

# Ninguna excepción, ninguna exclusión

**GARANTIZAR LA SALUD, LOS DERECHOS  
Y LA JUSTICIA SEXUALES Y REPRODUCTIVOS  
PARA TODAS LAS PERSONAS**



**ICPD25**  
The Nairobi Summit  
Accelerating the Promise of ICPD

Informe disponible en <https://www.nairobisummitcpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions>

Derechos de autor © Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25

Noviembre de 2021

Responsable de la Secretaría de la Comisión de Alto Nivel y Coordinadora Mundial de Seguimiento de la CIPD25:  
Saskia Schellekens

Autora y editora principal: Gretchen Luchsinger

Responsables de la elaboración del Marco de seguimiento de los compromisos mundiales y la Nota metodológica (anexos A y B): Nadia Carvalho y Kristin Bietsch, Avenir Health

Correctora: Lois Jensen

Diseño de publicación y producción: Prographics Inc.

Diseño de portada y capítulos y maquetación: Paula Bustamante

El resumen contiene fotografías de ©hadynyah/iStock y ©Md Saiful Islam Khan/iStock

El capítulo 2 contiene fotografías de ©Sergio Lima/Gettyimages y ©TR/UN Photo

El capítulo 3 contiene fotografías de ©Lilkin/iStock, ©Md Saiful Islam Khan/iStock, ©Chinnapong/iStock y ©muratseyit/iStock

El capítulo 4 contiene fotografías de ©NSA Digital Archive/iStock y ©chengyuzheng/iStock

El capítulo 5 contiene fotografías de @Nerthuz/iStock

El generoso apoyo del Ministerio de Asuntos Exteriores del Gobierno de Dinamarca ha hecho posible la elaboración del presente informe.

Las opiniones expresadas en este informe pertenecen a la Comisión de Alto Nivel y sus miembros y no reflejan necesariamente los puntos de vista del Fondo de Población de las Naciones Unidas, su Directora Ejecutiva o cualquier miembro o parte de la organización. Tampoco el informe representa necesariamente las opiniones individuales de todos los miembros de la Comisión sobre cada uno de los aspectos que se tratan en el documento.

# Ninguna excepción, ninguna exclusión

**GARANTIZAR LA SALUD, LOS DERECHOS Y  
LA JUSTICIA SEXUALES Y REPRODUCTIVOS  
PARA TODAS LAS PERSONAS**

**Informe de 2021 de la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento  
de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25.**



**ICPD25**  
The Nairobi Summit  
Accelerating the Promise of ICPD

## **Agradecimientos**

Los Copresidentes de la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25 expresan su más sincero agradecimiento a todos los Comisionados. Sus contribuciones tienen un valor inestimable, y esperamos continuar este ilustre viaje con ustedes. Transmitimos también nuestra gratitud a la Secretaría de la Comisión, encabezada por la señora Saskia Schellekens, Coordinadora Mundial de Seguimiento de la CIPD25, así como a la autora del informe, la señora Gretchen Luchsinger, que preparó el texto con las aportaciones de los Comisionados y en estrecha colaboración con la Secretaría. Agradecemos también a Avenir Health la puesta en marcha del Marco de seguimiento de los compromisos mundiales a fin de supervisar los progresos respecto a los indicadores clave correspondientes a los compromisos mundiales de Nairobi.

Por último, hacemos una mención especial a todas las partes interesadas a escala local, nacional, regional y mundial que trabajan con ahínco en la aplicación de los compromisos de Nairobi, a veces en circunstancias muy desfavorables. Muchas de sus buenas prácticas y éxitos se han compartido con nosotros, aunque solo una pequeña parte pueda presentarse en este conciso informe. Creemos firmemente que cada medida contribuye a que el Programa de Acción de la CIPD se convierta en una realidad en la vida de las personas. Les damos las gracias por todo lo que han hecho y por lo que continuarán haciendo.



# Índice

|  |    |
|--|----|
| <b>PRÓLOGO</b> .....   | 4  |
| <b>RESUMEN</b> .....   | 6  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....  | 11 |
| <b>1 Derechos, autonomía corporal y capacidad de decisión...</b>                 | 17 |
| <b>2 Desigualdades reveladas y agudizadas por la COVID-19...</b>                 | 25 |
| <b>3 Atención en salud: una antigua crisis que se manifiesta de nuevo</b> .....  | 35 |
| <b>4 Financiación para la recuperación, la resiliencia y los derechos</b> .....  | 41 |
| <b>5 Rendición de cuentas en materia de justicia sexual y reproductiva</b> ..... | 49 |
| <b>&gt;&gt; Un llamado a la acción</b> .....                                     | 57 |
| <b>ANEXOS</b> .....  | 61 |
| Anexo A. Marco de seguimiento de los compromisos mundiales .....                 | 61 |
| Anexo B. Nota metodológica. ....   | 67 |
| Anexo C. Miembros de la Comisión de Alto Nivel .....                             | 87 |
| Anexo D. Secretaría de la Comisión de Alto Nivel y Equipos de Apoyo. ....        | 88 |
| <b>NOTAS</b> .....   | 89 |
| <b>REFERENCIAS</b> .....   | 90 |

# Prólogo

A finales de 2019, la *Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25: adelantando la promesa* reavivó el compromiso mundial con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Personas de todo el mundo afirmaron que debemos terminar de cumplir las promesas de la histórica Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994. No podemos seguir esperando para hacer de los derechos y la libertad de decisión una realidad para *todas las personas*.

En la Cumbre, más de 8.300 participantes procedentes de 170 países y territorios asumieron más de 1.300 compromisos para promover la adopción de medidas. Todo aquello se plasmó en la Declaración de Nairobi, que contenía 12 compromisos mundiales generales encaminados a facilitar la ejecución de la agenda de la CIPD.

Posteriormente se creó la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25 con el propósito de supervisar los avances. Este órgano consultivo, de naturaleza totalmente independiente, pone en contacto a personas talentosas procedentes de todo el mundo que pertenecen a ámbitos variados y atesoran diferentes experiencias y perspectivas. La Comisión informa anualmente sobre los avances y retrocesos, y formula recomendaciones para seguir impulsando el proceso.

En calidad de Copresidentes de la Comisión, nos sentimos honrados por la importante responsabilidad que se nos ha encomendado. Cuando iniciamos nuestra labor a finales de 2020, la Dra. Natalia Kanem, Directora Ejecutiva del UNFPA, el Fondo de Población de las Naciones

Unidas, subrayó que “la Comisión de Alto Nivel es ahora más necesaria que nunca para seguir avanzando y asegurarse de que las promesas hechas se cumplan”.

Son palabras que nos tomamos muy en serio. En su primer año de vida, la Comisión se ha reunido en cuatro ocasiones y ha creado tres grupos de trabajo en torno a cuestiones fundamentales para los compromisos: lograr cero muertes maternas evitables, cero necesidades insatisfechas de planificación familiar y cero casos de violencia de género y prácticas nocivas. Se ha mantenido un diálogo continuo, honesto y profundamente enriquecedor en el que se han abordado todos los elementos relativos al fomento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas, y que se ha plasmado en este informe.

Tras un cuidadoso análisis de los acontecimientos del último año, este informe defiende la justicia sexual y reproductiva sobre la base de medidas deliberadas e integrales encaminadas a garantizar los derechos humanos y el desarrollo para todo el mundo. Siguen existiendo demasiadas lagunas en los objetivos de la CIPD, con consecuencias nefastas para las personas y las familias, así como para los derechos y el desarrollo humanos. La Comisión considera que la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto muchas disparidades existentes y sumamente preocupantes en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. La crisis también ha contribuido a incrementar numerosas desigualdades, un proceso impulsado por una discriminación muy arraigada y por fuerzas regresivas que se han

valido de la pandemia para socavar la protección de derechos que resultan fundamentales para la autonomía corporal.

Sin embargo, no todo son malas noticias. También podemos señalar nuevas y prometedoras formas de prestación de servicios, avances en la legislación y una mejor rendición de cuentas a la hora de cumplir los compromisos de Nairobi, tanto a escala internacional como en los distintos países. Lo más alentador es que, en todo el mundo, las personas, especialmente los miembros de la próxima generación, están haciendo suyo el llamamiento en favor de los derechos, la justicia y un desarrollo justo y sostenible. Al sumarse a quienes han hecho posibles los compromisos de Nairobi y trabajan para su cumplimiento, esas personas son conscientes de que estamos conectados por nuestra humanidad común y una vida en

**Jakaya Mrisho Kikwete**

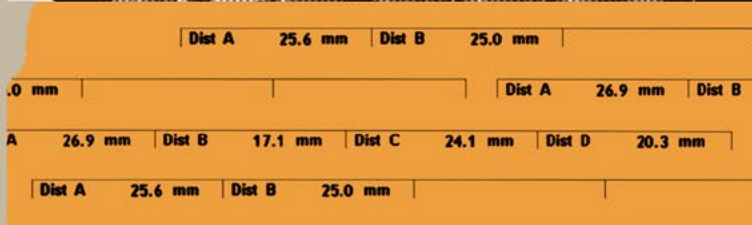
Copresidente y ex-Presidente de la República Unida de Tanzania

un planeta compartido. Las cuestiones relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos resultan fundamentales para nuestra capacidad de sobrevivir, prosperar y sobreponernos a los riesgos.

Presentamos este informe con la convicción de que se trata de un documento valiente, innovador y con visión de futuro, dirigido a diversos contextos del Sur y del Norte Globales, a países pequeños y grandes, a naciones en desarrollo y a personas atrapadas en crisis humanitarias. Esperamos que este documento suscite reflexión y anime a adoptar medidas. También que recuerde a todo el mundo que somos muchos los que aunamos esfuerzos para portar y compartir la antorcha de Nairobi en el camino hacia un futuro en el que los derechos y la libertad de decisión no se le sigan negando a nadie.

**Michaëlle Jean**

Copresidenta y ex Gobernadora General y Comandante en Jefe del Canadá; ex Secretaria General de la Organización Internacional de la Francofonía



Resumen



# Resumen

A finales de 2019, más de 8.300 personas procedentes de 172 países y territorios se reunieron en la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25. Celebraron conjuntamente el 25º aniversario del Programa de Acción histórico que se adoptó en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en El Cairo. Los participantes, pertenecientes a gobiernos, empresas, la sociedad civil y otras entidades, presentaron más de 1.300 compromisos de acción. Dichos compromisos vinieron acompañados de un amplio respaldo a la Declaración de Nairobi, donde se definen 12 compromisos integrales a escala mundial que buscan conseguir los objetivos de la CIPD para todas las personas y en todos los lugares.

Para orientar e impulsar un seguimiento significativo de los compromisos, se creó la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, que, cada año, remitiría al UNFPA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, un informe sobre los avances y las carencias.

El presente informe es el primero que presenta la Comisión. Aun en medio de las devastadoras consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en los últimos dos años, el informe subraya los avances conseguidos en algunos de los compromisos de Nairobi. Sin embargo, los gobiernos y la comunidad internacional en definitiva no han cumplido las expectativas. En el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el fracaso moral y político queda de manifiesto en la erosión de los servicios, la pérdida de la financiación y la disminución de la rendición de cuentas del ámbito político.

La Comisión enfatiza que, mientras que la consecución de los derechos sexuales y

reproductivos no sea plena, las personas no conquistarán la autonomía para tomar decisiones propias y empoderadas sobre sus cuerpos y sobre el resto de sus vidas, lo que impedirá, a su vez, el desarrollo de las sociedades en todo el mundo. En un contexto de evidencias constantes de que se están negando derechos sexuales y reproductivos, la Comisión aboga por una agenda mundial para la justicia sexual y reproductiva que requiera superar, de manera deliberada, todas aquellas barreras que impiden garantizar los derechos y lograr la autonomía corporal. Ello depende, según subraya la Comisión, de intervenciones específicas, adaptadas y priorizadas para los individuos y grupos que se enfrenten a formas múltiples y transversales de discriminación.

La profunda desigualdad del mundo de hoy en día acentúa tanto la urgencia de la justicia sexual y reproductiva, como la consecución acelerada de los compromisos de Nairobi. Para la Comisión, los patrones de injusticia deterioran la resiliencia y el bienestar de todas las personas, y la pandemia de la COVID-19 ha agudizado las desigualdades por razón de género, raza, edad, discapacidad y otros parámetros. La reasignación de servicios y financiación procedentes de situaciones humanitarias es una preocupación importante que merma el apoyo, que ya de por sí era insuficiente, para la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género.

La Comisión también observa que la pandemia de la COVID-19 ha revelado las consecuencias del fracaso a la hora de reforzar los sistemas sanitarios, hacerlos resilientes y universalmente accesibles, y tratar la salud y los derechos sexuales y reproductivos integrales como elementos esenciales en línea con los compromisos de Nairobi. Al mismo tiempo, la pandemia ha abierto la puerta a nuevas formas



de asistencia sanitaria que pueden mejorar la calidad y el acceso. Una nueva era de programas de salud sexual y reproductiva debe construirse sobre la base de las necesidades y los deseos expresados por los distintos grupos de población, operando bajo un marco que busque garantizar derechos y justicia para todas las personas.

La recuperación plena después de la pandemia depende de una financiación, nacional e internacional, que sienta las bases para que los sistemas sanitarios avancen hacia la cobertura sanitaria universal en línea con los compromisos de Nairobi. La Comisión encuentra preocupante que, si bien los países se han comprometido recientemente a ampliar el alcance de los servicios sanitarios esenciales, no hay cambios sustanciales aparentes en la distribución de fondos adicionales. En vista

de que algunos donantes internacionales están haciendo recortes drásticos e injustificables, la Comisión advierte de manera contundente sobre dichos retrocesos y pide garantías frente a las decisiones que tienen su origen en agendas de discriminación de género.

Ante todo, la Comisión subraya que la justicia sexual y reproductiva en el mundo no puede esperar más. Celebra los movimientos populares que exigen justicia y derechos humanos, y considera que, en cuanto motores de cambio y rendición de cuentas, se les debería apoyar y alentar, algo particularmente necesario en un momento en que las ideologías regresivas están reaccionando de forma continuada y cada vez más intensa. La Comisión valora positivamente a aquellos países que están movilizando la voluntad política y creando mecanismos nacionales para

### **Hacer de la justicia sexual y reproductiva la meta**

Someter todo el trabajo en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a un marco de justicia, que considere que los derechos humanos y las libertades fundamentales son universales, indivisibles, interdependientes y están interconectados. Ello incluye la creación y el empleo de mecanismos para la rendición de cuentas, la inversión en movimientos populares para reclamar justicia sexual y reproductiva, y la consolidación y forja de nuevas alianzas. Una mayor implicación de los parlamentarios hará avanzar la legislación y las decisiones presupuestarias en línea con la consecución de la justicia sexual y reproductiva y la igualdad de género.

### **Poner los derechos y el desarrollo en el centro**

Desarrollar una cobertura sanitaria universal que incluya, de manera integral y como servicios esenciales, la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Debe utilizarse la recuperación tras la COVID-19 para impulsar la cobertura sanitaria universal, incluida la ampliación del apoyo a la partera profesional como inversión demostrada. Escuchar a los usuarios de los servicios sanitarios ayudará a defender sus derechos y mejorar la calidad de los servicios.

### **Una forma diferente de pensar**

Poner en práctica innovaciones recientes en la prestación de servicios sanitarios para acelerar la justicia sexual y reproductiva y contribuir a la capacidad de decisión y la autonomía corporal de las personas. Uno de los puntos de partida es desarrollar el potencial de la asistencia sanitaria autogestionada, que puede ser particularmente útil para llegar a algunos grupos marginados. Otro es aplicar innovaciones digitales al tiempo que se reduce la brecha digital.



encauzar el progreso hacia los compromisos de Nairobi.

Del mismo modo, la Comisión considera alentador que los compromisos se empleen cada vez más en mecanismos mundiales de rendición de cuentas como el examen periódico universal del Consejo de Derechos Humanos. Ello concuerda con el espíritu de la Cumbre de Nairobi, que demostró el incalculable valor de la solidaridad mundial y puso en marcha una arquitectura más rigurosa para la rendición de cuentas construida sobre la base de la colaboración entre numerosos aliados para impulsar la justicia sexual y reproductiva.

La Comisión considera que la capacidad de decisión y la autonomía corporal son lo que la mayoría de personas desea y lo que todas las

personas merecen. Todas aquellas personas en disposición de ejercerlas de manera libre y en sus propios términos determinarán la resiliencia, el desarrollo e incluso la supervivencia de los individuos y las naciones. En consecuencia, la Comisión hace varias recomendaciones para avanzar hacia los compromisos de Nairobi y sentar las bases para la justicia sexual y reproductiva.

En suma, la Comisión mantiene que atajar las desigualdades y las brechas de género, sostener la resiliencia ante las crisis, y establecer conexiones acertadas entre el desarrollo y la demografía dependerá de garantizar la capacidad de decisión y la autonomía corporal de todas las personas. La justicia sexual y reproductiva constituye el camino con mayores garantías hacia el futuro.

### Ir más allá

Dar prioridad a los grupos que sufren las peores desigualdades en materia de justicia sexual y reproductiva. Remediar las carencias de la acción humanitaria es una prioridad urgente, junto con un mayor énfasis en reducir los riesgos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los futuros planes de reducción y gestión del riesgo de desastres. Una mayor divulgación para llegar a la población joven, en particular a las personas adolescentes y a aquellas estigmatizadas por sus orientaciones sexuales e identidades de género, permite defender sus derechos a participar de manera sustancial en la formulación de políticas públicas que influyan en su salud y su bienestar.

### Que la financiación se incremente y sea visible

Aumentar la financiación nacional e internacional para la salud y los derechos sexuales y reproductivos hasta niveles suficientes como para alcanzar la justicia sexual y reproductiva. El gasto debe ser visible y cuantificable en los presupuestos sanitarios nacionales, y dar cuenta de las contribuciones de los donantes. Deben introducirse servicios integrales gratuitos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La exploración de nuevas vías de financiación y de alianzas con nuevos asociados más allá del sector de la salud también constituye una prioridad.

### Contar una nueva historia

Crear nuevas narrativas sobre la justicia sexual y reproductiva que sean lo suficientemente precisas y poderosas como para contrarrestar la constante oposición. Esto requiere desarrollar sistemas más robustos para la recopilación y el empleo de datos sobre aspectos críticos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género y la transversalidad. Para conseguir un mayor apoyo, convertir la justicia sexual y reproductiva en un grito de combate aportará nuevas energías e inspirará acciones.





# Introducción

A finales de 2019, más de 8.300 personas procedentes de 172 países y territorios se reunieron en la Cumbre de Nairobi<sup>1</sup>. Animados por el intercambio e inspirados por un propósito común, se comprometieron a acelerar el cumplimiento de promesas históricas concebidas para situar a las personas en el centro del desarrollo sostenible. Prometieron defender los derechos y la libertad de decisión para todo el mundo.

Antes de la Cumbre, las evaluaciones nacionales, regionales y mundiales consideraron los avances y las deficiencias registrados desde la celebración de la CIPD e imprimieron impulso al proceso. En la Cumbre, los participantes, pertenecientes a gobiernos, empresas, la sociedad civil y otras entidades, presentaron más de 1.300 compromisos de acción. Dichos compromisos vinieron acompañados de un amplio respaldo a la Declaración de Nairobi, donde se definen 12 compromisos básicos a escala mundial que buscan conseguir los objetivos de la CIPD para todas las personas, en todos los lugares.

La Declaración de Nairobi exige una revisión periódica de los avances. Para ello, se creó un órgano consultivo independiente que vincula a los diversos grupos que asistieron a la Cumbre. Conocido como Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, dicho órgano se encarga de presentar un informe público cada año al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de proporcionar orientación y apoyo político para impulsar un seguimiento significativo.

Formada por 27 miembros, la Comisión incluye a dirigentes gubernamentales, académicos e investigadores, activistas de la sociedad civil y de los derechos de la mujer, defensores de los derechos humanos, empresarios, representantes de fundaciones, parlamentarios y líderes juveniles de todo el mundo.

En él, los miembros han consensuado que se han hecho progresos en lo que a algunos de los compromisos de Nairobi se refiere<sup>2</sup>.

Las anteriores eran las tendencias que se registraban antes de la irrupción de la pandemia de COVID-19, pero la crisis mundial agravó e intensificó las desigualdades y las disparidades en materia de derechos. Las consecuencias han sido considerables. Los embarazos no planificados se han incrementado, al igual que los matrimonios infantiles y las muertes en el parto. La violencia por razón de género pasó a conocerse como la pandemia "en la sombra".

La Comisión pretende que este informe constituya un llamamiento decidido a la reanudación inmediata de un seguimiento significativo de los compromisos de Nairobi, e insta a que se adopten medidas ambiciosas para acabar con las deficiencias en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos que cuestan vidas, minan la salud y frenan el desarrollo en todo el mundo. Asimismo, recuerda a todo el mundo que no hay excusas para retrasar los avances relativos a normas y criterios que se han acordado internacionalmente y que cuentan con una amplia aceptación.

Para la Comisión, la salud y los derechos sexuales y reproductivos forman parte de una agenda de justicia y desarrollo de alcance universal. Dicha agenda debe reflejarse en la manera de pensar y actuar de las personas, con líderes políticos y comunitarios que den ejemplo y que sigan siendo responsables de los progresos. La agenda debe constituir un pilar básico de unos sistemas sanitarios que logren la cobertura universal y que tengan la capacidad para sobreponerse a las crisis ahora y en el futuro. Además, debe consagrarse en leyes y defenderse y financiarse como parte integral de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como de garantías jurídicas de larga data en materia de derechos humanos, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

## Contenido del informe

En 2021, la Comisión se reunió en varios momentos para hacer balance de los 12 compromisos mundiales de Nairobi, y se centró en cinco cuestiones fundamentales que se analizan en cinco de los capítulos de este informe. Los miembros de la Comisión los debatieron y respaldaron sin reservas antes de presentar el informe ante la Directora Ejecutiva del UNFPA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, custodio mundial del Programa de Acción de la CIPD y de su seguimiento.

El **capítulo 1** destaca los derechos sexuales y reproductivos como un requisito básico para alcanzar los compromisos. La Comisión señala la fragilidad de los derechos, que continúan lejos del alcance de muchas personas, y aboga por una agenda amplia de justicia sexual y reproductiva. Esto debe basarse en la realización activa de los derechos y en la eliminación de las numerosas barreras que los limitan en los sistemas sanitarios, las familias y las sociedades en general. A la hora de hacer realidad los derechos, los avances dependen fundamentalmente

de que las personas puedan decidir sobre su cuerpo y disfrutar de autonomía corporal.

El **capítulo 2** profundiza en las desigualdades exacerbadas por la COVID-19, incluidas las que se derivan de la discriminación por motivos de género, raza, etnia, edad, discapacidad u otros factores, y las que están relacionadas con los desplazamientos y las crisis humanitarias. Si, de conformidad con el espíritu de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y de la Declaración de Nairobi, el mundo se toma en serio el propósito de no dejar a nadie atrás, la Comisión insta a atajar estas desigualdades sin más demora.

En el **capítulo 3**, la Comisión examina las dificultades que como consecuencia de la pandemia se han registrado a la hora de ofrecer una atención de la salud sexual y reproductiva accesible y de calidad y que han interrumpido o ralentizado los avances en lo concerniente a los 12 compromisos. Al mismo tiempo, se destacan las innovaciones surgidas de la necesidad que han mantenido los servicios en funcionamiento e incluso han ofrecido nuevos modelos susceptibles de reproducirse de manera más generalizada.

En el **capítulo 4**, la Comisión aborda la financiación de la agenda de la CIPD y los compromisos económicos, tanto nacionales como internacionales, reflejados en la Declaración de Nairobi. Llama además la atención sobre las decisiones preocupantes y, a veces, políticamente motivadas de dejar de financiar la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Sobre la base de los cuatro capítulos anteriores, el **capítulo 5** analiza las fuerzas que impulsan o frenan los progresos en relación con los compromisos de Nairobi, así como los niveles de rendición de cuentas que permitirán que se siga avanzando en la dirección correcta hacia la justicia sexual y reproductiva.



## Los países se preparan para cumplir sus compromisos



Están proliferando medidas para conseguir y garantizar la rendición de cuentas sobre los compromisos de Nairobi en foros internacionales, como el examen periódico universal del Consejo de Derechos Humanos, por medio del establecimiento de mecanismos de seguimiento regionales y subregionales, así como en distintos países. En 2020, al menos 34 de los países en desarrollo vigilados por el UNFPA elaboraron planes nacionales de acción para la aplicación de sus compromisos de Nairobi, integraron compromisos en las políticas nacionales o sectoriales, o desarrollaron sistemas para hacer un seguimiento de los progresos.

A saber: Angola, Argentina, Burkina Faso, Camerún, Colombia, Congo, Côte d'Ivoire, Cuba, Ecuador, Egipto, Filipinas, Ghana, Haití, Iraq, Kazajistán, Kenia, Madagascar, Mauritania, México, Nigeria, Pakistán, Paraguay, República Democrática del Congo, República Dominicana, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sudáfrica, Sudán del Sur, Túnez, Turkmenistán, Turquía, Uganda y Viet Nam.

El último capítulo esboza el Llamamiento a la Acción con el que la Comisión se ha dirigido a todos los asociados relevantes, incluidos los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado, el mundo académico, las Naciones Unidas y otros organismos internacionales. Si aúnan esfuerzos, los actores mencionados pueden acelerar la acción y garantizar la rendición de cuentas en el camino hacia la consecución de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la justicia y el desarrollo, en consonancia con la Declaración de Nairobi, el Programa de Acción de la CIPD y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

**El anexo A** resume los indicadores globales clave para los compromisos mundiales de la Declaración de Nairobi y, valiéndose de los datos disponibles más recientes, presenta su estado actual a escala internacional y regional. El marco presentado ofrecerá la oportunidad de evaluar los progresos que con respecto a los indicadores identificados se realicen a lo largo de los próximos años a medida que la Comisión avance en su trabajo.

# La Declaración de Nairobi: 12 compromisos mundiales

El camino a seguir pasa por reconocer nuestras diferentes capacidades y responsabilidades y centrarnos particularmente en aquellas acciones, expresadas en compromisos específicos e iniciativas de colaboración, **que harán realidad la promesa** del Programa de Acción de la CIPD, las Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD y los resultados de sus exámenes, así como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En ese contexto, vamos a:



Intensificar nuestros esfuerzos para lograr una **aplicación y financiación plenas, efectivas y aceleradas del Programa de Acción de la CIPD**, las Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD, los resultados de sus exámenes y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.



*Conseguir el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos como parte de la cobertura sanitaria universal comprometiéndonos a poner todo nuestro empeño para lograr:*



**Cero necesidades insatisfechas de información y servicios de planificación familiar**, y una disponibilidad universal de anticonceptivos modernos de calidad, accesibles, asequibles y seguros.



