos Aires, mayo.
- Care/ONU-Mujeres (Care International/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres) (2020), "Análisis rápido de género para la emergencia de COVID-19 en ALC", Nueva York [en línea] https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/05/_lac%20report_spanish%20final%20jun2-comprimido.pdf?la=es&vs=143.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020a), "La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe", *Informe COVID-19*, Santiago, abril.
- _____(2020b), *Informe de la XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (LC/CRM.14/7)*, Santiago, agosto.
- _____(2020c), "Reunión informativa: Ministras y altas autoridades de los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres de América Latina y el Caribe debaten sobre la respuesta a la crisis de la pandemia de la COVID-19 desde la perspectiva de género", Santiago, abril [en línea] <https://www.cepal.org/es/eventos/reunion-informativa-ministras-altas-autoridades-mecanismos-adelanto-mujeres-america-latina>.
- _____(2020d), "Autonomía física", Santiago, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (OIG) [en línea] <https://oig.cepal.org/es/autonomias/autonomia-fisica>.
- _____(2019a), *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/6)*, Santiago, febrero.
- _____(2019b), *Informe regional sobre el avance en la aplicación de la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030 (LC/CRM.14/5)*, Santiago.
- _____(2017), "Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos", *Documentos de Proyectos (LC/TS.2017/121)*, Santiago, diciembre.
- _____(2013), *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/L.3697)*, Santiago.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2020), "Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe", *Informe COVID-19*, Santiago, julio.
- Corporación Miles (2020), "1era encuesta sobre acceso a la salud sexual y reproductiva durante la pandemia COVID-19", Santiago.
- Del Popolo, F. (ed.) (2018), *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad*, Libros de la CEPAL, N° 151 (LC/PUB.2017/26), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- ECMIA (Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas) (2020), "Informe regional: mujeres indígenas de las Américas frente a la pandemia del COVID-19", Bogotá, mayo.
- IAIP (Instituto de Acceso a la Información Pública) (2020), "Hospital Nacional de La Mujer 'Dra. María Isabel Rodríguez'", San Salvador [en línea] <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/h-maternidad/documents/estadisticas>.
- MINSAL (Ministerio de Salud) (2020), "Sistema de Información IVE", Santiago.
- Morales, P. (2020), "Estaba en trabajo de parto cuando me avisaron que era Covid positivo", *Paula*, Santiago, 6 de junio [en línea] <https://www.latercera.com/paula/noticia/estaba-en-trabajo-de-parto-cuando-me-avisaron-que-era-covid-positivo/CDOGYWOHSZHYJPINTRZ6J74GPI/>.
- Naciones Unidas (2020), "The impact of COVID-19 on women", *Policy Brief*, Nueva York, abril.
- OIM/CEPAL (Organización Internacional para las Migraciones/Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020), "COVID-19: desafíos para América del Sur", *Mujeres Migrantes en el Contexto de la Pandemia*, N° 11, Santiago, julio.
- ONU-Mujeres/CEPAL (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres/Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020), *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*, Santiago, agosto.

- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida) (2020), "II encuesta sobre el impacto de COVID-19 entre PVVIH: análisis de resultados regionales", Ciudad de Panamá, junio [en línea] <http://onusidalac.org/1/images/infografia2-encuesta-PVV.pdf>.
- ONUSIDA y otros (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y otros) (2020), "La respuesta a COVID 19 en América Latina y el Caribe debe respetar los derechos humanos y no aumentar el estigma y discriminación por orientación sexual e identidades de género", Ciudad de Panamá [en línea] http://onusidalac.org/1/images/COVID19-DDHH-LGBTI-ONUSIDA_-_UNFPA-PNUD-PMA-OPS-UNICEF.pdf.
- OSAR (Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva) (2020), "Información y datos", Ciudad de Guatemala [en línea] <https://osarguatemala.org/embarazo/datos/>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2020a), "Alerta epidemiológica: COVID-19 durante el embarazo", Washington, D.C., 13 de agosto [en línea] <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-durante-embarazo-13-agosto-2020>.
- ____ (2020b), "Directora de la OPS advierte sobre interrupciones en servicios de salud esenciales debido a la COVID-19", Washington, D.C., 4 de agosto [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/4-8-2020-directora-ops-advierte-sobre-interrupciones-servicios-salud-esenciales-debido>.
- ____ (2019), *Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas*, Washington, D.C.
- Riley, T. y otros (2020), "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, Nueva York, Guttmacher Institute.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2020a), "El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe", *Informe Técnico*, Nueva York, agosto.
- ____ (2020b), *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe: implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad en adolescentes (Milena) en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay*, Nueva York.

Se agradece el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) para la elaboración de este documento.