**Cero muertes maternas y formas de morbilidad materna evitables**, como las fístulas obstétricas, mediante, entre otras cosas, la integración de un paquete integral de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva, que incluya el acceso al aborto en condiciones de seguridad al mayor grado permitido por la ley y medidas para prevenir y evitar los abortos peligrosos, y para la prestación de atención posterior al aborto, en las estrategias, políticas y programas nacionales de cobertura sanitaria universal, y también para proteger y garantizar el derecho de todas las personas a la integridad física, la autonomía y los derechos reproductivos, así como para proporcionar acceso a los servicios esenciales en apoyo de esos derechos.



Acceso de todos los adolescentes y jóvenes, especialmente las niñas, a **información, educación y servicios integrales sensibles a las particularidades de edad, de calidad y oportunos y que respondan a las necesidades de los adolescentes** para que puedan disponer de libertad de decisión y tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva, y protegerse adecuadamente de los embarazos no planeados, de todas las formas de violencia sexual y de género y de las prácticas nocivas, así como de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, a fin de facilitar una transición segura a la edad adulta.



*Abordar la violencia sexual y de género y las prácticas nocivas, en particular los matrimonios infantiles, precoces y forzados y la mutilación genital femenina, comprometiéndonos a poner todo nuestro empeño para lograr:*



**Cero casos de violencia sexual y de género y prácticas nocivas**, en particular cero matrimonios infantiles, precoces y forzados, así como cero mutilaciones genitales femeninas; y la **eliminación de todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas**, a fin de sacar pleno provecho del potencial socioeconómico de cada persona.

≡ *Mobilizar la financiación necesaria para terminar el Programa de Acción de la CIPD y mantener los logros ya conseguidos:*



Utilizando los procesos presupuestarios nacionales, incluidas la presupuestación y la auditoría de género, aumentando la **financiación nacional** y explorando nuevos instrumentos y estructuras de financiación participativos e innovadores para garantizar la aplicación plena, efectiva y acelerada del Programa de Acción de la CIPD.



Aumentar la **financiación internacional** para la aplicación plena, efectiva y acelerada del Programa de Acción de la CIPD, a fin de complementar y propiciar la financiación nacional, en particular de los programas de salud sexual y reproductiva, y otras medidas e intervenciones de apoyo que promuevan la igualdad de género y el empoderamiento de las niñas y las mujeres.

≡ *Aprovechar la diversidad demográfica para impulsar el crecimiento económico y lograr el desarrollo sostenible:*



Invirtiendo en la educación, las oportunidades de empleo, la salud, incluidos los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las niñas, a fin de **aprovechar plenamente las promesas del dividendo demográfico**.



**Construyendo sociedades pacíficas, justas e inclusivas**, en las que nadie se quede atrás, en las que todos, sin distinciones de raza, color, religión, sexo, edad, discapacidad, idioma, origen étnico, orientación sexual e identidad o expresión de género, se sientan valorados y sean capaces de forjar su propio destino y contribuir a la prosperidad de sus sociedades.



**Proporcionando datos de calidad, oportunos y desglosados**, que garanticen la privacidad de los ciudadanos e incluyan asimismo a los adolescentes más jóvenes, invirtiendo en innovaciones digitales en materia de salud, entre ellos los sistemas de macrodatos, y la mejora de los sistemas de datos para fundamentar las políticas destinadas a lograr el desarrollo sostenible.



Comprometiéndonos con la noción de que no puede debatirse ni decidirse nada sobre la salud y el bienestar de **los jóvenes** sin su **implicación y participación significativas** ("nada sobre nosotros, sin nosotros").

≡ *Defender el derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles:*



Velando por que las **necesidades y los derechos humanitarios básicos** de las poblaciones afectadas, especialmente los de las niñas y las mujeres, se aborden como componentes fundamentales de las respuestas a las crisis humanitarias y ambientales, así como en contextos de reconstrucción frágiles y posteriores a las crisis, mediante la provisión de acceso a información, educación y servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a servicios de aborto en condiciones de seguridad al mayor grado permitido por la ley, y a la atención posterior al aborto, a fin de reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad maternas, la violencia sexual y de género y los embarazos no planeados en esas condiciones.



AUTONOMIA CORPORAL 

## PASSPORT



Lorem ipsum  
 sit amet con  
 adipiscing  
 sed do eius  
 tempor inci  
 00 00 00  
 00 00 00

000000000000000000000000  
000000000000000000000000



# 1

## DERECHOS, AUTONOMÍA CORPORAL Y CAPACIDAD DE DECISIÓN

El bienestar humano depende, fundamentalmente, de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Esto se aplica a todas las personas, sin excepción. Sin embargo, aunque se establece a menudo, la conexión entre ambos sigue cuestionándose. Persiste el ímpetu de eliminar los derechos de la ecuación totalmente, o de dejar de lado los derechos sexuales.

La Comisión arguye que, mientras los derechos sexuales y reproductivos no sean completos, las personas no conquistarán la autonomía para tomar decisiones propias y empoderadas sobre sus cuerpos y sobre el resto de sus vidas. Los países no alcanzarán los tres "ceros" avalados en la Declaración de Nairobi y que constituyen el núcleo de sus 12 compromisos, a saber: cero necesidades insatisfechas de planificación familiar, cero muertes maternas evitables y cero violencia sexual y de género y prácticas nocivas. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible quedará inconclusa.

Defender o negar los derechos sexuales y reproductivos determina si una mujer embarazada vive o muere al dar a luz, si una adolescente evita un embarazo no deseado que desbarata su educación, o si las personas con diversas identidades de género pueden acceder a una atención sanitaria segura, respetuosa y afirmativa. Las personas que llegan a disfrutar de estos derechos gozan de un mayor bienestar e incrementan sus posibilidades de convertirse en miembros productivos de sus comunidades. Asimismo, se encuentran en mejor disposición

### MENSAJES CLAVE

- » Mientras que la consecución de los derechos sexuales y reproductivos no sea plena, las personas no conquistarán la autonomía para tomar decisiones propias y empoderadas sobre sus cuerpos y sobre el resto de sus vidas.
- » De acuerdo con la Declaración de Nairobi, es necesario integrar un compromiso coherente con los derechos sexuales y reproductivos en la legislación, en las prácticas de los sistemas sanitarios y, de manera más amplia, en las normas sociales.
- » En un contexto de evidencias constantes de que se están negando derechos sexuales y reproductivos, la Comisión aboga por una agenda mundial para la justicia sexual y reproductiva, partiendo de la premisa de que la justicia es fundamental para el desarrollo.
- » La justicia sexual y reproductiva precisa derribar deliberadamente todos los obstáculos a los que se enfrentan las personas para ejercer sus derechos y conseguir su autonomía corporal. Esto exige intervenciones específicas, adaptadas y priorizadas para los individuos y grupos que se enfrentan a formas múltiples y transversales de discriminación, que vienen marcadas por lo que estos consideran sus necesidades y elecciones.



de tomar sus propias decisiones y de hacer valer sus derechos en todos los ámbitos de la vida, desde el lugar de trabajo hasta la esfera política, entre otros. Dichos individuos pasan a formar parte de sociedades más sólidas, inclusivas y justas que distribuyen los beneficios del desarrollo de forma equitativa entre todos los lugares y grupos de personas.

De entrada, la Comisión denuncia la manera en que la pandemia de COVID-19 ha evidenciado, una vez más, lo fácil que continúa resultando dejar de lado la salud y los derechos sexuales y reproductivos en favor de otras prioridades. Cuestiones similares se plantean continuamente en las crisis humanitarias, en las comunidades pobres, en el caso de personas excluidas de todo el mundo y en asuntos como el aborto y los servicios para adolescentes. Durante la pandemia, la salud y los derechos sexuales y reproductivos se han visto a menudo sacrificados en el marco del intento por parte de los sistemas sanitarios de hacer frente al

**La salud y los derechos sexuales y reproductivos deben ser una prioridad más allá de la recuperación de la pandemia, de conformidad con los 12 compromisos de Nairobi.**

virus. Más preocupante si cabe ha sido que la oposición política de diversas fuentes — incluidos movimientos, partidos y gobiernos con ideologías natalistas y discriminatorias por razón de género— trataron con éxito de encontrar los resquicios necesarios para continuar entorpeciendo la prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

Aunque no cabe duda de que las consecuencias de la pandemia han sido profundas y que tanto los sistemas sanitarios como sociedades y economías enteras se han visto sometidos a una gran presión, la Comisión no acepta que

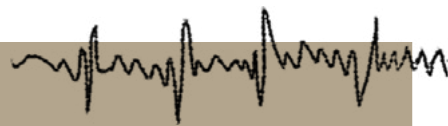
esto constituya una justificación válida para la reducción de las garantías en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. No en vano, de conformidad con los 12 compromisos de Nairobi, dichos derechos deben ser una prioridad durante la recuperación de la pandemia y en el periodo posterior a esta.

## **Persiste la fragilidad de los derechos**

La Comisión considera que los desafíos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos operan reiteradamente en múltiples planos, en la atención clínica, en los sistemas sanitarios y en los factores sociales que determinan la salud, como la educación y los patrones de racismo y discriminación. Una sola estadística basta para poner de manifiesto el largo camino que el mundo tiene todavía por recorrer para hacer realidad estos derechos. Según datos correspondientes a 57 países, solo el 55% de las mujeres toman sus propias decisiones en relación con tres cuestiones fundamentales para los derechos sexuales y reproductivos y la autonomía corporal: las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y el acceso a la atención sanitaria<sup>3</sup>.

La negación de la autonomía corporal y de los derechos sexuales y reproductivos ha resultado evidente desde el inicio de la pandemia. En un informe se refirieron incidentes traumáticos en 45 países que contravinieron las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como cesáreas practicadas sin consentimiento para acelerar el parto. En casos en que las restricciones motivadas por la COVID-19 impidieron o retrasaron el acceso a los servicios de emergencia, llegaron a registrarse muertes de mujeres embarazadas<sup>4</sup>.

Las deficiencias en la protección de los derechos son a menudo flagrantes. Alrededor del 21% de los países donde la legislación ampara el acceso a los servicios de anticoncepción siguen requiriendo la autorización de terceros para el uso de anticonceptivos, por ejemplo<sup>5</sup>. La calidad de los servicios llega a ser drásticamente inferior



## Indicios sutiles de un avance lento

El Marco de seguimiento de los compromisos mundiales del anexo A revela que el mundo aún está lejos de alcanzar el Programa de Acción de la CIPD y los compromisos de Nairobi. El compromiso mundial 1 es un conjunto de indicadores pertenecientes a los demás compromisos. Sorprendentemente, ninguna región ha avanzado lo suficiente en la aplicación de la CIPD como para obtener un aprobado o luz verde en el sistema de evaluación basado en colores del marco. Mientras que Europa, América del Norte y Asia Oriental y Sudoriental son las regiones que muestran un mayor progreso, puntuadas con el color amarillo, Asia Central y Meridional, América Latina y el Caribe, África Septentrional y Asia Occidental están más rezagadas, como lo refleja su puntuación de color naranja. África Subsahariana recibe la puntuación más baja (color rojo), a pesar de ser la región con las necesidades más acuciantes.

en las zonas rurales pobres, donde mueren más mujeres durante el parto. Los servicios sanitarios pueden estar obligados a prestar atención a las personas transgénero, pero en la práctica se la niegan impunemente. Otros marcadores insidiosos de desequilibrios de poder y derechos surgen cuando las mujeres se ven obligadas a justificar las decisiones sobre su cuerpo con razones "aceptables" relacionadas con la salud, en lugar de basarse únicamente en sus propias preferencias. Esto perpetúa el control sobre el cuerpo de las mujeres en los ámbitos médico o jurídico.

La encuesta que se realizó a 1,2 millones de mujeres y niñas de 114 países en el marco de la campaña "Lo que las mujeres quieren" sobre la atención sanitaria prestada en el ámbito de la salud reproductiva y materna reveló que la principal petición de las encuestadas era una atención más respetuosa y digna<sup>6</sup>, lo que indica que, en general, la asistencia médica no está en consonancia con la autonomía y los derechos<sup>7</sup>. Los datos sugieren la prevalencia de una atención en el embarazo y el parto que, o bien es "demasiado escasa y demasiado tardía", o "excesiva y precoz", por ejemplo<sup>8</sup>. Algunas prácticas pueden presentarse como "capaces de salvar vidas", pero en realidad no tienen en cuenta los deseos de las mujeres ni su derecho a la autonomía corporal.

En consonancia con la Declaración de Nairobi, la Comisión subraya que es necesario integrar un compromiso coherente con los derechos sexuales y reproductivos en la legislación, en las prácticas de los sistemas sanitarios y, de manera más amplia, en las normas sociales. De lo contrario, la autonomía corporal, la libertad de decisión y los derechos estarán permanentemente amenazados. Las medidas coercitivas, como las utilizadas para el control de la población, a pesar de las abundantes pruebas de su ineficacia, se tornan más aceptables y justificables. Los prejuicios sistémicos y los casos de coerción, incluidos los relacionados con la raza y la identidad de género, se vuelven más fáciles de mantener.

## Establecimiento de un nuevo marco: justicia sexual y reproductiva

Dadas las numerosas carencias que existen desde hace tiempo en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, y en aras de la consecución de los 12 compromisos de Nairobi, la Comisión considera que ha llegado el momento de elaborar una agenda mundial de justicia sexual y reproductiva. Esta agenda se basa en la justicia como parte integral del desarrollo. Reconoce que el propio desarrollo constituye tanto un derecho como una manifestación de la justicia.

## Defender a los defensores

Tanto los derechos humanos como las personas que los defienden están amenazados, a menudo de formas interrelacionadas con las cuestiones de género. En 2019, Fátima Mimbire, una defensora de los derechos humanos en Mozambique, recibió amenazas de muerte y otros mensajes intimidatorios en las redes sociales, incluido un mensaje de Facebook de un parlamentario instando a que la violaran diez hombres fuertes y vigorosos para darle una lección.

Ese mismo año, durante una audiencia sobre derechos humanos relacionada con el examen periódico universal del Consejo de Derechos Humanos, Lilit Martirosyan —una mujer trans, defensora de los derechos humanos y presidenta de la organización de derechos humanos Right Side— se pronunció ante el Parlamento de Armenia. Tras destacar varios ataques a lesbianas, gais, bisexuales, personas trans y personas intersexuales, un parlamentario requirió que la quemaran viva.



Casos como estos ponen de relieve la magnitud del movimiento en contra de la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos. En 2021, Mary Lawlor, la Relatora Especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos, reiteró que todos los Estados tienen la obligación de velar por que ningún defensor de los derechos humanos pierda la vida en el ejercicio de su labor. Añadió que los Estados deben aprobar y aplicar leyes y desarrollar mecanismos de protección con perspectiva de género en favor de los defensores de los derechos humanos. Hizo hincapié en los defensores de grupos vulnerables, como los defensores de los derechos humanos de las mujeres y las personas trans, así como los defensores de los derechos de lesbianas, gais, bisexuales, personas trans y personas intersexuales.

Fuente: Consejo de Derechos Humanos, 2021a.

Situar la salud y los derechos en un marco de justicia va más allá de la descripción de los derechos para conseguirlos de forma activa, por ejemplo, mediante el seguimiento sistemático y la corrección de las disparidades. Exige derribar deliberadamente todos los obstáculos sistémicos a los que las personas se enfrentan a lo largo de su vida para ejercer sus derechos y conquistar su autonomía corporal. Estos obstáculos pueden incluir una falta de servicios, pero también discriminación por razón de género, sexo o raza, desigualdades que atrapan a las personas en la pobreza y la marginación social y política.

La justicia sexual y reproductiva reconoce que las diferentes formas de discriminación pueden

entrecruzarse y reforzarse mutuamente. Como resultado, las injusticias acumuladas pueden ser mayores para algunos individuos y grupos; repararlas puede requerir intervenciones específicas, adaptadas y prioritarias en consonancia con los derechos humanos. La Comisión está convencida de que estas medidas deben determinarse en función de aquello que las propias personas identifiquen como sus necesidades y preferencias, y se sustentarán en la aceptación de que los individuos tienen derecho a tomar decisiones en condiciones propicias para llevarlas a cabo.<sup>9</sup>

## Hacia la autonomía y la justicia: normas, atención universal y voz

La Comisión está de acuerdo en que la consecución de la justicia sexual y reproductiva pasa por cuestionar y eliminar las normas sociales discriminatorias que limitan la autonomía, la capacidad de decisión y los derechos asociados al cuerpo. Dichas normas generan estigmas sobre el tipo de persona que solicita medidas anticonceptivas o un aborto, por ejemplo, o determinan si la violencia doméstica se previene o tolera. Las normas se filtran a través de las leyes y las decisiones políticas y se reflejan en las instituciones y prácticas sanitarias.

Una agenda de justicia sexual y reproductiva puede defender con más fuerza la abolición de las normas discriminatorias, dondequiera que surjan y comoquiera que se manifiesten. Puede replantear los problemas y las decisiones políticas que surgen de ellos. En los lugares donde el aborto es legal y seguro, por ejemplo, las muertes maternas tienden a disminuir notablemente, sin que aumenten los abortos. Por el contrario, allí donde se penaliza, el aborto pasa a la clandestinidad con consecuencias más letales. Por tanto, la reducción de la mortalidad materna no solo consiste en mejorar la prestación de servicios, sino también en salvaguardar la autonomía corporal y la toma de decisiones de las mujeres. En la Cumbre de Nairobi, la Argentina, Bolivia, Eritrea, México, Nepal y la República de Macedonia del Norte se comprometieron a erradicar la mortalidad materna causada por el aborto en condiciones de riesgo, lo que la Comisión considera un paso positivo que deberían seguir otros países.

En el marco de una agenda para la justicia sexual y reproductiva, la Comisión llama la atención sobre cómo un enfoque explícito hacia la autonomía corporal puede promover directamente la igualdad de género, en consonancia con los derechos de las mujeres y las niñas y como sustento del desarrollo sostenible. Este enfoque también puede apoyar

## ¿Qué entendemos por derechos y autonomía corporal?

**La realización de los derechos sexuales y reproductivos** se basa en los derechos humanos de todas las personas a que se respete su integridad física, su privacidad y su autonomía personal. Cualquier persona debe tener la posibilidad de definir libremente su sexualidad, incluida la orientación sexual y la expresión e identidad de género; de decidir si mantener relaciones sexuales, cuándo y con quién; de vivir experiencias sexuales seguras y placenteras; y de tomar sus propias decisiones sobre el matrimonio y la descendencia. Estos derechos dependen del acceso a servicios e información de alta calidad y de la posibilidad de elegir entre estos, que deberán estar adaptados a las diferentes etapas de la vida y libres de discriminación, coacción y violencia<sup>10</sup>.

**La autonomía corporal** significa tener el poder y capacidad de tomar decisiones relativas a tu cuerpo y tu futuro, sin violencia ni coacción. Implica disponer de los recursos necesarios para llevar a la práctica estas decisiones. La autonomía corporal está a salvo cuando las personas pueden decidir si mantener relaciones sexuales, cuándo y con quién, y si quedarse embarazadas o con quién. Abarca además la libertad de decidir acudir a un médico u otro proveedores de servicios de salud.



Fuentes: UNFPA, 2021g;  
Red de Mujeres Positivas, s.f.



## Redefinir la sexualidad en las políticas públicas

En 2021, Tlaleng Mofokeng, Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, instó al Consejo de Derechos Humanos a emitir una recomendación para que las políticas públicas reflejen un concepto de sexualidad que vaya más allá de la capacidad de reproducirse. Enfatizó que lograr el bienestar y la salud sexual depende de varios factores, a saber: información completa y de calidad sobre sexo y sexualidad; conocimientos sobre los riesgos a los que son susceptibles los individuos y su vulnerabilidad ante las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección; capacidad de acceso a la atención de la salud sexual; y vivir en un entorno que reconozca y promueva la salud sexual. Solo si se facilitan estos elementos, los países y el mundo podrán garantizar que no se deja a nadie atrás.

Fuente: Consejo de Derechos Humanos, 2021b.

un mayor reconocimiento de las violaciones de derechos que persisten, a menudo de forma invisible, entre los grupos más marginados. Destacar los puntos en común entre la mutilación genital femenina y la mutilación genital practicada a personas intersexuales, por ejemplo, podría permitir basarse en la primera, una agresión contra la autonomía corporal más comprendida y abordada, para impulsar la adopción de medidas relativas a la segunda. Lograr la autonomía corporal exigiría ampliar la atención de la salud sexual y reproductiva para

abarcas facetas como el acceso a los servicios de anticoncepción y embarazo para las personas transgénero.

La Comisión vincula explícitamente la justicia sexual y reproductiva con la cobertura sanitaria universal, una promesa hecha tanto en los 12 compromisos como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La cobertura sanitaria universal es vital para el bienestar humano y el desarrollo inclusivo en general. Sin embargo, esta promesa solo puede cumplirse integrando la salud y los derechos sexuales y reproductivos en todos los sistemas sanitarios, como se acordó en la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas que se celebró en 2019 sobre cobertura sanitaria universal<sup>11</sup>.

Por último, la Comisión se vale de su voz para pedir que se escuchen otras voces, en toda su diversidad. La justicia sexual y reproductiva depende de que se escuche a las mujeres, a los adolescentes y a los jóvenes; a las personas con identidades de género diversas y de otro

**Mientras que los derechos sexuales y reproductivos no sean completos, las personas no conquistarán la autonomía para tomar decisiones propias y empoderadas sobre sus cuerpos y sobre el resto de sus vidas.**



tipo, y a todos aquellos que están más lejos de hacer realidad sus derechos. Todas estas personas deben poder contribuir de manera más clara e influyente al modo en que la atención sanitaria puede satisfacer sus necesidades y defender sus derechos, y sobre cómo es la justicia sexual y reproductiva. En la Cumbre de Nairobi, los delegados jóvenes exigieron que la consigna “nada sobre nosotros, sin nosotros” sea una realidad. Los 12 compromisos afirman que las decisiones sobre todas las cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar de los jóvenes requieren una implicación y participación significativas por parte de estos.

Un foro actual para darles más voz podría encontrarse en los grupos de trabajo sobre COVID-19 que los países crearon con el fin

de recuperarse de la pandemia. La Comisión sostiene que la participación igualitaria de hombres y mujeres, el liderazgo de las mujeres y un mandato claro de integración de la perspectiva de género harían que los esfuerzos de recuperación resultasen más inclusivos y eficaces. Sin embargo, un examen de 137 de estos organismos reveló que solo 8 presentan paridad de género en su composición, mientras que 26 no cuentan con ninguna mujer <sup>12</sup>.

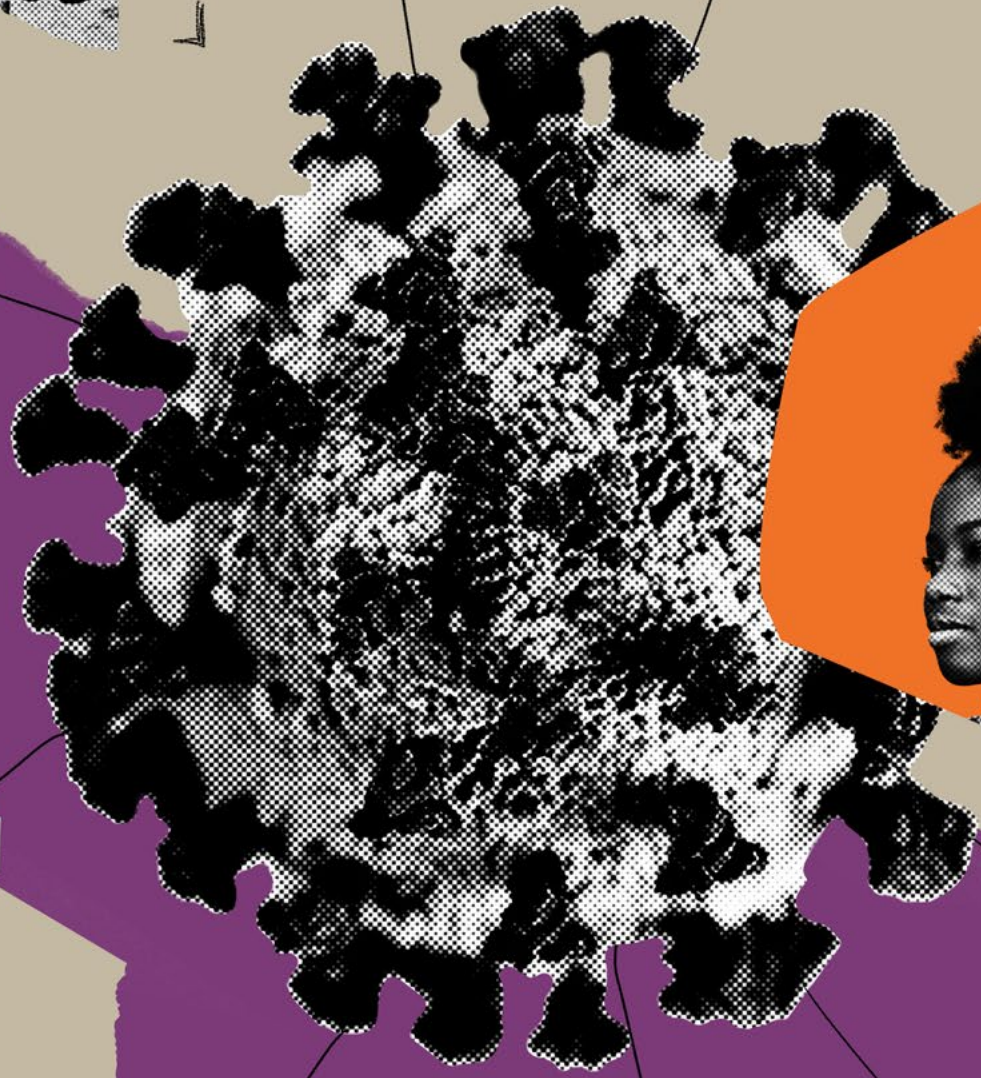
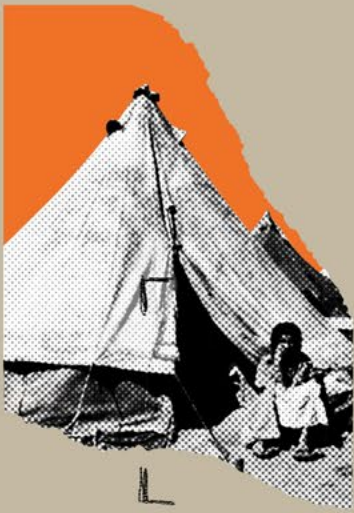


## **La Argentina consigue una ley histórica, no exenta de contradicciones para el ejercicio de los derechos**

En diciembre de 2020, tras años de protestas y campañas de grupos en favor de los derechos de las mujeres, la Argentina se convirtió en el país más grande de América Latina en legalizar el aborto sin restricciones durante el primer trimestre. Años atrás, en 2010, fue el primer país de su región en aprobar el matrimonio entre personas del mismo sexo, una medida a la que siguió, en 2012, la adopción de una de las legislaciones más progresistas del mundo en materia de identidad de género. La ley del aborto se atribuyó en gran medida a un enorme movimiento feminista al que contribuyó una masa crítica de mujeres que ahora están en el Parlamento, como resultado de una legislación que exigía la paridad de género entre los legisladores.

Como ejemplo de que la justicia sexual y reproductiva sigue siendo incompleta —a pesar de que se estén logrando avances—, una ley de 2006 aún permite a los médicos esterilizar a las mujeres a las que se las declara incapaces legalmente, por solicitud de un familiar o representante legal. Esto supone una vulneración flagrante del derecho a la autonomía corporal. Además, entra en conflicto con la adhesión de la Argentina a la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, donde se especifica que no se puede ignorar la voluntad de una persona con discapacidad.

Fuentes: Politi y Londoño, 2021; Pellettieri, 2021.





## 2

# DESIGUALDADES REVELADAS Y AGUDIZADAS POR LA COVID-19

La Comisión defiende que la profunda desigualdad del mundo de hoy en día pone de relieve la urgencia de su llamamiento a la justicia sexual y reproductiva y al cumplimiento acelerado de los compromisos de Nairobi. Los tres ceros dependen expresamente de los derechos y la justicia en todas las circunstancias y para todas las personas. Los compromisos de Nairobi también exigen la construcción de sociedades pacíficas, justas e inclusivas que no dejen a nadie atrás.

Esta aspiración es alcanzable, pero requiere un drástico cambio de rumbo en las pautas actuales de desarrollo, que no son ni justas, ni sostenibles, ni inclusivas. Más del 70% de la población mundial vive actualmente en medio de una creciente desigualdad de ingresos y riqueza<sup>13</sup>. El patrimonio de los multimillonarios se disparó en más de 3,9 billones de dólares entre marzo y diciembre de 2020, mientras que 4.000 millones de personas se veían privadas de una red de seguridad y de cualquier forma de protección social básica<sup>14</sup>. En cuanto a los indicadores de salud, el índice mundial de mortalidad materna evitable se mantiene obstinadamente elevado, a un nivel más de diez veces superior al objetivo mundial<sup>15</sup>; el 94% de las muertes se producen entre mujeres pobres de países de ingreso bajo<sup>16</sup>.

## MENSAJES CLAVE

- » La profunda desigualdad del mundo de hoy en día acentúa tanto la urgencia de la justicia sexual y reproductiva como de la consecución acelerada de los compromisos de Nairobi.
- » Los patrones de injusticia socavan la resiliencia y el bienestar de todas las personas. Revertir estas prácticas y restablecer un aumento de la cooperación y la confianza será la única manera de hacer frente con eficacia a las crisis mundiales cada vez más desafiantes que se advierten en el horizonte.
- » El COVID-19 ha agravado las desigualdades por razón de género, raza, edad, discapacidad y otros parámetros. Para muchos grupos, distintas formas de discriminación se entrecruzan, lo que aumenta los abusos contra ellos.
- » La reasignación de servicios y financiación procedentes de situaciones humanitarias debido al cambio de la atención por la pandemia es una preocupación importante que merma el apoyo, que ya de por sí era insuficiente, para la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género.

Para muchas personas, la tecnología digital se convirtió en un modo de hacer frente a los confinamientos y las restricciones durante la pandemia, pero la brecha digital sigue resultando insalvable para muchas más, lo que las condena a la pérdida de oportunidades de subsistencia y educación. A escala mundial, 3.700 millones de personas carecen de acceso a Internet; la mayoría son mujeres y niñas<sup>17</sup>. Solo el 15% de las mujeres de los países menos desarrollados utilizaron Internet en 2019, frente al 86% de las mujeres del mundo más desarrollado<sup>18</sup>.

La Comisión expresa su gran preocupación moral por el acaparamiento de vacunas contra la COVID-19 y los grandes desequilibrios existentes en el acceso a la vacunación como indicadores alarmantes de los patrones de injusticia que menoscaban la resiliencia humana y el bienestar de todas las personas. Revertir estas prácticas y restablecer un aumento de la cooperación y la confianza será la única manera de hacer frente con eficacia a las crisis mundiales cada vez más profundas que se advierten en el horizonte.

## **Una respuesta que a menudo ignora las cuestiones de género**

La Comisión considera que la COVID-19 agrava la ya profunda discriminación de género. Esto socava todos los compromisos de Nairobi y constituye un motivo de gran preocupación. Señala lecciones aprendidas en crisis anteriores pero que, lamentablemente, no se han tenido en cuenta: que el género debe ser una consideración primordial, desde el principio, y que las diferencias de género deben integrarse plenamente en todos los elementos de la respuesta a la crisis.

En términos más generales, dado que las desigualdades de género siguen resultando evidentes en todos los ámbitos de la vida, las medidas para transformar las disparidades deben ocupar siempre un papel central en todas las políticas públicas y procesos fiscales, respaldadas por una legislación y unos mandatos institucionales que las apoyen. La Comisión subraya que una

agenda de justicia sexual y reproductiva requiere también una definición inclusiva del género que abarque diversas orientaciones e identidades.

Durante los primeros seis meses de la pandemia, en los que los confinamientos atrapaban a algunas mujeres y niñas en situaciones de violencia en el hogar, el UNFPA estimó que podrían haberse producido 31 millones de nuevos incidentes de violencia por razón de género. Esta flagrante violación de derechos sobrevino como resultado de un cóctel tóxico de condiciones de vida en situación de confinamiento, presión económica y miedo al virus<sup>19</sup>. Dicha cifra se sumó así al desolador dato de que un tercio de las mujeres de todo el mundo sufre violencia por razón de género en algún momento de su vida.

Las mujeres, que en muchos casos ya habían comenzado la pandemia en desventaja por las diferencias de ingresos y activos, perdieron sus puestos de trabajo en mayor proporción que los hombres. La intensificación de las cargas del trabajo doméstico no remunerado no hizo sino aumentar, en detrimento de las mujeres, la brecha de un reparto que ya era desproporcionado antes del comienzo de la pandemia. Es probable que los crecientes índices de hambre que afectan a mujeres y niñas<sup>20</sup> arrastren a algunas de ellas al matrimonio infantil, las relaciones sexuales transaccionales o la trata de personas. Todos los riesgos asociados al hecho de ser mujer se agravaron en el caso de las mujeres relacionadas con otras categorías de vulnerabilidad, como la raza y la discapacidad, la pobreza y la condición de migrante o refugiada.

Otros indicios de discriminación de género se pusieron de manifiesto gracias al colectivo African Queer Youth Initiative (Iniciativa de la Juventud Queer Africana), que encuestó a jóvenes homosexuales de diez países africanos sobre la repercusión de la COVID-19 y reveló que 8 de cada 10 participantes sufrían dificultades económicas, mientras que solo unos 2 de cada 10 tenían la posibilidad de acceder a servicios de salud. Alrededor de una cuarta parte se encontraba en situación de falta de hogar, pero incluso cuando vivían juntos se sentían vulnerables a la persecución



por parte de las fuerzas del orden bajo el pretexto de “frenar” el coronavirus. Algunos se vieron obligados a residir con familiares homófobos, lo que se traduciría en un incremento de la violencia doméstica<sup>21</sup>.

Aunque muchas de las repercusiones de la pandemia en materia de género se han documentado detalladamente, incluso en los medios de comunicación, la Comisión considera evidente que la respuesta de los gobiernos y las organizaciones internacionales no tiene en cuenta las cuestiones de género. Una revisión de

más de 70 informes sobre COVID-19 elaborados por las Naciones Unidas y el Banco Mundial reveló que casi la mitad no hacía mención alguna de las necesidades específicas de las mujeres y las niñas<sup>22</sup>. Las evaluaciones de las medidas de estímulo y de protección social han detectado la existencia de desequilibrios de género en las ayudas a la agricultura, la industria y las personas desempleadas. Los programas dirigidos a las grandes empresas formales y al empleo, por ejemplo, pasan por alto la gran proporción de mujeres agrupadas en las empresas de menor tamaño y en el sector informal<sup>23</sup>.

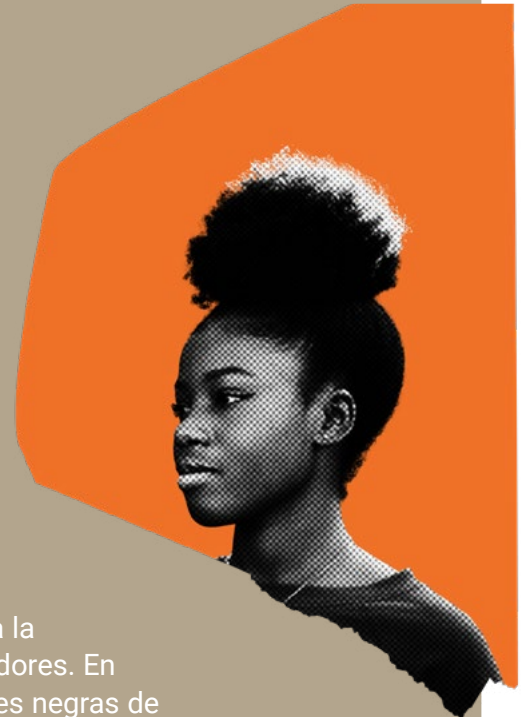
## **La justicia para las mujeres negras va más allá de la capacidad de elección**

Una gran cantidad de pruebas demuestran que el racismo está directamente relacionado con tasas más altas de muertes y enfermedad, también durante la pandemia. El racismo converge asimismo con el género, la orientación sexual, el nivel de educación, el nivel económico, la discapacidad y otras condiciones, y obstaculizan el acceso a la atención sanitaria. Corregir el racismo sistémico en la atención de la salud requiere un enfoque integral, como una agenda para la justicia sexual y reproductiva, que reconozca estas intersecciones.

Por ejemplo, para las mujeres afrodescendientes de numerosos países puede ser mucho más difícil acceder a métodos anticonceptivos modernos y a una atención prenatal y del embarazo por motivos que incluyen la asequibilidad de estos servicios y la distancia a la que se encuentran, además de las actitudes de los proveedores. En comparación con las mujeres blancas, mueren más mujeres negras de muertes maternas evitables y debido a la falta de acceso a asistencia en casos de violencia doméstica. Probablemente, sus ingresos también son más bajos.

En estos casos, la mera capacidad de elección, por ejemplo de un método anticonceptivo, es fundamental pero no suficiente. La autonomía corporal y el ejercicio del derecho a tomar decisiones sobre el embarazo también dependen de que las mujeres cobren unos salarios decentes, vivan en hogares seguros con agua limpia y aire puro, y sepan que pueden ofrecer a sus hijos un desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social adecuado.

Fuente: Consejo de Derechos Humanos, 2021b.



## Los adolescentes y los jóvenes pagan un alto precio

Son varios los compromisos de Nairobi que prometen mejorar la salud y el bienestar de jóvenes y adolescentes; sin embargo, la Comisión teme que la próxima generación, que ya se enfrentaba a numerosos desafíos antes de la pandemia, se esté quedando todavía más rezagada. Entre los 30 millones de personas que se vieron sumidas en la pobreza extrema en África durante los primeros 12 meses de la pandemia, la gran mayoría eran menores de 18 años<sup>24</sup>. Las disparidades entre las personas jóvenes y adultas se hicieron evidentes en el descenso del empleo, ya que el empleo juvenil cayó un 8,7% en 2020, frente al 3,7% del de las personas adultas de mayor edad<sup>25</sup>.

El cierre de las escuelas interrumpió la educación, incluida la educación sexual integral, aunque también dejó a algunos niños, niñas y jóvenes abandonados a su suerte en hogares violentos<sup>26</sup>. Un año después del inicio de la pandemia, la mitad del estudiantado del mundo sigue viéndose afectado por el cierre de las escuelas, lo que contribuyó en parte al aumento de los índices de trabajo infantil. Las grandes disparidades en el acceso a Internet dejaron aún más rezagados a los niños ya desfavorecidos<sup>27</sup>. La resistencia abierta y creciente a la educación sexual integral en muchos países ha supuesto

un obstáculo para los avances en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, y en lo que respecta a la igualdad de género.

La Comisión encontró numerosas pruebas alarmantes de cómo la discriminación por razón de género se ha combinado con la edad para generar amenazas adicionales. El riesgo de falta de escolarización era mayor para las niñas, a pesar de que resulta evidente que mantenerlas en la escuela constituye una de las estrategias más importantes para avanzar hacia el cumplimiento de los compromisos de Nairobi y la agenda de la CIPD.

El matrimonio infantil y los embarazos en la adolescencia son más comunes entre las niñas pobres y con un menor grado de escolarización. Debido a la pandemia, 2020 registró el mayor incremento de niñas casadas en 25 años, y es probable que otros 10 millones de niñas (por encima de las estimaciones anteriores a la COVID-19) contraigan matrimonio antes de 2030<sup>28</sup>. Se prevé que los embarazos de adolescentes también aumenten. Incluso antes de la pandemia, en 2019, el 43% de las adolescentes sexualmente activas de entre 15 y 19 años que querían evitar el embarazo no utilizaban métodos anticonceptivos modernos, lo que provocó 10 millones de embarazos no deseados y 5,7 millones de abortos. De los 12 millones de adolescentes que dan a luz cada año, casi 4 millones de jóvenes y adolescentes no lo hacen en un establecimiento sanitario<sup>29</sup>.

La pandemia ha supuesto una enorme carga para la salud mental, especialmente para el 20% de los niños y adolescentes del mundo que ya padecen una enfermedad mental, y teniendo en cuenta que el suicidio constituye una de las principales causas de muerte entre las personas de entre 15 y 24 años<sup>30</sup>. Una encuesta realizada entre adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe sugiere un deterioro significativo de la salud mental. Casi la mitad de las personas encuestadas se encontraban menos motivadas para realizar las actividades que normalmente

**Son varios los compromisos de Nairobi que prometen mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes y adolescentes, pero la Comisión teme que la próxima generación, que ya se enfrentaba a numerosos desafíos antes de la pandemia, se esté quedando todavía más rezagada.**

disfrutaban y el 15% había experimentado depresión en la semana anterior<sup>31</sup>. El Gobierno sudafricano respondió a estas preocupaciones en 2020 con la puesta en marcha de la línea telefónica de crisis Higher Health, que funciona las 24 horas del día, para ayudar a las personas jóvenes a hacer frente a la pandemia.

La Comisión está profundamente preocupada por el riesgo de que, a medida que alcancen la edad adulta, los adolescentes y los jóvenes se vean desviados de su camino por los efectos de las disparidades a las que se enfrentan en la actualidad, lo que los abocaría a tener que subsistir con menos educación y competencias.

## **Las dinámicas de género y las opciones de salud deficientes propician los desplazamientos en Venezuela**

La prolongada crisis política y económica de Venezuela ha generado una crisis regional de mayor magnitud de refugiados y migrantes. A este respecto, la dinámica de género ha añadido riesgos adicionales a la salud de las mujeres, las niñas y las personas LGBTQ+, tanto en Venezuela como en los países que acogen a quienes huyen. Muchas mujeres y niñas venezolanas son muy vulnerables al abuso y la explotación sexual; al mismo tiempo, les da miedo solicitar servicios y ayuda a las autoridades. En términos generales, el aumento de los riesgos para las personas que se desplazan afecta muy frecuentemente a su salud reproductiva y mental y a su situación nutricional.

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Venezuela y los países que acogen a refugiados y migrantes es limitado. Las infecciones por el VIH han aumentado en Venezuela, que es uno de los pocos países donde se ha reducido el acceso a los tratamientos antirretrovirales. La escasez extrema de métodos anticonceptivos hace de la esterilización quirúrgica la única opción para muchas mujeres. Allí donde hay disponibilidad de anticonceptivos, su costo se ha multiplicado por 25 desde el inicio de la pandemia. La mayoría de los embarazos no son planeados, y los embarazos adolescentes han aumentado un 65% desde 2015.

Para algunas mujeres venezolanas, las carencias de la atención sanitaria han sido un factor decisivo para decidir emigrar. Varias cruzan habitualmente la frontera con Colombia a fin de obtener servicios esenciales, como, por ejemplo, de atención prenatal. Sin embargo, la enorme magnitud de las necesidades, la escasez de recursos y la coordinación deficiente han incrementado las tasas de natalidad y la morbilidad materna entre los venezolanos reasentados en Cúcuta (Colombia). Un estudio del Perú reveló que solo un 25% de los venezolanos, aproximadamente, habían recibido un servicio de salud sexual y reproductiva durante el año anterior.

Fuente: CARE, 2020.



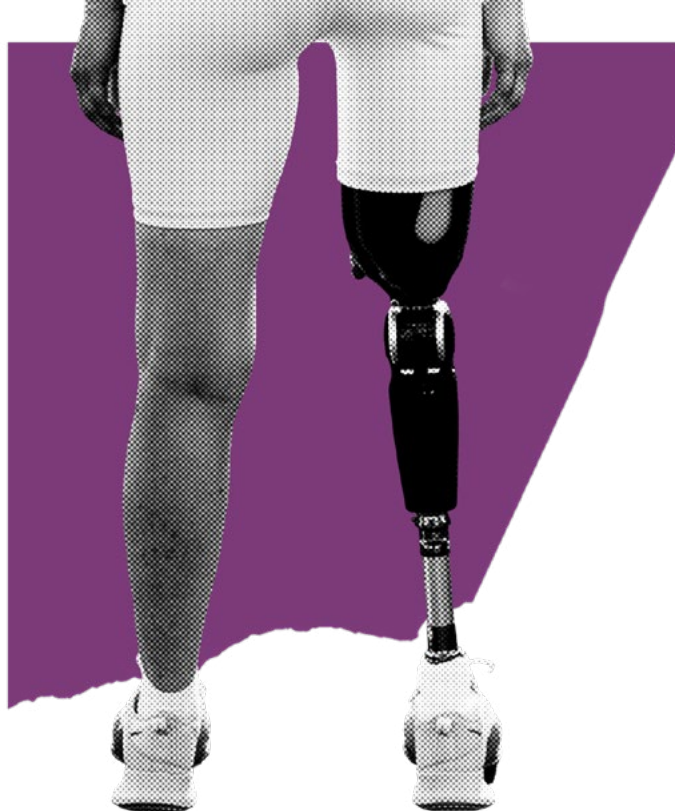
Las grandes probabilidades de que las desigualdades existentes se agraven más todavía, con las consiguientes repercusiones para los derechos humanos y para el desarrollo de sociedades enteras, subraya la urgencia de hacer que los servicios y el apoyo a los adolescentes y jóvenes formen parte de la recuperación.

## **Aumento de barreras ya elevadas para las personas con discapacidad**

La Comisión elogia los movimientos, cada vez más fuertes y directos, de las personas con discapacidad, que luchan en todo el mundo contra obstáculos a menudo enormes para lograr la justicia y reivindicar sus derechos, inspirando así el compromiso de Nairobi de garantizar que las personas con discapacidad se sientan valoradas y capaces de forjar sus destinos.

Algunas de las disparidades más marcadas en materia de derechos y autonomía corporal afectan a las personas con discapacidad, cuyas probabilidades de sufrir violencia, por ejemplo, son tres veces mayores que en el caso de las personas sin discapacidad<sup>32</sup>. Algunas siguen viéndose sometidas legalmente a la esterilización forzada, el extremo de un espectro de discriminación que incluye a las personas con discapacidad que no pueden acceder a la anticoncepción y, por tanto, carecen de la posibilidad de elegir a la hora de planificar una familia<sup>33</sup>. Los confinamientos y la escasez de servicios provocados por la pandemia acentuaron los obstáculos que ya existían en el acceso a la información y a los servicios. Los proveedores de cuidados no podían prestar asistencia. En algunos casos, las farmacias estaban cerradas o se encontraban más lejos y resultaba más difícil llegar a ellas. Surgieron nuevas barreras, como las dificultades de las personas sordas para leer los labios del personal de salud que llevaba mascarilla<sup>34</sup>.

Una encuesta mundial realizada a mujeres, personas no binarias y trans con discapacidad concluyó que la COVID-19 había acentuado



los abusos contra ellas, lo que confirma que las diferentes formas de discriminación se refuerzan entre sí. Las personas encuestadas temían verse privadas de asistencia sanitaria como resultado de la combinación de la discriminación con las deficiencias registradas en los servicios de salud. Asimismo, estas personas declararon tener dificultades para satisfacer sus necesidades básicas y manifestaron sentirse más preocupadas por su seguridad personal<sup>35</sup>.

## **Agravamiento de las crisis humanitarias**

La Comisión hace hincapié en el compromiso de Nairobi sobre la protección de los derechos y los servicios en contextos humanitarios y frágiles, y señala que la adopción de medidas para cumplirlo está muy rezagada y debería haberse concretado hace tiempo. Algunas de las desigualdades e injusticias más graves se producen en crisis humanitarias de todo tipo<sup>36</sup>. Las crisis aumentan la vulnerabilidad a la infección por VIH, los embarazos no deseados, la violencia sexual y por razón de género y el matrimonio infantil. Es en las situaciones de crisis donde se producen más de la mitad de las muertes maternas<sup>37</sup>.

Y la necesidad de reaccionar, y de hacerlo con rapidez, es cada vez más urgente. En 2020, incluso con las



restricciones motivadas por la COVID-19, se alcanzó la cifra récord de 82,4 millones de personas que huyeron de la persecución, el conflicto, la violencia o las violaciones de los derechos humanos, lo que supone un aumento de 2,9 millones de personas con respecto al año anterior<sup>38</sup>.

La Comisión está sumamente preocupada por la reasignación de los servicios y de la financiación en los contextos humanitarios como consecuencia de que la atención se haya desviado hacia la pandemia. Esto puede haber reducido el ya insuficiente apoyo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y a la igualdad de género. Un análisis de 15 crisis humanitarias en África concluyó de forma contundente que la respuesta a la COVID-19 resultó insuficiente para proteger los derechos de las mujeres y las niñas, ya que el 73% de las mujeres entrevistadas afirmó haber sufrido violencia por parte de su pareja y el 51% denunció violencia sexual en los primeros 10 meses de la pandemia. Un tercio manifestó que el matrimonio infantil había aumentado<sup>39</sup>.

Es posible que la gran atención política y mediática que se ha dado a la violencia contra las mujeres y las niñas durante la pandemia haya ocultado, en realidad, la inacción práctica al respecto, especialmente en contextos humanitarios. Las personas que gestionan programas relacionados con las crisis y destinados a responder a la violencia de género informaron de que la financiación se había retirado o reorientado a la prevención de contagios. En el Plan Mundial de Respuesta Humanitaria de 2020, la financiación de las actividades relacionadas con la violencia por razón de género solo representó un exiguo 0,48% del contingente total<sup>40</sup>.

La revisión de los indicadores de los compromisos de Nairobi que figura en el anexo A muestra que, en 2020, la financiación de la acción humanitaria encaminada a atender las necesidades específicas de las mujeres, las niñas y las personas jóvenes, en lo que respecta a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y a la violencia por razón de género, solo resultó suficiente en Asia Oriental y Sudoriental y en Oceanía. Las demás regiones se quedaron cortas.

**Es posible que la gran atención política y mediática que se ha dado a la violencia contra las mujeres y las niñas durante la pandemia haya ocultado, en realidad, la inacción práctica al respecto, especialmente en contextos humanitarios.**

A pesar de los numerosos desafíos, la Comisión valora positivamente el modo en que algunas organizaciones encontraron fórmulas para hacer llegar servicios de importancia vital a personas que se encontraban en situación de crisis durante la pandemia. Partiendo de los compromisos de la Cumbre de Nairobi, por ejemplo, el Comité Internacional de Rescate situó la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género como componentes centrales de su principal plan operativo, la Estrategia 100. Como resultado, esta organización amplió en 2020 sus servicios en 24 países, lo que contribuyó a evitar unos 159.500 embarazos no deseados mediante el uso de métodos anticonceptivos, a facilitar unos 180.000 partos seguros y a prestar unos 5.800 servicios clínicos a supervivientes de agresiones sexuales.



## **Las Parteras profesionales amplían el alcance de la atención aun lidiando con su propia marginalización**

Se ha demostrado que aumentar el número de partera profesional es una medida eficaz para dar cobertura a grupos que han sido social o económicamente marginados y mejorar la calidad de la asistencia. Las partera profesional pueden prestar un 90% de la atención necesaria en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos mediante su labor como parte integral de los equipos de atención sanitaria. Aumentar la dotación de partera profesional en países de ingreso bajo y mediano, capacitadas según los estándares de la Confederación Internacional de Matronas (ICM, por sus siglas en inglés), en pos de la cobertura universal de aquí a 2035, podría evitar un 41% de muertes maternas.

Ubicar a las partera profesional cerca de donde viven las mujeres, incluidas las comunidades marginadas, puede mejorar el acceso a la atención sanitaria de calidad y contribuir a eliminar barreras como las que a menudo surgen en torno al desplazamiento a centros sanitarios más remotos. Puesto que la mayoría de las partera profesional son mujeres, invertir en estas profesionales también reduce las desigualdades de género (entre otras), mediante el impulso del empleo de las mujeres. La contratación de personas diversas ofrece la oportunidad de reforzar la capacidad de representación de las poblaciones a las que prestan servicios, algo fundamental para generar experiencias positivas de cuidado, especialmente entre los grupos marginados. Si se las dota de una mayor libertad para trabajar con instituciones locales ajenas al sistema sanitario, como las escuelas, las partera profesional podrían ser voces influyentes para orientar normas y comportamientos sociales nuevos que ayuden a reducir la discriminación por razón de género y respalden la autonomía corporal.

Se han logrado algunos avances en el aumento del reconocimiento de la función fundamental de las partera profesional en la salud sexual y reproductiva, reforzado por la mejora de la capacitación y la inversión. No obstante, la pandemia ha sido testigo de cómo se dejaba de lado a las partera profesional. Las muertes de estas profesionales pronto instaron a la Confederación Internacional de Matronas a exigir a los gobiernos la inclusión de las partera profesional en la distribución de equipos de protección personal (EPP), en vistas de la prioridad de otros profesionales de la atención sanitaria en el suministro en algunos casos.

Según un estudio de la Confederación, más de la mitad de las 143 asociaciones de partera profesional de 124 países no habían recibido ninguna información sobre la COVID-19 por parte de las autoridades sanitarias. El estudio destacó, asimismo, la resiliencia y perseverancia de las partera profesional. Muchas de ellas siguieron ofreciendo asistencia a pesar de la escasez de recursos y la falta de remuneración, y adoptaron enfoques innovadores rápidamente para protegerse a ellas mismas y a sus pacientes.

Fuentes: Nove, Friberg, de Bernis *et al.*, 2020; ICM, 2020; ICM, 2021.

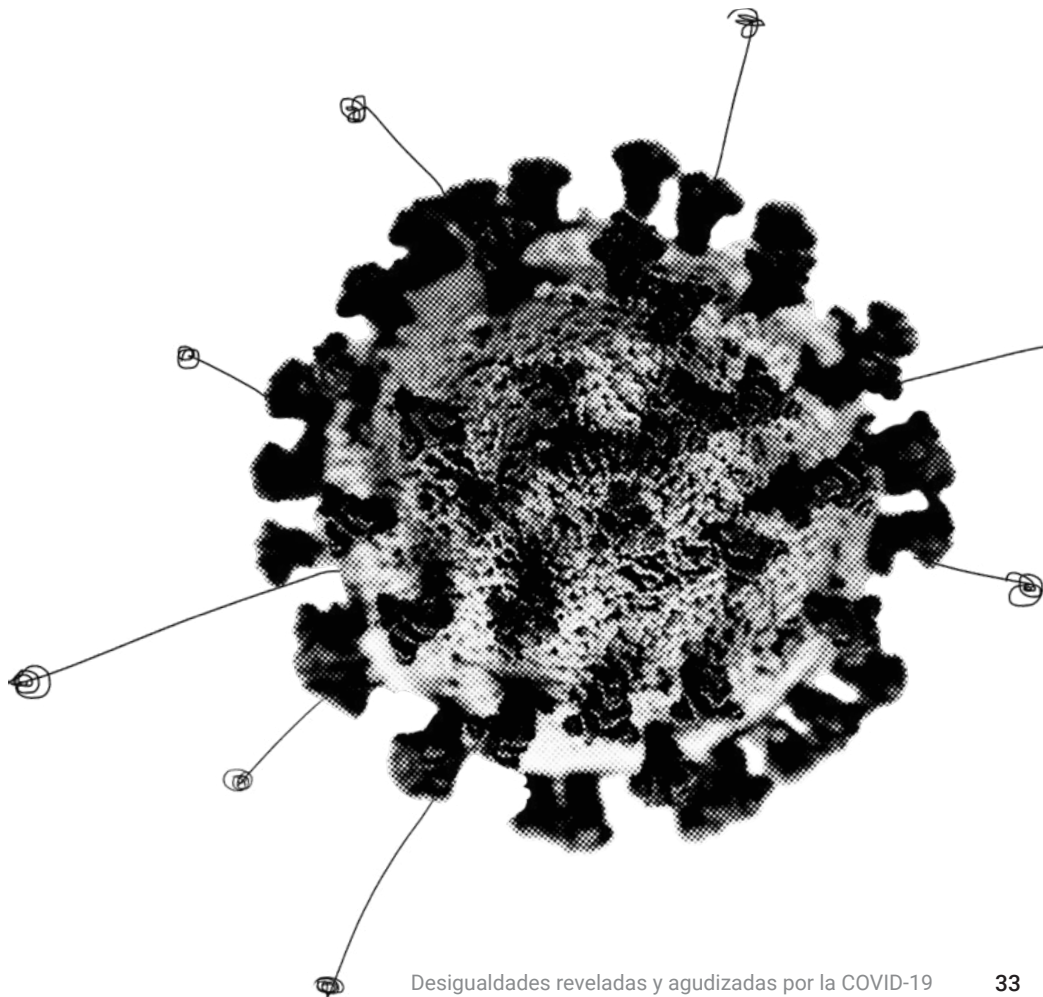
## Un punto de inflexión para subsanar las deficiencias

Al tiempo que ha agudizado las desigualdades, la pandemia también ha servido para que se tome mayor conciencia de ellas. El movimiento "Black Lives Matter", que surgió en países de todo el mundo, las disparidades extremas registradas en el acceso a las vacunas y los trágicos acontecimientos acaecidos en Afganistán, entre otros sucesos, han suscitado preocupación y motivado la búsqueda de justicia. Podríamos estar cerca de un punto de inflexión en el que se reconsideren los modelos de desarrollo que hasta ahora han sido incapaces de brindar justicia a tanta gente.

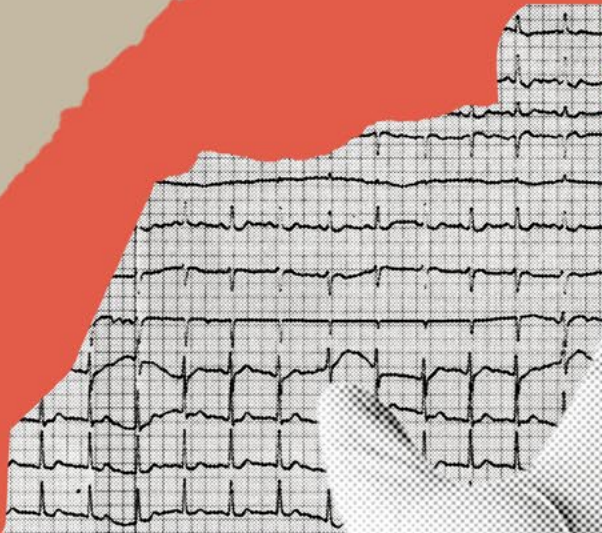
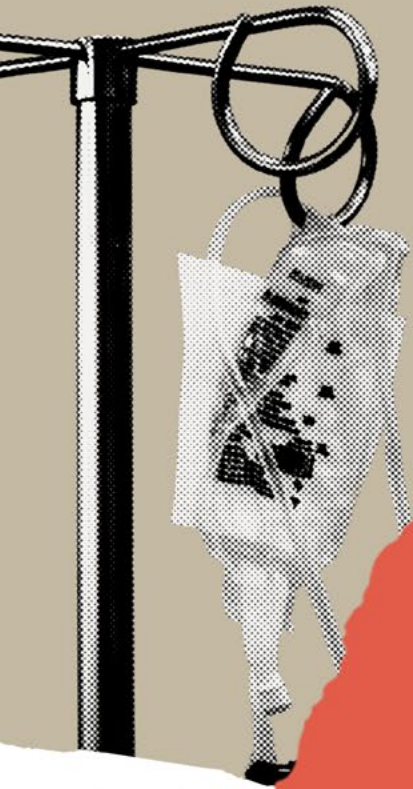
Aunque este es un momento turbulento, la Comisión se siente alentada por el creciente número de gobiernos y líderes políticos que entienden que invertir en salud es vital para la recuperación, lo que incluye esfuerzos concretos para llegar a los grupos de población que sufren discriminación y desigualdad<sup>41</sup>. La Comisión

**La Comisión recalca que la voluntad política podría ser un potente acelerador de los progresos que ya se están desarrollando, impulsados por las demandas de los movimientos populares para poner fin a las desigualdades y la injusticia, y basándose en décadas de conocimientos y soluciones de eficacia comprobada para cerrar las brechas existentes.**

recalca que la voluntad política podría ser un potente acelerador de los progresos que ya se están desarrollando, impulsados por las demandas de los movimientos populares para poner fin a las desigualdades y la injusticia, y basándose en décadas de conocimientos y soluciones de eficacia comprobada para cerrar las brechas existentes.







- GYN**
- ☒ Uterus
  - ☒ Length
  - ☐ Depth
  - ☐ Width
  - ☐ Endometrium
  - ☐ Cervix
  - ☐ Ri C
  - ☐



### Key insights

your  
atoms

Health Assistant

Your Cycle  
Report

Dive Into Your  
Cycle Day

1



Dist A 25.6 mm Dist B

17.1 mm Dist C 24.1 mm Dist D 20.3 mm



# 3

## ATENCIÓN EN SALUD: UNA ANTIGUA CRISIS QUE SE MANIFIESTA DE NUEVO

La Comisión considera que la COVID-19 ha sido una prueba de estrés para los sistemas sanitarios que muchos países no han logrado superar. Una evaluación rápida de la OMS reveló que a comienzos de 2021 el 90% de los países habían experimentado perturbaciones en los servicios esenciales<sup>42</sup>. Ello se debió a una prolongada falta de inversión en los sistemas sanitarios por parte de muchos gobiernos nacionales y donantes internacionales.

El poco calado de los compromisos políticos y financieros con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como las profundas raíces de la desigualdad de género, se vieron reflejados en decisiones que llevaron a interrumpir o retirar el financiamiento de la atención de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal e infantil esencial. Como reflejo de un patrón vigente en muchas partes del mundo, en Asia Meridional estos servicios disminuyeron un 50% en el segundo trimestre de 2020<sup>43</sup>.

### MENSAJES CLAVE

- » La COVID-19 ha evidenciado las consecuencias del fracaso a la hora de reforzar los sistemas sanitarios, hacerlos resilientes y universalmente accesibles, y tratar la salud y los derechos sexuales y reproductivos integrales como elementos esenciales, en línea con los compromisos de Nairobi.
- » Al mismo tiempo, parece que cada vez son más las personas que comprenden el valor de una atención sanitaria robusta e integral y están dispuestas a exigirla, lo que puede facilitar la aceleración de la agenda de la CIPD.
- » La pandemia ha generado preocupantes lagunas en la atención de la salud sexual y reproductiva, pero también ha abierto la puerta a nuevas formas de prestar asistencia que pueden favorecer la calidad y el acceso. Se ha demostrado sobradamente el potencial de mejora de la atención, tanto comunitaria como personal, así como del uso de las tecnologías digitales.
- » La nueva era de programas de salud sexual y reproductiva se debe basar en las necesidades y deseos expresados por los distintos grupos de población, y debe responder de manera específica a las diversas vulnerabilidades interrelacionadas, operando en un marco que aspire a garantizar derechos y justicia para todas las personas.

Es la primera vez que esta situación tiene un alcance global, pero no es algo nuevo, ya que han surgido problemas similares en epidemias y pandemias anteriores y otras formas de crisis. Estos problemas aparecen habitualmente cuando hay déficits de desarrollo sin resolver, pese a que restringen los derechos y la libertad de decisión de miles de millones de personas vulnerables. A juicio de la Comisión, esto revela una constante carencia de decisiones destinadas a reforzar sistemas sanitarios de alta calidad, hacerlos resilientes y universalmente accesibles, y tratar la salud y los derechos sexuales y reproductivos integrales como elementos esenciales, en línea con los compromisos de Nairobi.

**A juicio de la Comisión, esto revela una constante carencia de decisiones destinadas a reforzar sistemas sanitarios de alta calidad, hacerlos resilientes y universalmente accesibles, y tratar la salud y los derechos sexuales y reproductivos integrales como elementos esenciales, en línea con los compromisos de Nairobi.**

Como resultado, se ha dado un paso atrás en materia de justicia sexual y reproductiva, y se ha erosionado la autonomía corporal. Aunque esto resulta desalentador y debe revertirse rápidamente, también es evidente que hoy más personas que nunca comprenden el valor de una atención sanitaria sólida e integral, están dispuestas a exigir que se proporcione y la consideran una parte esencial de los movimientos en favor de la justicia racial, de género, de desarrollo y de otros tipos. La Comisión sostiene que la pandemia ha abierto perspectivas para repensar la atención sanitaria e incluso para acelerar la agenda de la CIPD y lograr una cobertura sanitaria universal.

## Los déficits en materia de atención se han agravado

Puede que la pandemia haya puesto al mundo en pausa, pero no ha ocurrido así en el caso de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, donde el tiempo suele ser un factor importante. La Comisión subraya el hecho de que el cierre de los servicios de salud sexual y reproductiva en muchos países tuvo consecuencias inmediatas: más muertes maternas, embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo, violencia de género y violaciones de los derechos de las personas.

Debido a la pandemia, se calcula que posiblemente unos 12 millones de mujeres no han podido acceder a los servicios de planificación familiar. La interrupción de los suministros y servicios se prolongó durante una media de 3,6 meses, lo que provocó hasta 1,4 millones de embarazos no deseados<sup>44</sup>. Entre las consecuencias a largo plazo se cuenta la degradación de la salud física y mental, la educación y la participación en la población activa; una pérdida que sufrirán tanto las familias como las comunidades y las sociedades en general<sup>45</sup>.

Suecia, donde la calidad de la atención es generalmente alta, registró descensos en las pruebas ginecológicas de citología vaginal y restricciones de asesoramiento en materia de anticonceptivos, al tiempo que se suspendió la labor de prevención del VIH<sup>46</sup>. En la Franja de Gaza, los tres principales proveedores de atención de la salud (el Ministerio de Salud, el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente y las ONG) redujeron los servicios de salud sexual y reproductiva y la planificación familiar hasta en un 90% en algunos lugares<sup>47</sup>. En la República Árabe Siria, la respuesta a la pandemia agotó rápidamente el presupuesto nacional de salud e interrumpió los programas de inmunización y de atención prenatal. En Sierra Leona, las mujeres, preocupadas por la posibilidad de ser detenidas si intentaban acceder a los servicios regulares durante los periodos de confinamiento, recurrieron a abortos en condiciones de riesgo como estrategia alternativa<sup>48</sup>.



Pese a los numerosos compromisos para abordar la violencia sexual y de género asumidos en la Cumbre de Nairobi por diversos gobiernos y en consonancia con los compromisos mundiales básicos, los servicios para supervivientes de la violencia de género de todo el mundo se vieron obligados a cerrar refugios. Muchos de ellos tuvieron dificultades para mantener su financiación incluso en cuestiones de apoyo básico, como las líneas telefónicas de asistencia. Se cerraron comisarías de policía y tribunales, lo que privó a los supervivientes de medidas de protección esenciales, como las órdenes de alejamiento. Debido al cese de operaciones de los programas para evitar la mutilación genital femenina, se espera que en la próxima década se produzcan 2 millones de casos adicionales.<sup>49</sup>

En 2021, dos terceras partes del conjunto de países siguieron informando de interrupciones relacionadas con el personal sanitario, mientras que una tercera parte tuvieron que hacer frente a interrupciones persistentes en las cadenas de suministro de medicamentos esenciales, diagnósticos y equipos de protección personal. El 43% de los países informaron de que afrontaban problemas financieros en la prestación de servicios. Entre los servicios más afectados se contaban los de planificación familiar y anticoncepción<sup>50</sup>. A finales de 2020, una encuesta de las asociaciones integrantes de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés) en seis regiones encontró que se habían producido mejoras significativas en el número de puntos de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva que habían reiniciado sus operaciones. Sin embargo, las discrepancias entre dichos servicios eran evidentes, siendo los servicios de anticoncepción los que tenían más probabilidades de recuperación o incluso de ampliación, mientras que los servicios de aborto eran los que tenían una menor probabilidad de funcionar a los niveles anteriores a la pandemia<sup>51</sup>.

La Comisión considera alentador ver que actualmente ha aumentado el número de países que han definido una serie de servicios básicos que deben mantenerse en situaciones de crisis<sup>52</sup>. Además, la mitad de las asociaciones integrantes de la IPPF han informado de que los gobiernos nacionales han incluido la salud sexual y reproductiva en los paquetes de servicios de salud esenciales<sup>53</sup>, aunque la meta es llegar al 100%. En septiembre de 2020, 52 países habían integrado la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, y la respuesta a ella, en los planes de respuesta a la COVID-19, y 121 países habían adoptado medidas para reforzar los servicios para las mujeres supervivientes<sup>54</sup>. Si bien el compromiso generalizado con la atención sanitaria representa un paso importante, la Comisión también advierte de que es necesario hacer especial hincapié en la justicia sexual y reproductiva a fin de evitar las carencias en los servicios y el riesgo de perpetuar las disparidades existentes.

### **Han surgido nuevas vías de atención de la salud**

La pandemia ha sido una progresión de momentos oscuros y desalentadores, pero la Comisión concluye que también ha marcado el comienzo de nuevas formas de brindar atención sanitaria que pueden mejorar su calidad y el acceso a ella. Los diversos países han intensificado sus esfuerzos en materia de comunicación sanitaria y han desarrollado sistemas para identificar y satisfacer mejor las necesidades más urgentes de los pacientes. Más de la mitad de los países han contratado personal sanitario adicional y han optado por métodos alternativos de atención de la salud, como las visitas domiciliarias, las prescripciones plurimensuales y la telemedicina<sup>55</sup>.

La Comisión constata que se ha demostrado sobradamente el potencial de mejora tanto de la atención comunitaria como personal. En Nepal, por ejemplo, empezó a practicarse el aborto autogestionado mediante telemedicina, después de que las organizaciones de la sociedad civil abogaran con éxito para que el Gobierno permitiera el uso

domiciliario de fármacos abortivos en consonancia con las recomendaciones de la OMS. En Australia, el Gobierno amplió los servicios de telesalud y permitió que el sistema de salud pública se hiciera cargo de su costo económico. Las consultas de telesalud en relación con el aborto médico temprano se incrementaron un 25%, lo que demuestra que este enfoque permite mejorar el acceso allí donde la distancia y el costo pueden ser un obstáculo, sumado al temor a infectarse por ingresar en un establecimiento sanitario<sup>56</sup>.

Albania habilitó la telemedicina en la atención prenatal,<sup>57</sup> mientras que el Uruguay estableció criterios para regular la atención obstétrica a domicilio e instituyó visitas a centros de salud "optimizadas", que incluían la prestación de múltiples servicios en una misma visita; también se facilitó el acceso a los anticonceptivos reduciendo los requisitos de las nuevas prescripciones. Asimismo, se evitaron las interrupciones en el suministro de medicamentos

## **Una respuesta práctica a la pandemia debe defender la autonomía corporal**

En marzo de 2020, el Reino Unido modificó su legislación para que las mujeres pudieran acceder temporalmente al aborto médico temprano en el domicilio. Esta medida redujo los tiempos de espera y mejoró la atención en las fases tempranas del embarazo. Un 80% de las mujeres afirmaron preferir la telemedicina y declararon que elegirían esta modalidad en el futuro. Esta respuesta demuestra que la telemedicina y la atención autogestionada no solo fueron una respuesta práctica a la pandemia, sino también una forma de respetar la autonomía corporal de las mujeres y de confiarles decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Fuente: FSRH, 2021.

antirretrovirales para el VIH combinando los métodos de entrega a domicilio, por correo o mediante un acuerdo previo con las farmacias.

Otras innovaciones impulsadas por la pandemia han permitido brindar educación integral de la sexualidad a distancia, proporcionar pruebas domiciliarias del virus del papiloma humano (VPH) y utilizar canales de WhatsApp para crear grupos de apoyo virtuales a jóvenes que viven con el VIH<sup>58</sup>. Botswana, donde existe una constante preocupación por la elevada tasa de mortalidad materna, utilizó drones para entregar suministros y productos de salud materna (incluidos medicamentos esenciales para la atención obstétrica, sangre, hemoderivados y muestras de laboratorio) a comunidades de difícil acceso<sup>59</sup>.

La Comisión también reconoce el valor de los servicios de atención de índole no digital que ganaron terreno. Estos incluyen la difusión de clínicas móviles de servicios de planificación familiar, la creación de centros de llamadas para pacientes y la delegación de funciones para ampliar la provisión de servicios<sup>60</sup>. Todos ellos siguen siendo vitales para llegar a muchos grupos marginados. En el Congo, el UNFPA desarrolló una solución novedosa estableciendo equipos sanitarios integrados por dos personas: una matrona y un psicólogo. Estos ofrecían servicios integrados en materia de salud sexual y reproductiva, salud mental y violencia de género a fin de complementar los esfuerzos de los equipos gubernamentales desplegados en zonas humanitarias afectadas por conflictos, inundaciones y la COVID-19.

## **Lograr que la salud y los derechos sexuales y reproductivos sean parte integral de los sistemas sanitarios**

Cuando el mundo se recupere de la pandemia, la Comisión subraya el hecho de que incrementar la solidez de los sistemas sanitarios exigirá la plena integración de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se requiere la máxima voluntad política para establecer una línea de acción sistemática basada en la financiación y la incorporación de cambios en todos los niveles, como ya están haciendo algunos países pioneros en la puesta en práctica de los compromisos de Nairobi.



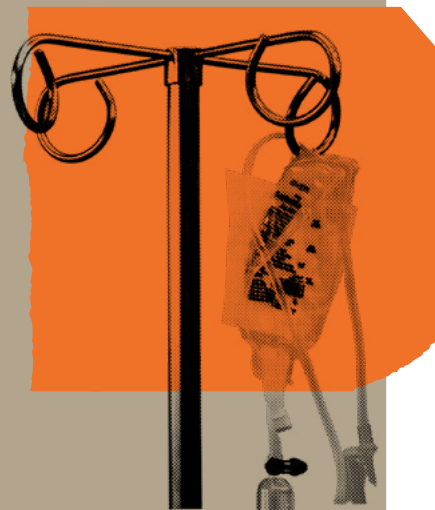
## Cumplimiento del compromiso de mantener los servicios

En la Cumbre de Nairobi, MSI Reproductive Choices se comprometió a lograr que no hubiese abortos en condiciones de riesgo y el acceso universal a los anticonceptivos de aquí a 2030. A pesar de las pésimas previsiones al comienzo de la pandemia de COVID-19, que estimaban que se podrían ver interrumpidos hasta un 80% de los servicios de MSI, estos prestaron atención de la salud sexual y reproductiva en 2020 a casi el mismo número de mujeres que Please note that we have deleted the article, since according to UN style, it should not be used before years., un total de 12,8 millones de usuarias en 34.000 emplazamientos. Cada día proporcionaban anticonceptivos, abortos seguros y servicios de atención tras el aborto a 35.000 personas, de conformidad con los marcos jurídicos locales. Uno de cada seis usuarios era menor de 20 años, un grupo etario que aún hace frente a obstáculos para el acceso en todo el mundo.

El mantenimiento de los servicios requirió la aplicación de métodos creativos. En Uganda, MSI facilitó anticonceptivos, en colaboración con el UNFPA, por medio de una aplicación de reparto similar a Uber. En Madagascar, obtuvo permiso del Gobierno para prestar servicios de autobús y transportar a las mujeres a sus centros de salud locales en condiciones de seguridad. Los nuevos métodos de aseguramiento de la calidad utilizaron la transmisión en directo de audio y vídeo en las auditorías clínicas, lo que ahorró tiempo y dinero y redujo la huella de carbono de la organización. Se lanzaron plataformas de chat en diez países, como Nepal, la República Democrática del Congo o Yemen, lo que facilitó a los agentes de MSI la gestión de los mensajes de WhatsApp y Facebook y les permitió proporcionar asesoramiento e información durante los confinamientos.

Estos esfuerzos han valido la pena. En 2020, MSI contribuyó a evitar 13,4 millones de embarazos no deseados, 5,6 millones de abortos en condiciones de riesgo y 35.000 muertes maternas.

Fuentes: MSI Reproductive Choices; véase el sitio web: [www.msichoices.org](http://www.msichoices.org).



La Comisión insta, asimismo, a iniciar una nueva era de programas de salud sexual y reproductiva basados en las necesidades y deseos expresados por los distintos grupos de población, y que respondan de manera específica a las diversas vulnerabilidades interrelacionadas, operando en un marco que aspire a garantizar derechos y justicia para todas las personas. Deben adoptarse medidas que garanticen de forma sistemática que la atención no sea discriminatoria, respete la dignidad individual y garantice plenamente los derechos y la libertad de decisión de las personas<sup>61</sup>.

Una de las lecciones que cabe extraer es que los sistemas sanitarios deben integrar deliberadamente tecnologías de salud digitales<sup>62</sup>. Esto incluye el reconocimiento explícito de los obstáculos potenciales relacionados con la pobreza, la falta de acceso y la limitada alfabetización digital. La incorporación de la igualdad digital en las políticas sanitarias garantizará un acceso justo y asequible, además de estar en consonancia con la justicia sexual y reproductiva.





\$

\$\$

\$

ICPD

200

EURO  
ΕΥΡΩ  
ΕΥΡΩ

100



# 4

## FINANCIACIÓN PARA LA RECUPERACIÓN, LA RESILIENCIA Y LOS DERECHOS

La Cumbre de Nairobi se comprometió a incrementar la financiación nacional e internacional a fin de garantizar la implementación plena, eficaz y acelerada del Programa de Acción de la CIPD. La Comisión es consciente de que en el momento actual no será fácil encontrar el dinero habida cuenta de las desaceleraciones económicas y las perturbaciones producidas en el empleo, las empresas y las fuentes de ingresos. La carga de la deuda pública se ha disparado en países que ya eran vulnerables, aumentando con ello el riesgo de austeridad.

No obstante, la Comisión recalca que ahora no es momento de desinvertir en salud sexual y reproductiva. Mantener e incrementar la inversión afecta a los derechos, la justicia y el desarrollo en general, un hecho largamente evidenciado por el alto rendimiento de este tipo de inversiones. Una mayor inversión en la atención preventiva de la salud sexual y reproductiva permite reducir los costos generales de la atención sanitaria; aumentan la productividad económica y los ingresos de los hogares; se avanza en materia de igualdad de género<sup>63</sup>, y mejoran las perspectivas demográficas tanto para los países con tasas de fecundidad más altas como para aquellos en los que son más bajas.

### MENSAJES CLAVE

- » La recuperación plena después de la pandemia depende de una financiación, nacional e internacional, que sienta las bases para que los sistemas sanitarios avancen hacia la cobertura sanitaria universal en línea con los compromisos de Nairobi.
- » La Comisión encuentra preocupante que, si bien los países se han comprometido recientemente a ampliar el alcance de los servicios sanitarios esenciales, no hay cambios sustanciales aparentes en la distribución de fondos adicionales.
- » Algunos donantes internacionales han hecho recortes radicales e injustificables en el apoyo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La Comisión advierte de manera contundente acerca de este tipo de retrocesos y pide garantías frente a las decisiones arraigadas en agendas de discriminación de género.
- » Para que la financiación de la atención sanitaria cumpla las ambiciones de los compromisos de Nairobi, debe concebirse en función de su complementariedad con otras inversiones que favorecen u obstaculizan los derechos y la autonomía corporal, como la inversión en educación para el empoderamiento económico de las niñas y las mujeres.

En suma, la recuperación plena después de la pandemia depende de una financiación que sienta las bases para que los sistemas sanitarios avancen hacia la cobertura sanitaria universal en línea con los compromisos de Nairobi. En lugar de replegarse y aplicar recortes presupuestarios y reducciones de plantilla, la Comisión invita a ser ambiciosos y tener visión de futuro, apostando por incrementar ambos aspectos. En ese sentido recalca los beneficios inmediatos para el bienestar humano, así como las ventajas de una mayor resiliencia frente a futuras pandemias y a la intensificación de los riesgos del cambio climático.

**No es el momento de frenar la inversión en salud sexual y reproductiva. Mantener e incrementar la inversión afecta a los derechos, la justicia y el desarrollo en general, un hecho largamente evidenciado por el alto rendimiento de este tipo de inversiones.**

## Los modelos de financiación son heterogéneos

Tanto los gobiernos nacionales como los donantes internacionales tienen un papel en la provisión de fondos para cumplir los compromisos de Nairobi y acelerar la agenda de la CIPD. En general, los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos se cuentan entre las intervenciones sanitarias más rentables y son asequibles para todos los países salvo los más pobres. Satisfacer las necesidades de todas las mujeres en materia de anticonceptivos, atención materna y neonatal en los países de ingreso bajo y mediano, por ejemplo, supondría una media de 9 dólares por persona al año, lo que representa solo una fracción del gasto total en atención sanitaria<sup>64</sup>.

Aun así, a la Comisión le preocupa que, si bien los países se han comprometido recientemente a ampliar el alcance de los servicios sanitarios esenciales, aparentemente no haya cambios sustanciales en la distribución de fondos adicionales<sup>65</sup>. Se dispone de muy pocos datos sobre los fondos destinados a derechos y servicios sexuales y reproductivos en el marco de los presupuestos nacionales de salud. Sin embargo, un estudio realizado en un grupo de países reducido pero diverso (que incluía Colombia, Kenya, Nigeria, Sudáfrica, Uganda y los Estados Unidos de América) reveló que la pandemia había llevado a reducir la prioridad de los servicios relacionados con la violencia de género y la salud sexual y reproductiva. El estudio concluía que dichos servicios tenían una financiación muy inferior a la necesaria en todos los países y que no llegaban a las personas más vulnerables, como los adolescentes, los migrantes y refugiados, las trabajadoras sexuales, las personas LGBTQI, y las poblaciones afrodescendientes e indígenas<sup>66</sup>.

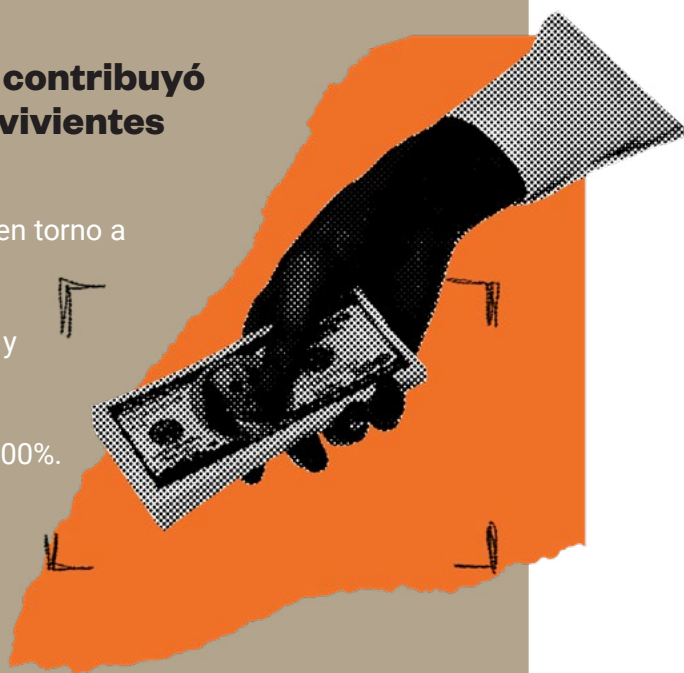
La Comisión advierte, asimismo, de que el elevado gasto directo en atención sanitaria se ha convertido en otra tendencia que debe revertirse para evitar penalizar aún más a las personas que ya son pobres y están marginadas<sup>67</sup>. Entre los ejemplos de cambios positivos cabe citar el hecho de que Etiopía haya definido la atención relativa a la fístula obstétrica como un servicio esencial de salud sexual y reproductiva exento de pago directo<sup>68</sup>.

La Comisión subraya la existencia de diferencias sustanciales en la forma en que los presupuestos de ayuda exterior han respondido a la pandemia. Algunos donantes internacionales, como el Reino Unido, han hecho recortes radicales y profundamente preocupantes<sup>69</sup> que se prevé que reducirán de manera significativa los servicios y suministros de salud sexual y reproductiva<sup>70</sup>. En cambio, otros han aumentado el gasto. En la Cumbre de Nairobi, 12 gobiernos donantes europeos y la propia Unión Europea recalcaron su apoyo político y financiero para completar la agenda de la CIPD. Entre 2019 y 2020, 8 de cada 12 donan-



## **Una rápida inyección de fondos contribuyó a mantener el apoyo a los supervivientes de la violencia de género**

Los grupos de la sociedad civil que trabajan en torno a la violencia por razón de género fueron de los primeros en avisar de que los casos de este tipo de violencia se estaban disparando y agravando durante los confinamientos de la pandemia. Las llamadas a las líneas de asistencia llegaron a aumentar cerca de un 800%. Numerosas organizaciones respondieron de forma rápida y creativa. Pero pronto fue evidente que, conforme crecían las necesidades, era más difícil acceder a financiación; también aparecieron nuevos gastos en el proceso de adaptación a los nuevos métodos de trabajo.



El Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para Eliminar la Violencia contra la Mujer es un recurso multilateral clave para los grupos de la sociedad civil que prestan servicios esenciales de prevención de la violencia y respuesta a ella. En 2020, apoyó a 150 proyectos en 71 países y territorios con casi 73 millones de dólares en subvenciones. Conforme empeoraban las consecuencias de la pandemia, el Fondo Fiduciario se reunió con la sociedad civil y representantes de los donantes y los gobiernos a fin de identificar los desafíos y las estrategias para hacerles frente, y trabajó directamente con los beneficiarios en la reasignación de fondos y la adaptación de programas.

Asimismo, favoreció una oportuna inyección de 9 millones de dólares de recursos adicionales para 44 organizaciones de la sociedad civil y de derechos de las mujeres en África Subsahariana, por conducto de la Unión Europea/Iniciativa Spotlight de las Naciones Unidas. Los beneficiarios o exbeneficiarios podían solicitar hasta el 43% de su subvención original. Estos fondos se emplearon para reforzar la resiliencia institucional, gestionar los riesgos y respaldar la recuperación.

Fuente: Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para Eliminar la Violencia contra la Mujer, 2021.

tes europeos aumentaron o mantuvieron su nivel de financiación en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. Los gobiernos europeos también reafirmaron la importancia de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, tanto en las respuestas oficiales a la pandemia de COVID-19 como en la ayuda humanitaria<sup>71</sup>.

Otra señal alentadora provino de los Estados Unidos de América, donde el Gobierno Federal levantó las restricciones ligadas a la llamada "ley mordaza global", que impedía que el país brindara asistencia sanitaria internacional a organizaciones que ofrecen la posibilidad de realizar abortos o que incluso proporcionan información al respecto.

Sin embargo, dada la presión que sufren los gobiernos para restaurar las economías nacionales, la tentación de recortar la ayuda exterior puede ir en aumento. La Comisión advierte de manera contundente acerca de este tipo de retrocesos y pide garantías frente a las decisiones arraigadas en agendas de discriminación de género.<sup>72</sup> También llama la atención sobre el hecho de que las asignaciones existentes van en la dirección equivocada y aún no responden

**Dada la presión que sufren los gobiernos para restaurar las economías nacionales, la tentación de recortar la ayuda exterior puede ir en aumento. La Comisión advierte de manera contundente acerca de este tipo de retrocesos y pide garantías frente a las decisiones arraigadas en agendas de discriminación de género.**

de manera justa a las necesidades en todas las facetas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Entre 2017 y 2018, según los últimos datos disponibles, el desembolso total de la ayuda oficial y privada en materia de salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo cayó de 7,19 a 6,57 dólares por mujer en edad reproductiva. La mayor parte del desembolso de la

ayuda en materia de salud sexual y reproductiva, un 68% del total, se destinó a una sola área: la lucha contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual<sup>73</sup>.

Un importante motivo de alarma para la Comisión es el hecho de que, mientras que en los países pobres los dispensarios tienen dificultades, por ejemplo, para disponer de suministros y opciones de anticoncepción adecuados, los movimientos que se oponen al feminismo, la autonomía corporal y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos reciben una generosa financiación "antigénero". Un informe elaborado en 2021 por el Foro Parlamentario Europeo documentaba que entre 2009 y 2018 un total de 54 organizaciones habían generado 707,2 millones de dólares para este tipo de actividades. La mayoría de ellas se encuentran en la Federación de Rusia, los Estados Unidos de América y Europa<sup>72</sup>.

Algunas organizaciones filantrópicas y empresas han asumido y cumplido diversos compromisos para financiar la salud y los derechos sexuales y reproductivos, un hecho que la Comisión aprecia enormemente. En la Cumbre de Nairobi, la Fundación Ford se comprometió a respaldar a las organizaciones de derechos de las mujeres, los movimientos feministas y las organizaciones dirigidas por niñas que trabajan para prevenir y dar respuesta a la violencia de género. Aparte de las inversiones previstas en programas con base empírica para prevenir la violencia y reducir la impunidad, la fundación proporcionó 50 millones de dólares adicionales para financiar movimientos en favor de los derechos de las mujeres durante la pandemia de COVID-19. También ha trabajado con gobiernos donantes y con el Equality Fund a fin de impulsar una mayor financiación para organizaciones feministas y dirigidas por niñas en el Sur Global.

Bayer Corporation se comprometió a impulsar la producción de anticonceptivos reversibles de acción prolongada en la Cumbre de Nairobi, y logró este objetivo en 2020 con un aumento del 31% con respecto a 2019. Junto con la Fundación Bill y Melinda Gates, la compañía contribuyó a

The Challenge Initiative de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, que aspira a encontrar enfoques “empresariales inusuales” para financiar y ampliar la planificación familiar para los pobres de las zonas urbanas. Bayer se unió a la Cruz Roja Alemana para seguir apoyando las actividades de planificación familiar en situaciones de crisis humanitarias.

## Financiar sistemas sanitarios más sólidos

La COVID-19 sacó a la luz las deficiencias arraigadas de los sistemas sanitarios en materia de gestión, coordinación, datos y finanzas. A la Comisión le preocupan las pruebas que demuestran que dichas deficiencias han tenido efectos sanitarios, sociales y económicos que han costado muchas vidas. Por ello acoge los llamamientos en favor de sistemas sanitarios más integrados y resilientes que aspiren a la cobertura universal, la seguridad sanitaria y la igualdad, entendiendo que estos deben basarse en servicios integrales para la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Dichos sistemas protegen y empoderan a las personas y constituyen uno de los pilares de la seguridad humana.

La OMS ha sugerido que las inversiones en los sistemas sanitarios tienen efectos “multiplicadores” en el resto de la economía mayores que los de las inversiones en otros sectores, y deberían ser una prioridad para la recuperación<sup>74</sup>. Sin embargo, los primeros signos de posibles compromisos para financiar sistemas sanitarios más sólidos no resultan alentadores. A comienzos de 2021, por ejemplo, la mayor parte de las contribuciones al Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 de la OMS se habían asignado a vacunas, con solo un 6% destinado a los sistemas de atención sanitaria pese a su importancia fundamental en la preparación y respuesta frente a la pandemia<sup>75</sup>.

A finales de octubre de 2020, basándose en datos de la OMS, el Fondo Mundial de Lucha contra

el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el Banco Mundial calcularon que ayudar a gestionar la pandemia a los sistemas sanitarios de los países más pobres costaría 9.700 millones de dólares, incluyendo la protección de los trabajadores sanitarios de primera línea, la atención clínica, las cadenas de suministro en el país y el seguimiento de datos. Aparte de mejorar la respuesta a la

## El costo de los tres principales compromisos de Nairobi

Se calcula que son necesarios 264.000 millones de dólares para alcanzar los compromisos de Nairobi en torno a los tres ceros de aquí a 2030. A escala mundial, poner fin a las muertes maternas evitables tendrá un costo de 115.500 millones de dólares; satisfacer las necesidades insatisfechas de planificación familiar, de 68.500 millones de dólares, y eliminar la violencia de género y las prácticas nocivas, de 79.400 millones de dólares.

El costo total (264 millones de dólares) es elevado. El déficit de inversión actual, tanto de donantes extranjeros como de presupuestos públicos nacionales o intereses privados, es de 222.000 millones de dólares para los próximos 10 años. No obstante, si no se hace nada por reducirlo, los costos serán desproporcionadamente mayores, en términos financieros, se perderán vidas o estas se verán afectadas por enfermedades, y generaciones enteras quedarán privadas de la posibilidad de desarrollar todo su potencial.

Fuente: UNFPA, 2020b.



COVID-19, esto sentaría las bases para establecer sistemas sanitarios más sólidos cuando los países salgan de la crisis<sup>76</sup>.

La experiencia sugiere que los progresos en ese sentido dependen en gran medida de que exista una cobertura universal financiada con fondos públicos<sup>77</sup>. La Comisión subraya el hecho de que las reformas fiscales progresivas y una mayor eficiencia en la recaudación de impuestos pueden mejorar la generación de ingresos<sup>78</sup>. Otras fuentes de ingresos incluyen los bonos de desarrollo sostenible o los mecanismos innovadores de canje de deuda vinculados al logro de objetivos de salud. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria tiene un programa, Debt2Health, que convierte los reembolsos de la deuda en inversiones en salud que salvan vidas. A finales de 2020,



## **Argumento a favor de la inversión en pequeños Estados insulares en desarrollo**

Un estudio de inversión en cinco pequeños Estados insulares en desarrollo del Pacífico —Islas Salomón, Kiribati, Samoa, Tonga y Vanuatu— demuestra la gran rentabilidad que ofrece la inversión que se destina a alcanzar el 95% de la cobertura de los servicios de salud materna y conseguir un 0% de necesidades de planificación familiar insatisfechas. El estudio hacía una comparación con la cobertura actual, que se redujo en 2020 y 2021 a consecuencia de la pandemia. Con un total de 13,4 millones de dólares adicionales entre 2020 y 2030, los cinco países podrían alcanzar ambas metas. Además, esto evitaría un 38% más de embarazos no deseados, un 28% de mortinatos y un 29% de muertes maternas. También se estima que podría suponer un beneficio económico 11 veces superior, de 149,7 millones de dólares.

En cuatro países del Caribe —Barbados, Guyana, Jamaica y Santa Lucía—, se necesitarían 18,8 millones de dólares adicionales para alcanzar las metas y evitar un 23% de embarazos no deseados, un 23% de mortinatos y un 25% de muertes maternas. El beneficio económico en este caso sería 20 veces superior, de 375,4 millones de dólares.

Fuente: UNFPA, 2021c.



Australia, Alemania y España habían cancelado las deudas de 10 países en desarrollo, que a su vez invirtieron casi 180 millones de dólares en programas nacionales de salud<sup>79</sup>.

## **Una visión más amplia de la inversión**

La Comisión sostiene que, para que la financiación de la atención sanitaria cumpla las ambiciones de los compromisos de Nairobi y defienda la justicia sexual y reproductiva, debe concebirse en función de su complementariedad con las inversiones en otros ámbitos que favorecen u obstaculizan la realización de derechos y la autonomía corporal. Enmarcar el tema en un conjunto más amplio de preocupaciones ayuda a comprender y aprovechar el modo en que las diferentes cuestiones se complementan entre sí, al tiempo que se evitan las contradicciones.

Invertir en servicios adecuados de agua y saneamiento mejora, por ejemplo, la higiene y la salud menstrual, y también aumenta las probabilidades de que las niñas permanezcan en las escuelas. Los servicios de energías renovables modernas pueden proteger a las mujeres de la labor extenuante que supone la

recogida de leña y combustibles similares, así como de la contaminación del aire en lugares cerrados, que resulta perjudicial para la salud, también durante los embarazos. La financiación de los sistemas educativos debe centrarse en revertir las pérdidas que ha sufrido la educación de las niñas y en introducir una educación sexual universal, de calidad e integral que haga hincapié en su capacidad de decisión y empoderamiento. El desarrollo de estas capacidades ayudará a las niñas a exigir su autonomía corporal a lo largo de sus vidas, a ser ciudadanas seguras y productivas, y a romper los ciclos intergeneracionales de pobreza.

El empoderamiento económico de las mujeres refuerza su capacidad para ejercer su autonomía corporal y viceversa. Además de haber perdido más empleos que los hombres durante la pandemia, las mujeres han tenido una mayor dificultad para volver a sus puestos de trabajo. Los servicios de atención, ciertas políticas de empleo específicas y los programas de protección social con perspectiva de género, que forman la base de los paquetes de estímulo y recuperación, son algunas de las medidas que respaldan y mejoran la autonomía de las mujeres<sup>80</sup> y, por ende, su capacidad para planificar su futuro y tomar sus propias decisiones.

PERSEVERAR EN EL CAMINO DEL PROGRESO



# 5

## RENDICIÓN DE CUENTAS EN MATERIA DE JUSTICIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Cumbre de Nairobi mostró la vasta diversidad de personas que apoyan la salud y los derechos sexuales y reproductivos y están dispuestas a ampliar la demanda de justicia a escala mundial. Su aspiración, representada en los compromisos de Nairobi, es muy poderosa, y la Comisión de Alto Nivel considera que logrará vencer a las fuerzas que aún se oponen a ella.

En este sentido, la Comisión cree que el cambio ocurre a un ritmo demasiado lento y esporádico y para muy pocas personas, una realidad patente a finales de 2021. Al tiempo que el Tribunal Supremo de México despenalizaba el aborto, el estado fronterizo de Texas en los Estados Unidos de América prohibía dicho procedimiento a partir de las seis semanas, un plazo en el que muchas

### MENSAJES CLAVE

- » La justicia sexual y reproductiva en el mundo no puede esperar. Los movimientos populares exigen justicia y derechos humanos, y se deben fomentar como motores de cambio y rendición de cuentas. Al mismo tiempo, a la Comisión le preocupa el aumento de las reacciones opuestas y el uso de la pandemia para impulsar agendas regresivas.
- » Algunos países están movilizando la voluntad política y creando mecanismos nacionales para encauzar el progreso hacia los compromisos de Nairobi, y pueden servir de ejemplo a otras naciones. El aumento del uso de los compromisos en el examen periódico universal también es alentador.
- » La Cumbre de Nairobi demostró el incalculable valor de la solidaridad mundial y puso en marcha una arquitectura más rigurosa para la rendición de cuentas construida sobre la base de la colaboración entre numerosos aliados para impulsar la justicia sexual y reproductiva.
- » La Comisión considera que la capacidad de decisión y la autonomía corporal son lo que la mayoría de personas desea y lo que todas las personas merecen.



mujeres aún desconocen que están embarazadas. Melissa Upreti, Presidenta del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas, describió la ley de Texas como una “discriminación estructural por razón de sexo y género en su mayor exponente”<sup>81</sup>.

La Comisión subraya que la justicia sexual y reproductiva no puede esperar. Debemos respaldar los derechos y compromisos con todo el peso de la solidaridad nacional y mundial e insistir en la rendición de cuentas, a fin de que estos cobren relevancia más allá del papel y las salas de conferencias. Las personas deben ser capaces de reclamar la aspiración de la Cumbre de Nairobi a lo largo de sus vidas.

**Las personas  
deben ser  
capaces de  
reclamar la visión  
de la Cumbre de  
Nairobi a lo largo de  
sus VIDAS.**

## Movilización ciudadana

La Comisión ve con optimismo la vehemencia de los movimientos ciudadanos que demandan justicia y derechos en todo el mundo. Se debe alentar y apoyar a estos movimientos como impulsores de acción y responsabilidad social que se amplían del plano local al mundial. Muchos de estos movimientos son impulsados por jóvenes que no conciben un futuro para sí mismos en políticas y patrones de desarrollo injustos y excluyentes.

En 2020, por ejemplo, activistas en los Estados Unidos de América y otros países tomaron las calles durante meses para apoyar el movimiento “Black Lives Matter”. En Irlanda, Maldivas y Turquía<sup>82</sup> surgieron protestas que reivindicaban acción para acabar con la violencia por razón de género. En Bangladesh, después de que un vídeo en el que unos hombres agredían sexualmente a una mujer se hiciera viral, estallaron protestas contra las “promesas vacías” y la inacción frente al alarmante aumento de la violencia sexual<sup>83</sup>. En Polonia, varios grupos desobedecieron las restricciones asociadas a la COVID-19 para protestar contra una prohibición casi total del aborto a mediados de 2021<sup>84</sup>.

Tras años de presión por parte de movimientos de mujeres, Chile hizo historia a principios de 2021 al convertirse en el primer país donde un número igualitario de mujeres y hombres iniciaban la redacción de una nueva constitución. Está previsto que el texto ponga el foco en los derechos de las mujeres y los grupos minoritarios, también en los pueblos indígenas, y que recule en las limitaciones actuales que coartan la autonomía corporal, lo que incluye el aborto y la igualdad en el matrimonio<sup>85</sup>.

A pesar de estos avances positivos, la Comisión también ha observado reacciones adversas continuas y, en algunos casos, intensificadas. El momento actual de polarización política fomenta ideologías sociales regresivas, y la Comisión ha encontrado pruebas de que dichas fuerzas están aprovechando la pandemia para avanzar en sus agendas. Así ocurrió en Rumania con la decisión de no incluir el aborto en una lista de servicios esenciales, lo que provocó una disminución dramática del acceso a este procedimiento<sup>86</sup>.



En Namibia, Sudáfrica y Zambia, han surgido movimientos de oposición a una educación sexual integral. En Ghana, se levantó una ola de estigma y discriminación contra las personas LGBTQ+ después que los líderes religiosos del país les acusaran de provocar la pandemia. Los líderes ortodoxos de Georgia proclamaron que el COVID-19 era un castigo de Dios por el matrimonio entre personas del mismo género y el aborto<sup>87</sup>.

La Comisión denuncia como se ha reducido el espacio de la sociedad civil mediante el uso deliberado de medidas de confinamiento que han frenado actividades y la libertad de expresión. Otras presiones se han manifestado en forma de recortes de financiación. Las dificultades para mantener la labor de sensibilización en foros virtuales provocaron que las organizaciones de la sociedad civil se unieran a algunos Estados Miembros de las Naciones Unidas en 2021 en el lanzamiento de la campaña #UNmuteCivilSociety (desenmudecer a la sociedad civil).

## Mecanismos para el seguimiento de los países

A pesar de la complejidad de la situación actual, algunos países han movilizado la voluntad política y han creado mecanismos nacionales para encauzar el progreso en los compromisos de Nairobi. La Comisión considera muy alentadores estos movimientos y los destaca como ejemplos que deben seguir otras naciones. Por citar algunos, Ruanda ha establecido un plan de acción nacional para acelerar la aplicación de los compromisos relacionados con el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de aquí a 2030. El plan prioriza el logro de los tres ceros y está plenamente armonizado con una estrategia más amplia del sector de la salud que identifica las funciones y responsabilidades de varios agentes, así como los recursos necesarios.

El Ministerio de Asuntos Económicos de Mauritania está diseñando un plan de vigilancia para llevar a cabo el seguimiento de la integración de los compromisos de Nairobi

en las políticas y los programas de desarrollo sectoriales. Por su parte, el Ministerio de Salud de Nigeria se ha comprometido formalmente a respetar una asignación anual de 4 millones de dólares a la planificación familiar. Angola integró los compromisos de Nairobi en los planes de trabajo de su Ministerio de Salud, entre los que se incluyen unos servicios de salud municipales adaptados a los jóvenes.

Kazajstán ha avanzado en la aplicación de los compromisos de la Cumbre para reducir la edad a la que se pueden recibir servicios de salud sin consentimiento parental. La nueva regulación permite el acceso de los adolescentes a estos servicios sin consentimiento parental a partir de los 16 años. La República Dominicana ha elaborado nuevos planes nacionales para prevenir los embarazos adolescentes, así como para evitar la violencia contra las mujeres y darle respuesta. Viet Nam ha incorporado compromisos en varios documentos de políticas, por ejemplo, en relación con la mejora de la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, una hoja de ruta nacional de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), y un plan de acción nacional en materia de salud materna y neonatal.

La Comisión destaca el valor de tener en cuenta más opiniones diversas a la hora de adoptar decisiones nacionales relacionadas con los compromisos de Nairobi. Los jóvenes y los grupos marginados han formado parte de iniciativas en Camboya, Djibouti Ecuador, Filipinas, Iraq, Madagascar, Malawi, Malí, México, la República de Macedonia del Norte, Sudán, Tailandia y Zimbabwe. El Sudán ha formado un grupo de coordinación de la cumbre que

**La Comisión cree que el cambio se está produciendo a un ritmo demasiado lento y esporádico y está siendo efectivo solo para unas pocas personas.**

vincula a los especialistas de los ministerios, la sociedad civil, los medios de comunicación, el mundo académico y los grupos de activistas, y ha elaborado una hoja de ruta y establecido una serie de prioridades para un plan de aplicación integral de la CIPD.

También han surgido y se han adoptado sistemas regionales y subregionales de

seguimiento de los compromisos de Nairobi en las comisiones económicas regionales de las Naciones Unidas en Asia y el Pacífico, Europa y Asia Central. La Comisión reconoce la gran importancia de estos sistemas para generar un mayor impulso y prestar apoyo transfronterizo. Podrían, además, proporcionar un foro en el que los países en desarrollo cooperen y compartan experiencias, por ejemplo, a través de vínculos

## **Algunos países están trabajando en una recuperación (feminista)**

Aunque la perspectiva de género no ha estado demasiado presente en la recuperación de la pandemia, hay países que han dado grandes pasos en este sentido, en parte gracias al liderazgo de las mujeres. Chrystia Freeland, la primera mujer Ministra de Finanzas del Canadá, formó un equipo de tareas compuesto únicamente por mujeres para que el presupuesto de 2021 se orientara a una “recuperación feminista e interseccional”. Mercedes D’Alessandro, la primera Directora Nacional de Economía, Igualdad y Género de la Argentina, ha impulsado iniciativas gubernamentales de recuperación a fin de ampliar la infraestructura de la asistencia, empujar a más mujeres a industrias dominadas por los hombres y aumentar las opciones para los progenitores que trabajan a distancia.

El Congreso de Colombia ha promovido un enfoque con perspectiva de género por medio de la Comisión Legal para la Equidad de la Mujer, que solicitó que las medidas de prevención y respuesta a la violencia se consideraran servicios esenciales durante la crisis, y lanzó la campaña de sensibilización pública #MujeresSinVirusdeViolencia. Colombia también ha establecido un fondo dedicado a mujeres emprendedoras y ha creado una plataforma digital para ayudar a 30.000 mujeres a desarrollar negocios en línea. Marruecos ha ayudado a las cooperativas de mujeres agrícolas a vender productos en Internet, y en Egipto, Georgia y Guatemala se está dando prioridad a las empresas dirigidas por mujeres con miras a estimular sus economías.

En México, un grupo de trabajo dirigido por el portavoz de la cámara de diputados cuenta con mujeres diputadas como representantes de todos los comités y grupos parlamentarios, incluidos los comités de igualdad de género y justicia. Durante la respuesta a la pandemia, el grupo de trabajo coordinó decisiones presupuestarias como, por ejemplo, solicitar a los bancos de desarrollo la paridad de género en sus juntas directivas o desarrollar productos y servicios que dieran respuesta a las necesidades específicas de las mujeres en materia de ahorros, crédito e inversión.

Fuente: Nugent, 2021; Unión Interparlamentaria (UIP), 2020.

con Asociados para la Población y el Desarrollo, una organización intergubernamental formada por 27 países en desarrollo que promueve la cooperación en favor de la salud reproductiva.

## Los parlamentarios establecen y supervisan normas nuevas

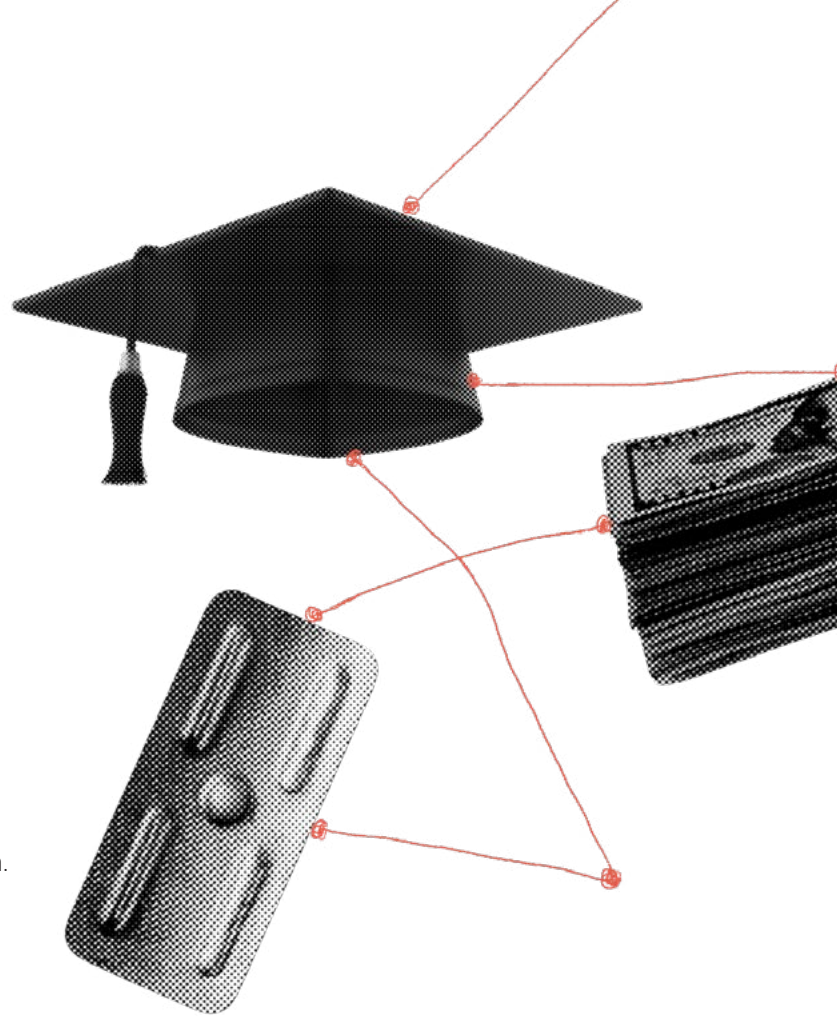
La Comisión considera que las autoridades parlamentarias ostentan puestos de responsabilidad. Sus funciones legislativas, supervisoras y presupuestarias pueden alterar drásticamente la situación de la igualdad de género y la justicia sexual y reproductiva. En los últimos años, los parlamentarios han aprobado una cantidad sin precedentes de leyes para poner fin a la violencia contra las mujeres y han encauzado mejoras en la calidad de la legislación. En 2020, por ejemplo, el Parlamento de Yibuti adoptó una ley que reforzaba la asistencia integral para las supervivientes de la violencia contra las mujeres y las niñas.

La Comisión también reconoce que los parlamentos pueden ser fuentes de oposición a los derechos y la justicia allí donde los grupos fundamentalistas ejercen una influencia significativa. En algunos casos, esto se traduce en acoso y abuso contra los parlamentarios que respaldan la igualdad de género y la justicia sexual y reproductiva. La Comisión reconoce los parlamentos como lugares para el intercambio de puntos de vista diferentes, pero defiende que la única respuesta adecuada a la violencia es la tolerancia cero.

En opinión de la Comisión, los parlamentarios deben asumir una función de liderazgo en la movilización de voluntad y la rendición de cuentas para las viejas y nuevas brechas en la justicia sexual y reproductiva. Por ejemplo, en los últimos decenios, 50 países han liberalizado la legislación sobre el aborto, con una mezcla de reformas incrementales y transformadoras. Sin embargo, 700 millones de mujeres en edad de procrear siguen sin tener acceso a una aborto legal y seguro<sup>89</sup>, lo que se contradice de

manera flagrante con su derecho a la autonomía corporal. Una de las preocupaciones emergentes incluye la avalancha de contenido misógino y violento en línea que se usa para silenciar y oprimir a las mujeres y las niñas y que a menudo sirve de herramienta de persecución política. En su mayoría, este tipo de prácticas no están controladas ni reguladas. Los grupos parlamentarios progresistas en favor de la igualdad de género y los derechos humanos deben liderar la lucha contra esta problemática, también mediante la cooperación internacional, dado el alcance mundial del contenido en la red.

La Comisión reclama una colaboración más cercana entre los parlamentos y los defensores de la justicia sexual y reproductiva procedentes de la sociedad civil con el objetivo de que se preste una atención más clara a los compromisos de Nairobi en los procesos legislativos. Los compromisos deben enmarcar revisiones legislativas y presupuestarias que



## La violencia en línea cada vez es más grave y está menos controlada

La violencia en línea se usa en todo el mundo de una forma perversa para causar daño y silenciar a las mujeres y las niñas. Un estudio sobre mujeres en los parlamentos europeos reveló que el 58% habían sido víctimas de ataques sexistas en línea, con amenazas de muerte, violación y palizas, entre otras. Las mujeres que luchan contra la desigualdad de género y la violencia contra las mujeres eran los objetivos principales de los ataques organizados en la red por grupos ultraconservadores o antifeministas. Otra encuesta de mujeres periodistas en 125 países concluyó que el 73% se habían enfrentado a la violencia en línea y que un 11% habían abandonado las comunidades de Internet debido al acoso recibido.

La violencia en línea, por lo general, no está regulada. Frenarla exige reglamentos para cuestiones como la transparencia en la toma de decisiones basadas en algoritmos. Un nuevo contrato social digital debe exigir a las empresas del ámbito de las tecnologías de la información y la comunicación el mismo deber de diligencia, rendición de cuentas y transparencia que en otros sectores. Se deben establecer barreras que protejan a los usuarios en línea y facilitar mecanismos de denuncia y respuesta frente al ciberabuso. También es necesario reforzar la educación pública en torno a los patrones de género del abuso en línea para que las personas aprendan a protegerse ellas mismas.

Fuentes: Recomendaciones del acto virtual paralelo "We Have Your Back" en la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas, 24 de marzo de 2021 (para obtener más información, véase el sitio web: <https://haveyourback.org/>); UIP, 2018; Posetti, Abouleze, Bontcheva et al., 2021.



evalúen la armonización con los compromisos y las reformas según se justifique, dando prioridad a la eliminación de todas las disposiciones discriminatorias. Las audiencias públicas deben informar este proceso y hacer hincapié deliberadamente en las opiniones de los activistas de base, los usuarios y los proveedores de servicios, los supervivientes a la violencia por razón de género y las prácticas nocivas, y los grupos que se enfrentan a una o varias formas de discriminación.

En la actualidad, se observan numerosos ejemplos de mujeres parlamentarias que respaldan objetivos en materia de igualdad de género que trascienden las divisiones entre partidos. La Comisión, no obstante, también señala a los líderes políticos hombres como aliados y agentes del cambio. El primer grupo parlamentario sobre mutilación genital femenina de Sierra Leona está compuesto principalmente por hombres, que, entre otras cosas, refuerzan el debate y las políticas públicas orientados a abandonar esta práctica nociva.



## Evolución de la rendición de cuentas internacional

La Comisión advierte que los mecanismos internacionales de derechos humanos siguen siendo una de las muestras de solidaridad mundial más importantes. Por tanto, se debe recurrir más a ellos de forma sistemática para la promoción de la justicia sexual y reproductiva, con miras a que esta llegue a todos los países y comunidades. El creciente uso de los compromisos de Nairobi en los exámenes periódicos universales del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas está alentando a la Comisión. Desde la Cumbre de Nairobi, la mayoría de los países que se someten a estos exámenes han recibido recomendaciones específicas sobre los compromisos.

Costa Rica, por ejemplo, instó a los Estados Unidos de América a aplicar su compromiso de aumentar la financiación para evitar la mutilación genital femenina y los matrimonios infantiles y forzados. Islandia exhortó a Santo Tomé y Príncipe a cumplir su promesa de responder a las necesidades de los jóvenes y reducir la tasa de embarazos precoces por medio de una educación sexual integral en todas las escuelas secundarias y unos servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los jóvenes en todos los centros de salud. Panamá recalcó que el Paraguay podía fortalecer sus sistemas de vigilancia de morbilidad y mortalidad materna y los registros de defunciones, así como impulsar la inversión en zonas con altas tasas de mortalidad.

Gran parte de los países que recibieron estas recomendaciones se han comprometido a aplicarlas, acuerdo que la Comisión considera prometedor. Además, vincular los compromisos de Nairobi con el examen periódico universal ofrece un margen para el seguimiento y la rendición de cuentas habituales como parte del seguimiento continuo en el marco de este último.

La Comisión considera la reciente nota orientativa del Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, relativa a el COVID-19, un parámetro de referencia importante con el que evaluar y exigir responsabilidades a los países en materia de justicia sexual y reproductiva. Entre otras disposiciones, la nota orientativa solicita a los Estados que forman parte de la Convención que velen por que las mujeres tengan un acceso pleno a los servicios de atención de la salud y que exijan responsabilidades a los perpetradores de violencia por razón de género. La colaboración continua con el Comité puede incorporar la justicia sexual y reproductiva a los diálogos con los Estados Partes y generar revisiones de las legislaciones nacionales en consecuencia.

**Vincular los compromisos de Nairobi con el examen periódico universal permite la inclusión del seguimiento y la rendición de cuentas habituales en las labores de vigilancia continua del examen.**

Un acontecimiento positivo ha sido la integración de la agenda de la CIPD en las conversaciones políticas mundiales, incluido en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, aunque no se ha prestado una atención específica a la salud. Si bien en el pasado aparecieron numerosos opositores políticos a los derechos sexuales y reproductivos, en 2021 se convocó un debate abierto sobre la violencia sexual en situaciones de conflicto que dio la oportunidad al Dr. Denis Mukwege, ganador de un premio Nobel de la Paz, de hacer un llamamiento en favor del aumento de los recursos y la rendición de cuentas

para responder a la violencia sexual. La Representante Especial sobre la Violencia Sexual en los Conflictos destacó que la pandemia de COVID-19 había exacerbado la violencia contra las personas LGBTQ+, y que esta seguía estando infra-denunciada debido al estigma, el miedo a que aumente más la violencia y la falta de servicios<sup>89</sup>.

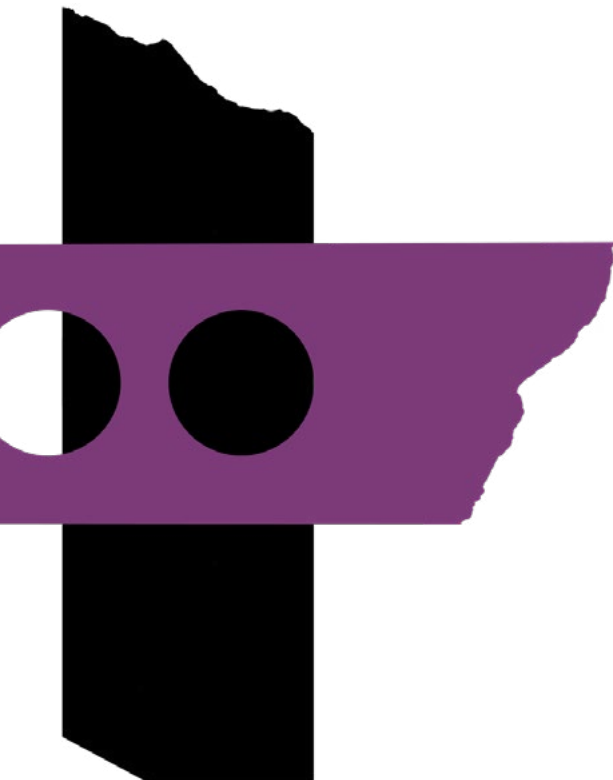
En 2021, el Foro Generación Igualdad, de carácter mundial, conmemoró el 25º aniversario de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Se puso de relieve cómo la plataforma complementa al Programa de Acción de la CIPD en la consecución de derechos, justicia y desarrollo sostenible. El Foro ofreció la oportunidad de movilizarse para seguir avanzando en la consecución de los compromisos de Nairobi, también por medio de la coalición de acción mundial sobre la autonomía corporal y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Algunos países reforzaron sus compromisos de la Cumbre de Nairobi con nuevos compromisos de recursos financieros.

## Una nueva era para la solidaridad mundial

Por último, la Comisión considera que la Cumbre de Nairobi fue una celebración de los 25 años de progreso hacia el cumplimiento de la histórica agenda de la CIPD, pero también representó una nueva era, dio cuenta del inmenso valor de la solidaridad global e instauró una estructura de rendición de cuentas más rigurosa.

Ambos aspectos están arraigados no solo en las instituciones o estructuras de poder, sino también en las personas, de todos los ámbitos de la sociedad y en todas las partes del mundo, que defienden cada día la justicia sexual y reproductiva. Sus experiencias y labor de promoción se convirtieron en los compromisos de Nairobi, que, a pesar de la lentitud e imperfección del progreso en su aplicación, están empezando a materializarse. Los nuevos y recientemente activos mecanismos nacionales e internacionales destinados a reforzar estas iniciativas, incluida la Comisión, ofrecen motivos para ser optimistas.

La colaboración de numerosos aliados permitirá impulsar la justicia sexual y reproductiva. Los argumentos a favor cada vez son más irrefutables.



# » UN LLAMADO A LA ACCIÓN

La Comisión valora los avances conseguidos por algunos países en lo referente a los compromisos de Nairobi desde finales de 2019, a pesar de las adversas circunstancias. Al mismo tiempo, le preocupa el desvío de la atención y los recursos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que ya ha agravado varias disparidades. Las políticas regresivas y la discriminación por razón de género han acentuado deliberadamente algunas deficiencias, lo que exige una respuesta contundente e inmediata.

La Comisión cree firmemente que acelerar la consecución de los compromisos depende del avance en el desarrollo de un marco unificador para la justicia sexual y reproductiva. Esto requiere adoptar las medidas necesarias para que todas las personas puedan reclamar plenamente su salud y derechos sexuales y reproductivos. Con miras a alcanzar este objetivo, la Comisión emite una serie de recomendaciones.



- 1 Hacer de la justicia sexual y reproductiva la meta.** Someter todo el trabajo en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a un marco de justicia que considere que los derechos humanos y las libertades fundamentales son universales, indivisibles, interdependientes y están interconectados<sup>90</sup>.

**Establecer y emplear mecanismos para la rendición de cuentas.** Todos los países deben establecer mecanismos nacionales dedicados al seguimiento de los compromisos de Nairobi, que contribuyan a arrojar luz sobre el avance en su consecución, en los planos nacional y mundial. En los países con presencia de las Naciones Unidas, los 12 compromisos mundiales se deben integrar en los marcos de cooperación de las Naciones Unidas para el desarrollo sostenible. Todos los países deben someter los compromisos a exámenes nacionales voluntarios para informar sobre los ODS. El uso continuado y ampliado de instrumentos internacionales de derechos humanos, como el examen periódico universal o la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, deberían contribuir a extender la justicia sexual y reproductiva entre los países y las comunidades.

**Invertir en movimientos populares para exigir justicia sexual y reproductiva.** La ampliación de la inversión debe priorizar la construcción de movimientos y el liderazgo de base. Es necesario que los defensores de la igualdad de género y los que luchan por los derechos de diversas comunidades desempeñen funciones significativas en los mecanismos nacionales de seguimiento de los compromisos de Nairobi, así como en la toma de decisiones relacionadas con las instituciones de atención sanitaria en general. Se debe fomentar la participación de los defensores más jóvenes como líderes expertos y eficaces de nuevas formas de activismo, también en línea, y dada su habilidad para vincular diversos movimientos en pro de la justicia.

**Fortalecer y forjar nuevas alianzas con parlamentarios.** La Comisión hace un llamamiento a los defensores de la justicia sexual y reproductiva, los movimientos en favor de la igualdad de género, los expertos técnicos y las organizaciones internacionales para que exploren vínculos más estrechos con parlamentarios y grupos parlamentarios progresistas, incluidos los comprometidos con la igualdad de género. Asimismo, insta a los parlamentarios a avanzar y promover activamente opciones legislativas y presupuestarias que permitan alcanzar la justicia sexual y reproductiva y la igualdad de género.

---

**2 Poner los derechos y el desarrollo en el centro.** Desarrollar una cobertura sanitaria universal que incluya, de manera integral y como servicios esenciales, la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

**Usar la recuperación de la COVID-19 para impulsar la cobertura sanitaria universal.** Como consecuencia de la mayor crisis sanitaria mundial en generaciones, la recuperación ofrece una oportunidad histórica para desarrollar la cobertura universal a partir de robustos sistemas sanitarios, una atención de calidad y servicios integrales de salud y derechos

sexuales y reproductivos adaptados a diversos grupos de población. Contar con expertos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos e igualdad de género en los planes y mecanismos de recuperación de la pandemia puede servir de gran apoyo para el avance y contribuir a la rendición de cuentas al respecto.

**Ampliar el apoyo a las parteras profesionales como inversión demostrada.** Esta medida aumentaría el número de parteras profesionales y les ofrecería un entorno propicio para su labor. Además, contribuiría a integrar a las parteras profesionales en los equipos de atención de la salud, por ejemplo mediante reglamentos de apoyo, para que ejerzan su función de trabajadoras de la salud en un ambiente de confianza y respeto.

**Escuchar a los usuarios de los servicios sanitarios para defender sus derechos y mejorar la calidad de los servicios.** La realización de estudios periódicos, que pueden ser formularios sencillos en forma de mensajes de texto, recoge las impresiones de los pacientes tras recibir un servicio de atención. La capacitación de los proveedores de servicios de salud debe hacer hincapié en la autonomía corporal y los principios de comunicación respetuosa acorde con las necesidades y experiencias de los distintos usuarios.

---

**3 Una forma diferente de pensar.** Poner en práctica innovaciones recientes en la prestación de servicios sanitarios para acelerar la justicia sexual y reproductiva y contribuir a la capacidad de decisión y la autonomía corporal de las personas.

**Desarrollar el potencial de la atención autogestionada.** Algunas de las innovaciones más eficaces durante la pandemia estaban relacionadas con la atención autogestionada en el domicilio. La Comisión recomienda estudiar la eficiencia y el potencial de esta modalidad para dar una mejor respuesta a los derechos y las necesidades, especialmente entre los grupos



excluidos. Los hallazgos pueden ser útiles para un examen sistemático de los sistemas sanitarios, a fin de entender en qué medida es factible y deseable la atención autogestionada y adaptar las prácticas de atención en consonancia.

**Aplicar innovaciones digitales al tiempo que se reduce la brecha digital.**

Un mayor uso de las tecnologías de salud digitales en los sistemas sanitarios debe estar respaldado por el apoyo a la atención autogestionada y el acceso a la información. Para que las innovaciones digitales estén armonizadas con la justicia sexual y reproductiva, los sistemas sanitarios precisan estrategias específicas que reduzcan la brecha digital.

**4 Ir más allá.** Dar prioridad a los grupos que sufren las peores desigualdades en materia de justicia sexual y reproductiva.

**Subsanar las deficiencias de la acción humanitaria y planificar con antelación.**

La inclusión limitada de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los programas, planes y presupuestos humanitarios provoca graves déficits en términos de autonomía corporal e igualdad de género. Toda respuesta a una crisis debe incluir el paquete de servicios iniciales mínimos para la salud sexual y reproductiva como base, no como meta. Se deben incorporar más estrategias sistemáticas de reducción de los riesgos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos durante las crisis en los futuros planes de reducción y gestión del riesgo de desastres.

**Hacer partícipes a los jóvenes para llegar a ellos.** Los jóvenes tienen derecho a participar significativamente en todas las esferas de la formulación de políticas públicas que repercuten en su salud y bienestar. La Comisión hace especial hincapié en involucrar a los adolescentes más jóvenes, que, en muchas partes del mundo,

carecen de acceso a los servicios y la información por motivos que incluyen la oposición política, la pobreza y la marginación social. Los jóvenes con distintas orientaciones sexuales e identidades de género, que pueden ser víctimas de graves estigmas en un momento de sus vidas de gran vulnerabilidad, se enfrentan a problemas similares a los que también se debe dar solución.

**5 5. Que la financiación se incremente y sea visible.** Aumentar la financiación nacional e internacional para la salud y los derechos sexuales y reproductivos hasta niveles suficientes como para alcanzar la justicia sexual y reproductiva.

**Hacer el gasto visible y cuantificable.**

La Comisión demanda un aumento de la transparencia y la rendición de cuentas en torno al gasto, junto con un incremento de los recursos. La salud y los derechos sexuales y reproductivos deben disponer de líneas específicas y rastreables en los presupuestos nacionales de salud, y se debe dar cuenta de las contribuciones de los donantes.

**Introducir servicios integrales gratuitos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos.**

Dado el alto rendimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva y su relativo bajo costo, se debería ofrecer un paquete integral de servicios gratuitos como parte de la cobertura sanitaria universal. La Comisión considera esta iniciativa una de las más claras expresiones de compromiso político con la agenda de la CIPD y la igualdad de género, que merece reconocimiento y apoyo internacionales.

**Explorar nuevas vías de financiación.** En un momento de intensas presiones fiscales, los gobiernos deben usar estas medidas innovadoras para aumentar los ingresos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como los canjes de deudas, que ofrecen nuevas formas de financiación y reducen la carga de la deuda.

Puesto que estos instrumentos son complejos desde un punto de vista técnico, la comunidad internacional debe movilizar conocimientos especializados para apoyar su estructuración por parte los gobiernos nacionales.

**Forjar alianzas con nuevos asociados.** Una financiación adecuada para la salud y los derechos sexuales y reproductivos requiere nuevas alianzas públicas y privadas que no se limiten al sector de la salud. Los ministerios de finanzas y economía, las empresas y sus asociaciones deben participar como defensores de la inversión en justicia sexual y reproductiva, en vistas de su importante contribución al desarrollo.

**6 Contar una nueva historia.** Crear nuevas narrativas sobre la justicia sexual y reproductiva que sean lo suficientemente precisas y poderosas como para contrarrestar la constante oposición.

**Desarrollar sistemas más robustos para recoger y usar los datos.** Se siguen sin cuantificar aspectos fundamentales de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género y la interseccionalidad. La Comisión insta a los gobiernos nacionales y a los donantes internacionales a adoptar un enfoque más sistemático en la inversión en sistemas estadísticos, de manera que se incluyan el desarrollo de capacidades y la transferencia de tecnologías. Este proceso deberá dar prioridad a los datos específicos de cada país que fomenten una defensa más convincente y unas decisiones de políticas en consonancia con los derechos humanos.

**Inspirar un amplio apoyo y acción.** La Comisión recuerda el espíritu de la Cumbre de Nairobi, que demostró el gran apoyo que recibe la justicia sexual y reproductiva en el plano mundial. Saber que esta es la voluntad de la mayoría de las personas exige una ofensiva más firme contra la persistente oposición minoritaria que use la justicia sexual y reproductiva como argumento que inspire a muchos e infunda energía renovada. Esto, a su vez, debería fomentar nuevas alianzas, también con organizaciones y líderes confesionales que a menudo mantienen vínculos particulares y de confianza con las comunidades.

Atajar las desigualdades y las brechas de género, sostener la resiliencia ante las crisis y establecer conexiones acertadas entre el desarrollo y la demografía dependerá, en suma, de garantizar la capacidad de decisión y la autonomía corporal de todas las personas.

## MARCO DE SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS MUNDIALES DE NAIROBI

La Cumbre de Nairobi de 2019 expuso los logros, las deficiencias y el compromiso colectivo de adoptar medidas para completar los asuntos pendientes del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). La Cumbre generó un impulso mundial que se materializó en más de 1.300 compromisos adoptados por diversas partes interesadas, incluidos los gobiernos. Asimismo, vio el respaldo generalizado que recibió la Declaración de Nairobi, en la que se proyecta la ambición colectiva de alcanzar los objetivos de la CIPD para todas las personas de todo el mundo. Los 12 compromisos mundiales y generales de la Declaración son esenciales para garantizar la aplicación plena, efectiva y acelerada de la agenda de la CIPD, así como para alcanzar los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En este anexo se presenta el Marco de seguimiento de los compromisos mundiales, como complemento al informe descriptivo de la Comisión de Alto Nivel. El marco emplea un sistema de evaluación tipo semáforo, con el objetivo de señalar los avances, en el plano mundial y regional, de los indicadores mundiales clave de cada uno de los 12 compromisos mundiales, y de proporcionar una puntuación global a cada uno de los compromisos<sup>1</sup>. Los colores incluyen el verde, que representa la mejor puntuación, seguido del amarillo, después del naranja y, por último, del rojo, que equivale a la puntuación más baja. El color gris indica que no se dispone de datos suficientes sobre dicho indicador en la región correspondiente. La descripción de la elaboración del marco se encuentra adjunta en la nota metodológica del anexo B.

Esta versión inicial del marco ofrece una base de referencia para los indicadores seleccionados, así como las puntuaciones de cada uno de los compromisos en las diferentes regiones, en relación con los parámetros de referencia y el nivel de ambición incluidos en los compromisos de la Declaración de Nairobi. La Comisión estudiará la posibilidad de continuar reflexionando sobre estos indicadores en informes futuros para discernir tendencias y espera constatar los avances.



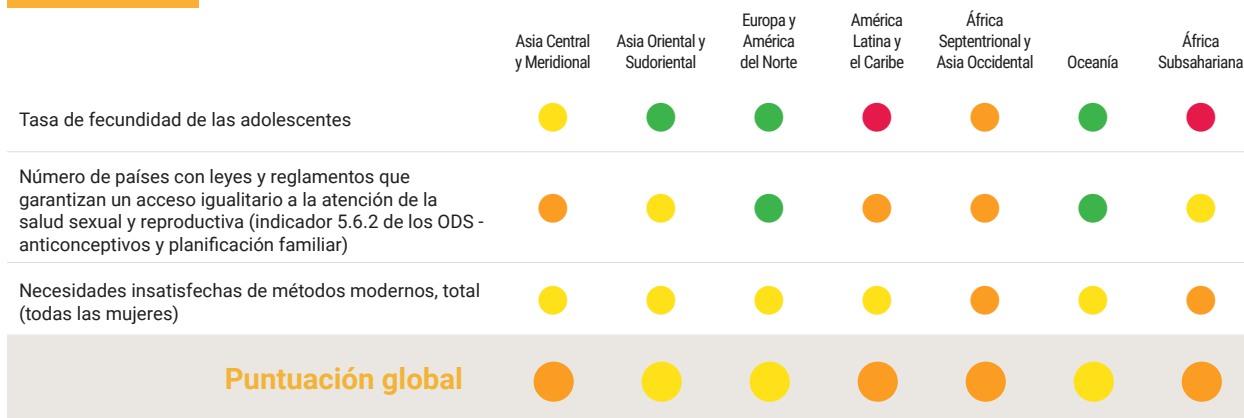
Intensificar nuestros esfuerzos para lograr una **aplicación y financiación plenas, efectivas y aceleradas del Programa de Acción de la CIPD**, las Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD, los resultados de sus exámenes y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

|                          | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| <b>Compromiso 2</b>      | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Compromiso 3</b>      | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Compromiso 4</b>      | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Compromiso 5</b>      | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Compromiso 8</b>      | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Compromiso 9</b>      | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Compromiso 10</b>     | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Compromiso 11</b>     | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Compromiso 12</b>     | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |
| <b>Puntuación global</b> | ●                         | ●                           | ●                          | ●                          | ●                                      | ●       | ●                   |

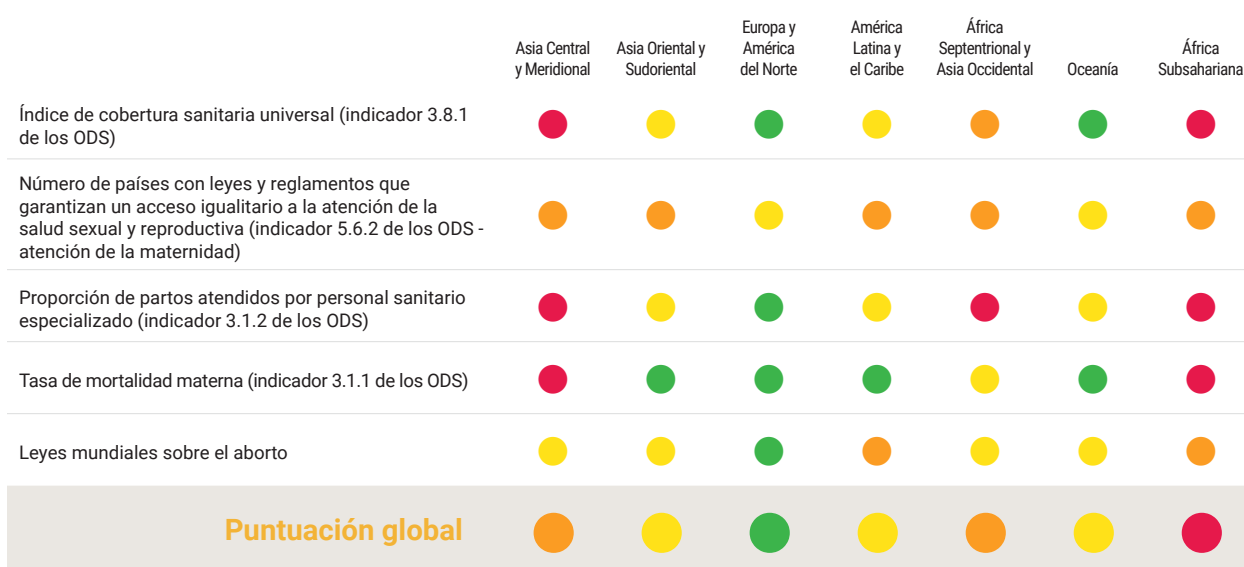
<sup>1</sup> Excepto los compromisos 6 y 7, que no contaban con indicadores o con conjuntos de datos aplicables en esta fase.



**Cero necesidades insatisfechas de información y servicios de planificación familiar,** y una disponibilidad universal de anticonceptivos modernos de calidad, accesibles, asequibles y seguros.



**Cero muertes maternas y formas de morbilidad materna evitables,** como las fístulas obstétricas, mediante, entre otras cosas, la integración de un paquete integral de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva, que incluya el acceso al aborto en condiciones de seguridad al mayor grado permitido por la ley y medidas para prevenir y evitar los abortos peligrosos, y para la prestación de atención posterior al aborto, en las estrategias, políticas y programas nacionales de cobertura sanitaria universal, y también para proteger y garantizar el derecho de todas las personas a la integridad física, la autonomía y los derechos reproductivos, así como para proporcionar acceso a los servicios esenciales en apoyo de esos derechos.



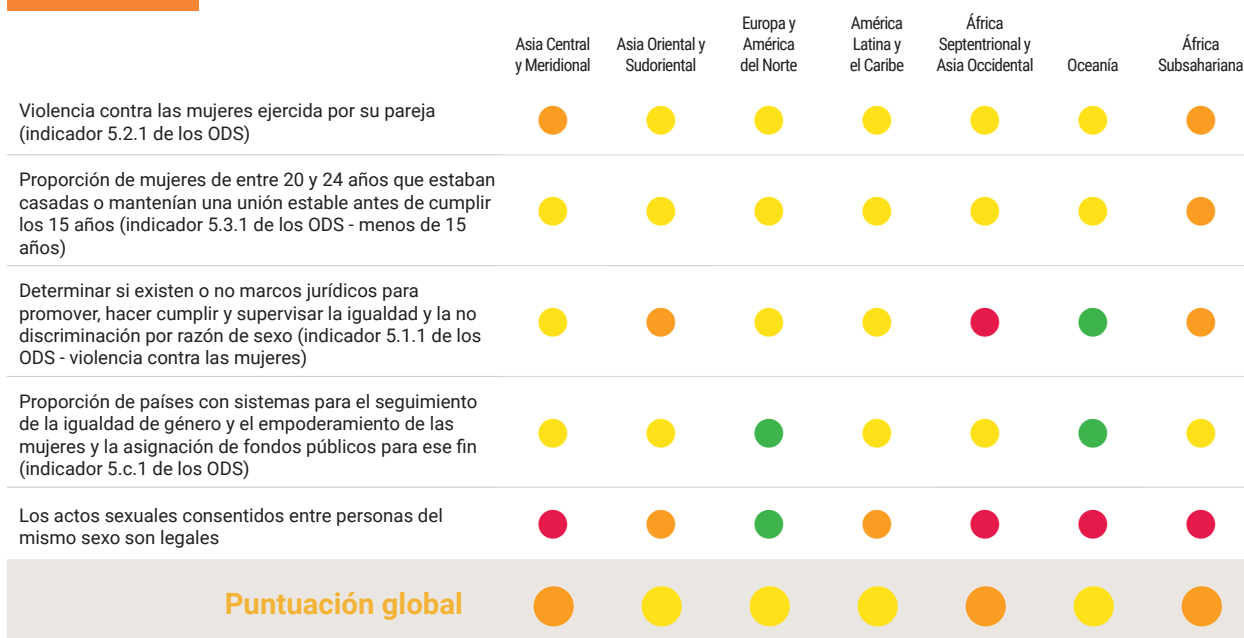




Acceso de todos los adolescentes y jóvenes, especialmente las niñas, a **información, educación y servicios integrales sensibles a las particularidades de edad, de calidad y oportunos y que respondan a las necesidades de los adolescentes** para que puedan disponer de libertad de decisión y tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva, y protegerse adecuadamente de los embarazos no planeados, de todas las formas de violencia sexual y de género y de las prácticas nocivas, así como de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, a fin de facilitar una transición segura a la edad adulta.

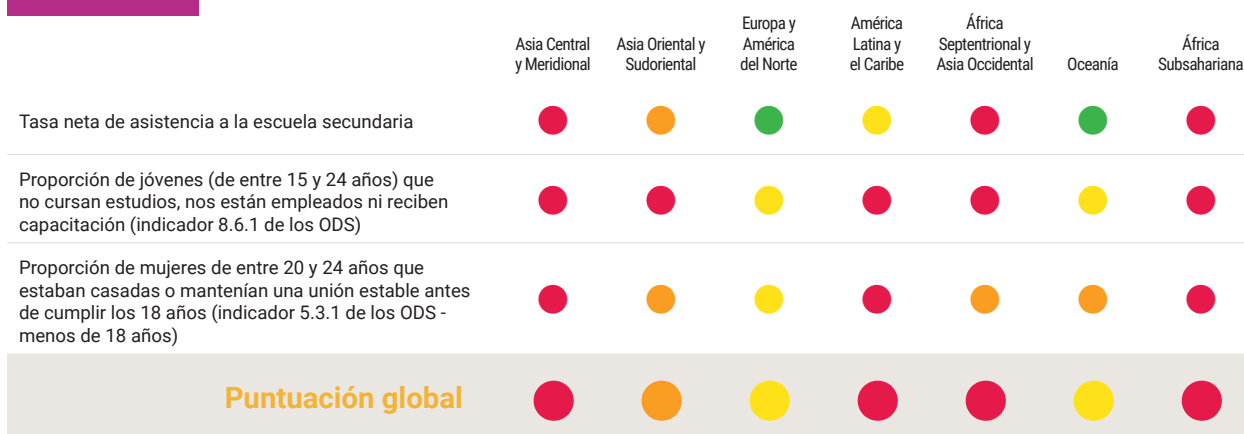


**Cero casos de violencia sexual y de género y prácticas nocivas**, en particular cero matrimonios infantiles, precoces y forzados, así como cero mutilaciones genitales femeninas; **eliminación de todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas**, a fin de sacar pleno provecho del potencial socioeconómico de cada persona.

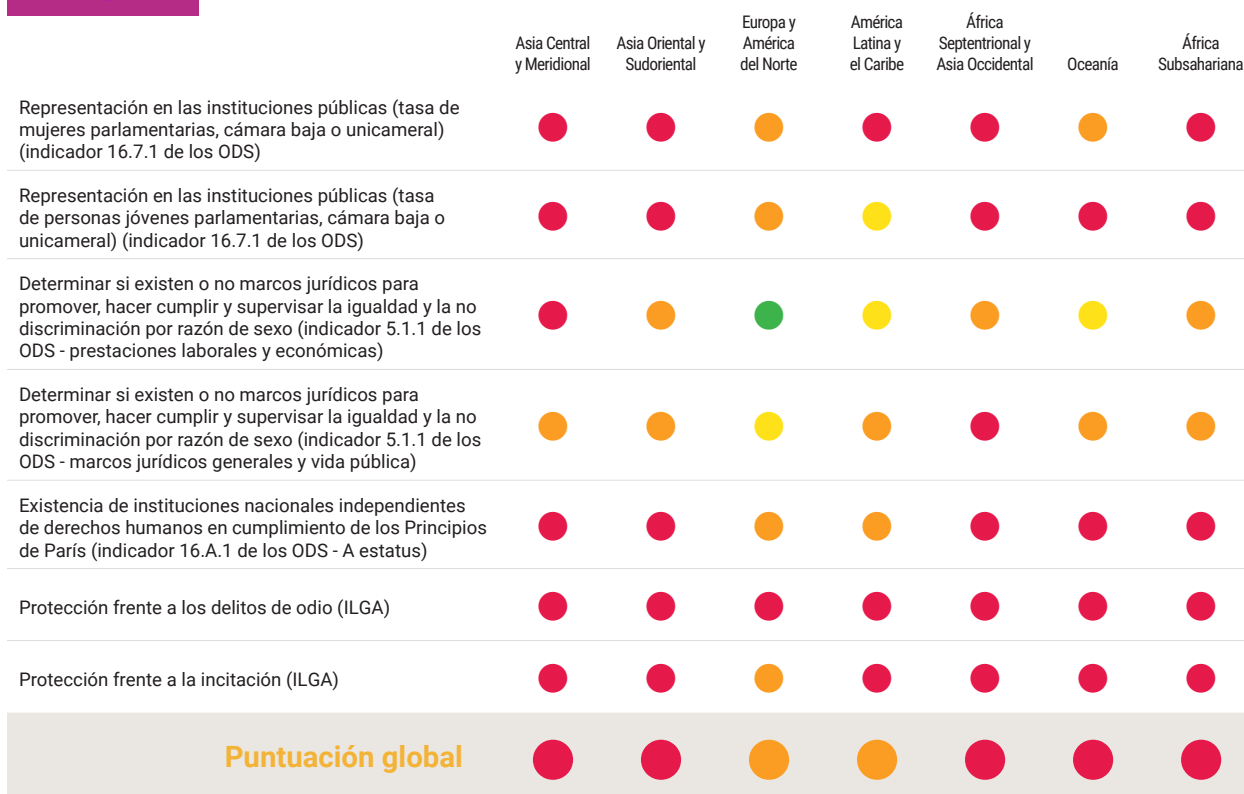




Invirtiendo en la educación, las oportunidades de empleo, la salud, incluidos los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las niñas, a fin de **aprovechar plenamente las promesas del dividendo demográfico**.



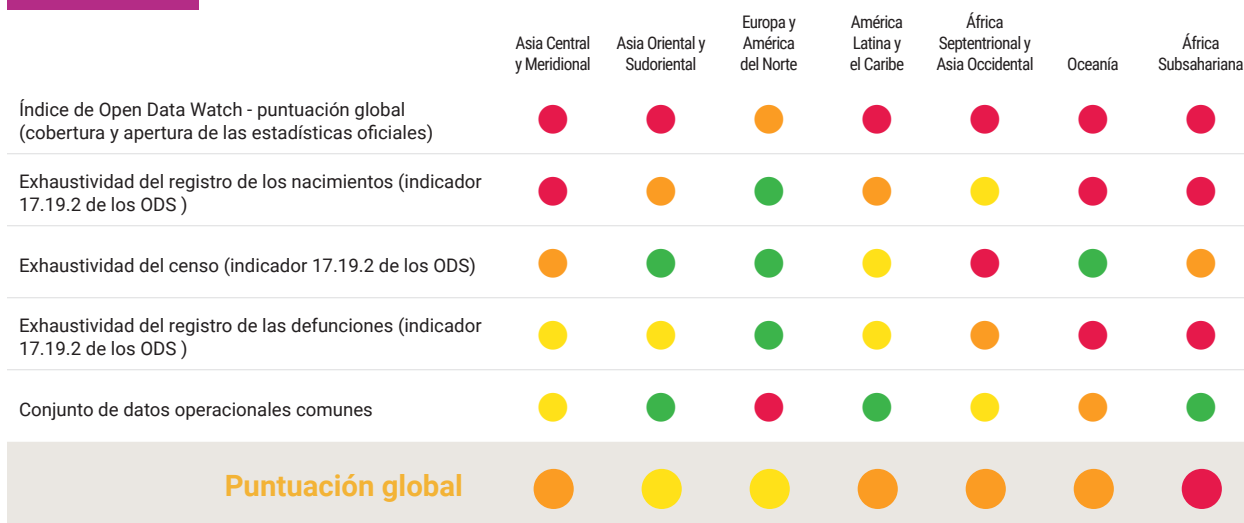
Construir **sociedades pacíficas, justas e inclusivas**, en las que nadie se quede atrás, en las que todos, sin distinciones de raza, color, religión, sexo, edad, discapacidad, idioma, origen étnico, orientación sexual e identidad o expresión de género, se sientan valorados y sean capaces de forjar su propio destino y contribuir a la prosperidad de sus sociedades.



## 10 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI



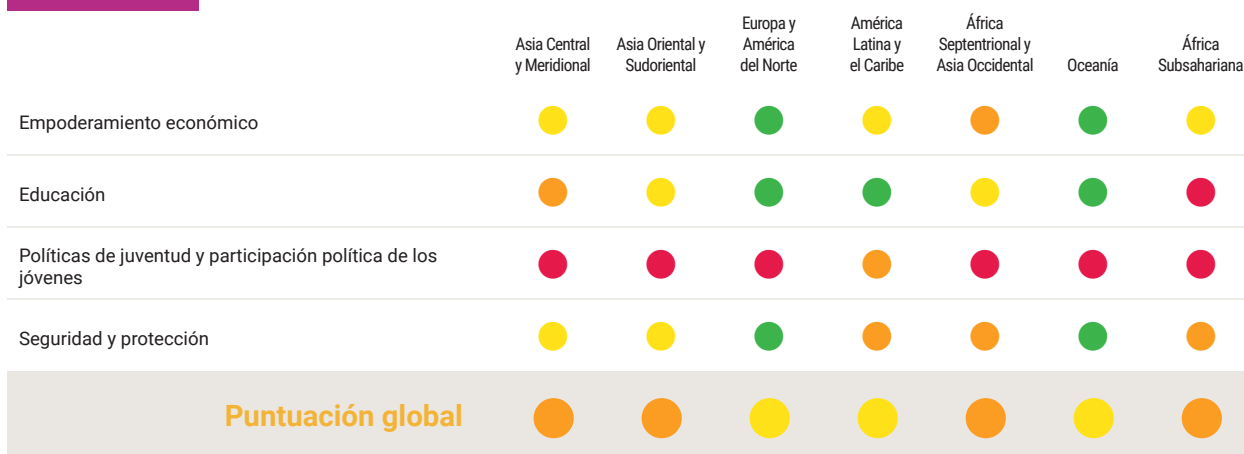
Proporcionando **datos de calidad, oportunos y desglosados**, que garanticen la privacidad de los ciudadanos e incluyan asimismo a los adolescentes más jóvenes, invirtiendo en innovaciones digitales en materia de salud, entre ellos los sistemas de macrodatos, y la mejora de los sistemas de datos para fundamentar las políticas destinadas a lograr el desarrollo sostenible.



## 11 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI

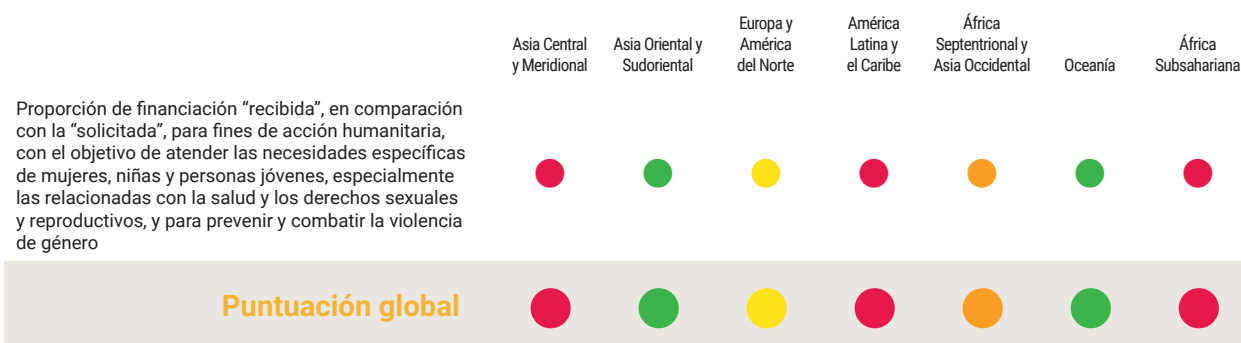


Comprometerse con la noción de que no puede debatirse ni decidirse nada sobre **la salud** y el bienestar de los jóvenes sin su **intervención y participación significativa** ("nada sobre nosotros, sin nosotros").





Velando por que las **necesidades y los derechos humanitarios básicos** de las poblaciones afectadas, especialmente los de las niñas y las mujeres, se aborden como componentes fundamentales de las respuestas a las crisis humanitarias y ambientales, así como en contextos de reconstrucción frágiles y posteriores a las crisis, **mediante la provisión de acceso a información, educación y servicios integrales de salud sexual y reproductiva**, incluido el acceso a servicios de aborto en condiciones de seguridad al mayor grado permitido por la ley, y a la atención posterior al aborto, a fin de reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad maternas, la violencia sexual y de género y los embarazos no planeados en esas condiciones.





## NOTA METODOLÓGICA

La presente nota metodológica describe el desarrollo del Marco de seguimiento de los compromisos mundiales, el cual permite seguir de cerca los 12 compromisos de la Declaración de Nairobi a escala mundial de la e informar al respecto. También ofrece información adicional sobre los indicadores seleccionados.

El marco se elaboró a petición de la Comisión de Alto Nivel, que, a su vez, lo respaldó sin reservas. El proceso ha sido liderado por Avenir Health, en colaboración con la Secretaría de Seguimiento de la CIPD25, la Comisión y los expertos técnicos del UNFPA y sus asociados. El trabajo se desarrolló a partir del borrador inicial del marco que preparó el equipo especial del UNFPA durante el 2020.

Dentro del marco, cada compromiso mundial cuenta con un índice que permite realizar una comparación regional a partir de una medida única que combina diversos aspectos. Estos incluyen indicadores seleccionados para medir lo que un compromiso en particular procura capturar, la escala utilizada para comparar los indicadores, los umbrales de corte de cada color del sistema de evaluación y la ponderación que se ha asignado a cada indicador para captar su importancia relativa de cara a la consecución del compromiso mundial. Los compromisos mundiales 6 y 7 no han sido incluidos debido a retos relacionados con la calidad, la representación y la precisión de los indicadores y los datos.

### Selección de los indicadores

Los indicadores de cada compromiso mundial<sup>1</sup> se han seleccionado siguiendo varios criterios, a saber:

- Estar disponibles en el máximo número de países y ser representativos de tantos países como sea posible.
- Pertenecer a conjuntos de datos de acceso público.
- Medir un aspecto que se prevé que cambie con el tiempo, a fin de llevar a cabo un seguimiento de los avances.

La elaboración del marco se ha regido por dos principios. En primer lugar, se tomó la decisión de evitar que los indicadores se repitieran en compromisos diferentes. El objetivo es evitar que se repitan las representaciones de los indicadores, especialmente con relación al cálculo del compromiso mundial 1, ya que está compuesto por el resto compromisos. En segundo lugar, a pesar de que podrían emplearse multitud de indicadores diferentes para llevar a cabo el seguimiento de cada uno de los compromisos mundiales, se incluyó un número reducido con el fin de evitar que el marco se tornara excesivamente complejo y difícil de comprender, y para que los indicadores tuvieran una ponderación adecuada al medir el compromiso.

Cabe realizar un apunte con respecto a la inclusión del indicador 5.6.1 de los ODS (la proporción de mujeres que toman sus propias decisiones informadas sobre la atención de la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos y relaciones sexuales). En un principio, las subsecciones de este indicador se propusieron como indicadores de los compromisos mundiales 2, 3 y 5, aunque finalmente se decidió no incluirlo debido a la falta de datos de un elevado número de países y regiones. Dado que este indicador resulta clave para las cuestiones que son competencia de la Comisión, tal vez se reconsidere su inclusión en el futuro, a medida que más países presenten informes al respecto.

Los datos de los indicadores seleccionados son los más recientes de que se dispone. Tanto el número de países que cuentan con datos para cada indicador como la proporción de la población representada se obtuvieron empleando los datos de World Population Prospects de las Naciones Unidas. Los indicadores se detallan más adelante.

### Lagunas de datos

Varios indicadores no contaban con datos para un número elevado de países. En estos casos, hemos empleado las medias regionales de aquellos países que sí disponían de datos. A fin de determinar la representación del indicador en la región, también calculamos la proporción de la población representada por los datos de cada indicador y región.

### Ajuste a escala de los indicadores

Para combinar diferentes indicadores en un mismo índice, es preciso que todos los indicadores se ajusten a una escala de 0 a 1. En algunos casos, cuando las mediciones más bajas de un indicador expresaban un resultado positivo, el mínimo era un número mayor que el máximo. Así, una vez ajustado a la escala, la peor puntuación posible del indicador pasa a ser 0 y

<sup>1</sup> Excepto los compromisos 1, 6 y 7.

la mejor, 1. Después de haber seleccionado el valor mínimo y el máximo, reajustamos la escala de los indicadores y de los umbrales de corte mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Indicador a escala} = \frac{\text{Indicador} - \text{ScaleMin}}{\text{ScaleMax} - \text{ScaleMin}}$$

### Umbrales de corte del sistema de evaluación

Para poder asignar los colores del sistema de evaluación a cada una de las regiones, se fijaron tres valores de corte para cada indicador y se aplicaron tal y como consta a la derecha.

### Ponderación de los indicadores

Los países se ponderaron en función de la población aplicable a la hora de generar las medias regionales de los indicadores individuales. Aunque todos los indicadores seleccionados para cada compromiso mundial captan un elemento de un compromiso determinado, algunos indicadores representan mejor el compromiso en su conjunto. Por este motivo, se asignó a cada indicador una ponderación que reflejase su importancia relativa a la hora de captar el concepto del compromiso. Por ejemplo, en el caso del compromiso 3, al indicador de la tasa de mortalidad materna se le asignó una ponderación del 50% con respecto a otros indicadores. A fin de crear los umbrales del sistema de evaluación de los compromisos, los puntos de corte de cada indicador se ajustaron a escala, se ponderaron y se combinaron para crear los puntos de corte de los compromisos. Los umbrales de corte de los compromisos y de los indicadores de cada compromiso se muestran en los cuadros 20Tables 20 y 21.



### Clasificación por regiones

Los resultados de cada uno de los indicadores de los compromisos se muestran según regiones geográficas basadas en las agrupaciones de países que estableció la División de Estadística de las Naciones Unidas al presentar los indicadores de los ODS. El cuadro 20 muestra el número de países representados en cada región.

## Resumen del Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales

El cuadro 1 muestra los resultados del marco con los valores del índice y el color del sistema de evaluación que le corresponde a cada compromiso.

Cuadro 1. Valor y color del índice del compromiso por región

|  | 1         | 2     | 3     | 4         | 5     | 8     | 9     | 10    | 11    | 12    |
|--|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Asia Central y Meridional              | 0,629     | 0,725 | 0,770 | 0,677     | 0,642 | 0,585 | 0,302 | 0,684 | 0,553 | 0,593 |
| Asia Oriental y Sudoriental            | 0,769     | 0,844 | 0,846 | 0,878     | 0,830 | 0,758 | 0,400 | 0,768 | 0,574 | 0,913 |
| Europa y América del Norte             | 0,838     | 0,843 | 0,942 | 0,893     | 0,929 | 0,894 | 0,722 | 0,769 | 0,672 | 0,775 |
| América Latina y el Caribe             | 0,701     | 0,700 | 0,821 | 0,758     | 0,832 | 0,719 | 0,607 | 0,740 | 0,621 | 0,388 |
| África Septentrional y Asia Occidental | 0,653     | 0,696 | 0,805 | 0,683     | 0,681 | 0,650 | 0,383 | 0,684 | 0,542 | 0,641 |
| Oceanía                                | sin datos | 0,855 | 0,886 | sin datos | 0,841 | 0,838 | 0,497 | 0,641 | 0,698 | 1,000 |
| África Subsahariana                    | 0,531     | 0,548 | 0,556 | 0,607     | 0,598 | 0,500 | 0,418 | 0,515 | 0,536 | 0,450 |

## Información detallada sobre los compromisos

Esta sección ofrece una imagen detallada de cada compromiso, incluidos los indicadores seleccionados para medir el compromiso, las fuentes de datos, la ponderación relativa de cada indicador y los umbrales de corte.

**Compromiso mundial 1:** Intensificar nuestros esfuerzos para lograr una aplicación y financiación plena, efectiva y acelerada del Programa de Acción de la CIPD, las Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD, los resultados de sus exámenes y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

El compromiso 1 es un índice compuesto elaborado a partir de la media ponderada de los compromisos 2 a 5 y 8 a 12. Por este motivo, a los compromisos 2, 3 y 5 se les asignó una ponderación 1,5 veces superior a los indicadores del resto de compromisos, ya que resultan fundamentales de cara a la consecución del compromiso 1.

**Compromiso mundial 2:** Cero necesidades insatisfechas de información y servicios de planificación familiar, y una disponibilidad universal de anticonceptivos modernos de calidad, accesibles, asequibles y seguros.

Los cuadros 2 y 3 muestran los indicadores, las ponderaciones y los umbrales de corte del compromiso 2. Los indicadores con un asterisco emplean una escala invertida para los umbrales de corte.

**Cuadro 2.** Indicadores y definiciones del compromiso mundial 2

| INDICADOR  | DEFINICIÓN  | FUENTE   |
|--|---|--|
| Tasa de natalidad en adolescentes (indicador 3.7.2 de los ODS)   | Tasa de fecundidad de las adolescentes por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años.  | <i>World Population Prospects 2019</i>           |
| Leyes y reglamentos de atención de la salud sexual y reproductiva: Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (indicador 5.6.2 de los ODS, sección 2, anticonceptivos y planificación familiar) | Grado en que los países disponen de leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (sección 2, anticonceptivos y planificación familiar).                   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |
| Necesidades insatisfechas relacionadas con métodos anticonceptivos modernos, total (todas las mujeres)   | Porcentaje de mujeres en edad de procrear, que estén casadas o mantengan una unión estable, con necesidades insatisfechas de planificación familiar. Las mujeres con necesidades insatisfechas son aquellas que desean impedir o retrasar la maternidad, pero que no están utilizando ningún método anticonceptivo moderno. | <i>World Contraceptive Use 2020</i>              |

**Cuadro 3.** Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 2

| INDICADOR  | POBLACIÓN   | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|--|---|-------------|---------|---------|---------|
| Tasa de fecundidad de las adolescentes (indicador 3.7.2 de los ODS)*   | Mujeres de entre 15 y 19 años                     | 0,4         | 25      | 37,5    | 50      |
| Leyes y reglamentos de atención de la salud sexual y reproductiva: Grado en que los países disponen de leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (indicador 5.6.2 de los ODS, sección 2, anticonceptivos y planificación familiar). | Hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad | 0,2         | 90      | 75      | 60      |
| Necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos, total (todas las mujeres)*  | Mujeres de entre 15 y 49 años                     | 0,4         | 0       | 15      | 30      |

**Compromiso mundial 3:** Cero muertes maternas y formas de morbilidad materna evitables, como las fístulas obstétricas, mediante, entre otras cosas, la integración de un paquete integral de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva, que incluya el acceso al aborto en condiciones de seguridad al mayor grado permitido por la ley y medidas para prevenir y evitar los abortos peligrosos, y para la prestación de atención posterior al aborto, en las estrategias, políticas y programas nacionales de cobertura sanitaria universal, y también para proteger y garantizar el derecho de todas las personas a la integridad física, la autonomía y los derechos reproductivos, así como para proporcionar acceso a los servicios esenciales en apoyo de esos derechos.

Los cuadros 4 y 5 muestran los indicadores, las ponderaciones y los umbrales de corte del compromiso 3. Los indicadores con un asterisco emplean una escala invertida para los umbrales de corte.

**Cuadro 4.** Indicadores y definiciones del compromiso mundial 3

| INDICADOR  | DEFINICIÓN   | FUENTE   |
|--|--|--|
| Índice de cobertura sanitaria universal (indicador 3.8.1 de los ODS) | Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos) El indicador es un índice expresado en una escala sin unidades con un rango de 0 (el peor resultado) a 100 (el mejor resultado), que se calcula como la media geométrica de 14 indicadores de seguimiento de la cobertura de los servicios de salud. | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |



| INDICADOR   | DEFINICIÓN   | FUENTE   |
|---|--|--|
| Leyes y reglamentos de atención de la salud sexual y reproductiva: Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (indicador 5.6.2 de los ODS, sección 1, atención de la maternidad) | Grado en que los países disponen de leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (sección 1, atención de la maternidad).   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |
| Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (indicador 3.1.2 de los ODS)  | Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (generalmente se refiere a personal médico, de enfermería o de partería, aunque también puede abarcar otros profesionales que proporcionan atención del parto).  | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |
| Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS)   | Número de muertes maternas, durante un período determinado, por cada 100.000 nacidos vivos en ese mismo período. Representa el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacidos vivos y capta, fundamentalmente, el riesgo de mortalidad en un solo embarazo o de un único nacimiento con vida.   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |
| Leyes mundiales sobre el aborto   | El Centro de Derechos Reproductivos realiza un seguimiento del estatus jurídico del aborto en los países de todo el mundo. Los países se clasifican según varias categorías (p. ej., totalmente prohibido, para salvar la vida de la mujer, para preservar la salud, etc.). En el marco, a cada categoría se le ha asignado un nivel numérico: "totalmente prohibido" = 0; "para salvar la vida de la mujer" = 0,25; "para preservar la salud" = 0,5; "por motivos sociales o económicos generales" = 0,75; "a petición (los plazos de gestación varían)" = 1. | Centro de Derechos Reproductivos                 |

**Cuadro 5.** Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 3

| INDICADOR   | POBLACIÓN                     | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|---|-------------------------------|-------------|---------|---------|---------|
| Índice de cobertura sanitaria universal (indicador 3.8.1 de los ODS)  | Mujeres de entre 15 y 49 años | 0,125       | 80      | 75      | 60      |
| Leyes y reglamentos de atención de la salud sexual y reproductiva: Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (indicador 5.6.2 de los ODS, sección 1, atención de la maternidad) | Mujeres de entre 15 y 49 años | 0,125       | 90      | 75      | 60      |
| Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (indicador 3.1.2 de los ODS)  | Nacimientos                   | 0,125       | 98      | 94      | 90      |

| INDICADOR  | POBLACIÓN                     | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|--|-------------------------------|-------------|---------|---------|---------|
| Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS)* | Mujeres de entre 15 y 49 años | 0,5         | 70      | 105     | 140     |
| Leyes mundiales sobre el aborto                          | Mujeres de entre 15 y 49 años | 0,125       | 0,75    | 0,50    | 0,25    |

**Compromiso mundial 4:** Acceso de todos los adolescentes y jóvenes, especialmente las niñas, a información, educación y servicios integrales sensibles a las particularidades de edad, de calidad y oportunos y que respondan a las necesidades de los adolescentes para que puedan disponer de libertad de decisión y tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva, y protegerse adecuadamente de los embarazos no planeados, de todas las formas de violencia sexual y de género y de las prácticas nocivas, así como de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, a fin de facilitar una transición segura a la edad adulta.

Los cuadros 6 y 7 muestran los indicadores, las ponderaciones y los umbrales de corte del compromiso 4. Los indicadores con un asterisco emplean una escala invertida para los umbrales de corte.

#### Cuadro 6. Indicadores y definiciones del compromiso mundial 4

| INDICADOR  | DEFINICIÓN  | FUENTE   |
|--|---|--|
| Mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 15 años  | Porcentaje de mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 15 años   | Encuesta Demográfica y de Salud, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados |
| Mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 18 años  | Porcentaje de mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 18 años   | Encuesta Demográfica y de Salud, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados |
| Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos anticonceptivos modernos, todas las mujeres de entre 15 y 24 años  | El número de mujeres de entre 15 y 24 años que utilizan métodos modernos de planificación familiar, dividido por el número de mujeres actualmente casadas que demanda servicios de planificación familiar (tanto aquellas con una necesidad insatisfecha como las que actualmente utilizan algún tipo de planificación familiar). | Encuesta Demográfica y de Salud, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados |
| Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados de entre 15 y 24 años (indicador 3.3.1 de los ODS)   | Número de casos nuevos de VIH al año en adolescentes no infectados por cada 1.000 habitantes de entre 15 y 24 años.   | ONUSIDA  |
| Leyes y reglamentos de atención de la salud sexual y reproductiva: Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (indicador 5.6.2 de los ODS, sección 3, educación sexual) | Grado en que los países disponen de leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (sección 3, educación sexual).   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>                                     |

**Cuadro 7.** Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 4

| INDICADOR  | POBLACIÓN   | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|--|---|-------------|---------|---------|---------|
| Mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 15 años*   | Mujeres de entre 20 y 24 años                     | 0,125       | 0       | 2,5     | 5       |
| Mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 18 años*   | Mujeres de entre 20 y 24 años                     | 0,125       | 0       | 2,5     | 5       |
| Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos anticonceptivos modernos, todas las mujeres de entre 15 y 24 años  | Mujeres de entre 15 y 24 años                     | 0,25        | 90      | 75      | 60      |
| Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados de entre 15 y 24 años (indicador 3.3.1 de los ODS)*  | Hombres y mujeres de entre 15 y 24 años           | 0,25        | 0,2     | 0,6     | 1       |
| Leyes y reglamentos de atención de la salud sexual y reproductiva: Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto (indicador 5.6.2 de los ODS, sección 3, educación sexual) | Hombres y mujeres a partir de los 15 años de edad | 0,25        | 90      | 75      | 60      |

**Compromiso mundial 5:** Cero casos de violencia sexual y de género y prácticas nocivas, en particular cero matrimonios infantiles, precoces y forzados, así como cero mutilaciones genitales femeninas; y la eliminación de todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas, a fin de sacar pleno provecho del potencial socioeconómico de cada persona.

Los cuadros 8 y 9 muestran los indicadores, las ponderaciones y los umbrales de corte del compromiso 5. Los indicadores con asterisco utilizan una escala invertida para los umbrales de corte.<sup>2</sup>

**Cuadro 8.** Indicadores y definiciones del compromiso mundial 5

| INDICADOR   | DEFINICIÓN  | FUENTE   |
|---|---|--|
| Violencia contra las mujeres ejercida por su pareja (indicador 5.2.1 de los ODS)      | Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad, que ha tenido pareja alguna vez y que ha sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja durante los últimos 12 meses. | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |
| Mujeres que estaban casadas antes de cumplir los 15 años (indicador 5.3.1 de los ODS) | Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 15 años.   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |

<sup>2</sup> Abordar la problemática de la mutilación genital femenina ha planteado serias dificultades. Debido a que esta práctica solo existe en un número determinado de países, no ha sido posible hallar un indicador útil que permitiera realizar comparaciones a escala mundial. Además, los datos sobre la incidencia o la prevalencia de la mutilación genital femenina, en aquellos países en los que se practica, se notifican de diferentes maneras. Así pues, es poco probable que estos indicadores cambien sustancialmente en períodos anuales o bianuales debido a la forma en que se captan. Por esta razón, el marco no incluye ningún indicador relativo a la mutilación genital femenina.

|   |  |   |
|---|--|---|
| Marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad de género (indicador 5.1.1 de los ODS, área 2, violencia contra las mujeres) | Determinar si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad y la no discriminación por razón de sexo (área 2, violencia contra las mujeres).   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>                          |
| Sistemas para el seguimiento de la igualdad de género (indicador 5.c.1 de los ODS)  | Proporción de países con sistemas para el seguimiento de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y la asignación de fondos públicos para ese fin.   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>                          |
| Los actos sexuales consensuales entre personas del mismo sexo son legales   | El informe "Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación" señala que los actos sexuales consensuales entre adultos del mismo sexo se consideran legales si no están penalizados. De cara al marco: países donde los actos sexuales entre personas del mismo sexo son legales = 1; países en los que no son legales o están penalizados <i>de facto</i> = 0. | Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex |

### Cuadro 9. Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 5

| INDICADOR   | POBLACIÓN                       | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|---|---------------------------------|-------------|---------|---------|---------|
| Violencia contra las mujeres ejercida por su pareja (indicador 5.2.1 de los ODS)*   | Mujeres (de entre 15 y 49 años) | 0,3         | 0       | 15      | 30      |
| Mujeres que estaban casadas antes de cumplir los 15 años (indicador 5.3.1 de los ODS)*  | Mujeres de entre 20 y 24 años   | 0,175       | 0       | 10      | 20      |
| Marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad de género (indicador 5.1.1 de los ODS, área 2, violencia contra las mujeres) | Toda la población               | 0,175       | 90      | 75      | 60      |
| Sistemas para el seguimiento de la igualdad de género (indicador 5.c.1 de los ODS)  | Toda la población               | 0,175       | 0,9     | 0,75    | 0,6     |
| Los actos sexuales consensuales entre personas del mismo sexo son legales   | Toda la población               | 0,175       | 1       | 0,9     | 0,8     |

**Compromiso mundial 6:** Utilizar los procesos presupuestarios nacionales, incluidas la presupuestación y la auditoría con perspectiva de género, aumentar la financiación nacional y analizar nuevos instrumentos y estructuras de financiación participativos e innovadores para garantizar la aplicación plena, efectiva y acelerada del Programa de Acción de la CIPD.

Se estudiaron diferentes indicadores para llevar a cabo un seguimiento de este compromiso. No obstante, no ha sido posible incluirlo dentro del presente marco debido a que los datos no se rastrean de forma sistemática y, por tanto, no permiten hacer comparaciones a escala mundial.

**Compromiso mundial 7:** Aumentar la financiación internacional para la aplicación plena, efectiva y acelerada del Programa de Acción de la CIPD, a fin de complementar y propiciar la financiación nacional, en particular de los programas de salud sexual y reproductiva, y otras medidas e intervenciones de apoyo que promuevan la igualdad de género y el empoderamiento de las niñas y las mujeres.



Se estudiaron diferentes indicadores para llevar a cabo un seguimiento de este compromiso. No obstante, no ha sido posible incluirlo dentro del presente marco debido a que los datos no se rastrean de forma sistemática y, por tanto, no permiten hacer comparaciones a escala mundial.

**Compromiso mundial 8:** Invertir en la educación, las oportunidades de empleo, la salud, incluidos los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las niñas, a fin de aprovechar plenamente las promesas del dividendo demográfico.

Los cuadros 10 y 11 muestran los indicadores, las ponderaciones y los umbrales de corte del compromiso 8. Los indicadores con un asterisco emplean una escala invertida para los umbrales de corte.

**Cuadro 10.** Indicadores y definiciones del compromiso mundial 8

| INDICADOR   | DEFINICIÓN  | FUENTE   |
|---|---|--|
| Tasa neta de matriculación total en la enseñanza secundaria   | Número total de estudiantes que tienen edad de cursar la enseñanza secundaria y que están matriculados en educación secundaria, expresado en forma de porcentaje de la población que corresponde a ese grupo etario.      | Banco Mundial                                    |
| Jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (indicador 8.6.1 de los ODS) | Este indicador muestra la proporción de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, en forma de porcentaje del número total de jóvenes del grupo etario correspondiente, según el género. | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |
| Mujeres que estaban casadas antes de cumplir los 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS)                   | Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 18 años  | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a> |

**Cuadro 11.** Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 8

| INDICADOR  | POBLACIÓN                               | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|--|---|-------------|---------|---------|---------|
| Tasa neta de matriculación total en la enseñanza secundaria  | Hombres y mujeres de entre 12 y 17 años | 0,33        | 90      | 80      | 70      |
| Jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (indicador 8.6.1 de los ODS)* | Hombres y mujeres de entre 15 y 24 años | 0,33        | 10      | 12,5    | 15      |
| Mujeres que estaban casadas antes de cumplir los 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS)*                   | Mujeres de entre 20 y 24 años           | 0,33        | 0       | 10      | 20      |

**Compromiso mundial 9:** Construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, en las que nadie se quede atrás, en las que todos, sin distinciones de raza, color, religión, sexo, edad, discapacidad, idioma, origen étnico, orientación sexual e identidad o expresión de género, se sientan valorados y sean capaces de forjar su propio destino y contribuir a la prosperidad de sus sociedades.

Los cuadros 12 y 13 muestran los indicadores, las ponderaciones y los umbrales de corte del compromiso 9.

**Cuadro 12.** Indicadores y definiciones del compromiso mundial 9

| INDICADOR  | DEFINICIÓN   | FUENTE  |
|--|--|---|
| Representación en las instituciones públicas (tasa de mujeres parlamentarias, cámara baja o unicameral) (indicador 16.7.1 de los ODS)                            | Proporciones de plazas en las instituciones nacionales y locales, incluidas a) las asambleas legislativas, b) la administración pública y c) el poder judicial, en comparación con la distribución nacional (relación entre la proporción de mujeres parlamentarias y la proporción de mujeres de la población nacional que tienen edad para presentar una candidatura como límite inferior).  | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>                          |
| Representación en las instituciones públicas (tasa de personas jóvenes parlamentarias, cámara baja o unicameral) (indicador 16.7.1 de los ODS)                   | Proporciones de plazas en las instituciones nacionales y locales, incluidas a) las asambleas legislativas, b) la administración pública y c) el poder judicial, en comparación con la distribución nacional (relación entre la proporción de personas jóvenes parlamentarias y la población nacional que tiene edad para presentar una candidatura como límite inferior).  | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>                          |
| Marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad de género (indicador 5.1.1 de los ODS, área 3, prestaciones laborales y económicas)       | Determinar si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad y la no discriminación por razón de sexo (área 3, prestaciones laborales y económicas).  | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>                          |
| Marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad de género (indicador 5.1.1 de los ODS, área 1, marcos jurídicos generales y vida pública) | Determinar si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad y la no discriminación por razón de sexo (área 1, marcos jurídicos generales y vida pública) .   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>                          |
| Instituciones nacionales de derechos humanos – A: Estatus (indicador 16.a.1 de los ODS)  | Existencia de instituciones nacionales independientes de derechos humanos, en cumplimiento de los Principios de París (A: estatus)   | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>                          |
| Protección frente a los delitos de odio  | El informe “Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación” señala que la protección contra los delitos de odio está compuesta por “diferentes vehículos jurídicos para hacer frente a la violencia motivada por la orientación sexual de la víctima”. En el marco, los países se clasifican de la siguiente manera: 1= “sí existe protección”, 0 = “no existe protección” o 0,25 (en un número reducido de países) = “la protección no está disponible en todas las partes del país o no alcanza el umbral de la categoría”. | Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex |
| Protección frente a la incitación  | El informe “Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación” señala que la protección frente a la incitación requiere leyes que reconozcan “la importancia primordial de garantizar la seguridad y la protección de las comunidades marginadas”. En el marco, los países se clasifican de la siguiente manera: 1= “sí existe protección”, 0 = “no existe protección” o 0,25 (en un número reducido de países) = “la protección no está disponible en todas las partes del país o no alcanza el umbral de la categoría”.        | Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex |

**Cuadro 13.** Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 9

| INDICADOR  | POBLACIÓN                               | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|--|---|-------------|---------|---------|---------|
| Representación en las instituciones públicas (tasa de mujeres parlamentarias, cámara baja o unicameral) (indicador 16.7.1 de los ODS)                            | Mujeres a partir de los 18 años de edad | 0,125       | 0,9     | 0,75    | 0,6     |
| Representación en las instituciones públicas (tasa de personas jóvenes parlamentarias, cámara baja o unicameral) (indicador 16.7.1 de los ODS)                   | Hombres y mujeres de entre 18 y 44 años | 0,125       | 0,9     | 0,75    | 0,6     |
| Marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad de género (indicador 5.1.1 de los ODS, área 3, prestaciones laborales y económicas)       | Toda la población                       | 0,125       | 90      | 75      | 60      |
| Marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad de género (indicador 5.1.1 de los ODS, área 1, marcos jurídicos generales y vida pública) | Toda la población                       | 0,125       | 90      | 75      | 60      |
| Instituciones nacionales de derechos humanos – A: Estatus (indicador 16.a.1 de los ODS)  | Toda la población                       | 0,25        | 0,9     | 0,75    | 0,6     |
| Protección frente a los delitos de odio  | Toda la población                       | 0,125       | 0,9     | 0,75    | 0,6     |
| Protección frente a la incitación  | Toda la población                       | 0,125       | 0,9     | 0,75    | 0,6     |

**Compromiso mundial 10:** Proporcionar datos de calidad, oportunos y desglosados, que garanticen la privacidad de los ciudadanos e incluyan asimismo a los adolescentes más jóvenes; invertir en innovaciones digitales en materia de salud, entre ellos los sistemas de macrodatos; y mejorar los sistemas de datos para fundamentar las políticas destinadas a lograr el desarrollo sostenible.

Los cuadros 14 y 15 muestran los indicadores, las ponderaciones y los umbrales de corte del compromiso 10.

**Cuadro 14.** Indicadores y definiciones del compromiso mundial 10

| INDICADOR  | DEFINICIÓN   | FUENTE   |
|--|--|--|
| Inventario de Datos Abiertos (ODIN) de Open Data Watch - puntuación global | Este inventario evalúa la cobertura y la apertura de las estadísticas oficiales, con el objetivo de realizar un seguimiento de la evolución de los datos abiertos pertinentes para el desarrollo económico, social y ambiental de un país. La puntuación global es un indicador del nivel de exhaustividad y apertura de la oferta de datos de una oficina nacional de estadística. Así pues, comprende una subpuntuación relativa a la cobertura (cuán exhaustiva es la oferta de datos del país) y una subpuntuación relativa a la apertura (hasta qué punto dichos datos cumplen las normas recomendadas por <a href="#">Open Definition</a> y <a href="#">Open Data Charter</a> ). | <a href="#">Inventario de Datos Abiertos (ODIN) de Open Data Watch</a> |

| INDICADOR   | DEFINICIÓN  | FUENTE   |
|---|---|--|
| Exhaustividad del registro de los nacimientos (indicador 17.19.2 de los ODS ) | Proporción de países que han registrado el 100% de los nacimientos.   | <i>Estado Mundial de la Infancia</i> , UNICEF  |
| Exhaustividad del censo (indicador 17.19.2 de los ODS)                        | Proporción de países que han realizado al menos un censo de población y vivienda en los últimos diez años.  | <a href="#">Base de datos mundial de los ODS</a>   |
| Exhaustividad del registro de las defunciones (indicador 17.19.2 de los ODS ) | Proporción de países que han registrado el 80% de las defunciones.  | <i>Population and Vital Statistics Report</i> de la División de Estadística de las Naciones Unidas y <i>World Population Prospects</i> de la División de Población de las Naciones Unidas. |
| Conjunto de datos operacionales comunes - estadísticas demográficas           | Los conjuntos de datos operacionales comunes son conjuntos de datos de referencia de fuentes autorizadas que sirven para apoyar las operaciones y la toma de decisiones de todos los actores que participan en una respuesta humanitaria. Las estadísticas demográficas “actualizadas” de los conjuntos de datos cuentan con algún año de referencia dentro de los tres años previos al año en curso. | <a href="#">Conjuntos de datos operacionales comunes de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)</a>  |

**Cuadro 15.** Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 10

| INDICADOR   | POBLACIÓN         | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|---|-------------------|-------------|---------|---------|---------|
| Inventario de Datos Abiertos (ODIN) de Open Data Watch - puntuación global    | Toda la población | 0,2         | 90      | 75      | 60      |
| Exhaustividad del registro de los nacimientos (indicador 17.19.2 de los ODS ) | Nacimientos       | 0,2         | 0,9     | 0,75    | 0,6     |
| Exhaustividad del censo (indicador 17.19.2 de los ODS)                        | Toda la población | 0,2         | 0,9     | 0,75    | 0,6     |
| Exhaustividad del registro de las defunciones (indicador 17.19.2 de los ODS ) | Defunciones       | 0,2         | 0,9     | 0,75    | 0,6     |
| Conjunto de datos operacionales comunes - estadísticas demográficas           | Toda la población | 0,2         | 0,9     | 0,75    | 0,6     |

**Compromiso mundial 11:** Comprometerse con la noción de que no puede debatirse ni decidirse nada sobre la salud y el bienestar de los jóvenes sin su intervención y participación significativa (“nada sobre nosotros, sin nosotros”).

Para llevar a cabo el seguimiento del compromiso mundial 11, se empleó el índice de empoderamiento juvenil que estaba desarrollando el UNFPA. Este índice se elaboró utilizando seis ámbitos, cada uno de ellos compuesto por tres subámbitos (recursos, capacidad de decisión y logros) con diversos indicadores. No se incluyeron los ámbitos “género y autonomía” ni “empoderamiento en materia de salud sexual y reproductiva” debido a que se solaparían con indicadores empleados en otros compromisos. Los cuadros 16 y 17 muestran los ámbitos, las ponderaciones y los umbrales de corte del compromiso 11.

**Cuadro 16.** Ámbitos y definiciones del compromiso mundial 11.

| INDICADOR   | DEFINICIÓN   | FUENTE                           |
|---|--|----------------------------------|
| Empoderamiento económico                                      | Este ámbito abarca los subámbitos de recursos, capacidad de decisión y logros y guarda relación con el componente "Mi vida" de la estrategia mundial del UNFPA para adolescentes y jóvenes.  | Índice de empoderamiento juvenil |
| Educación   | Este ámbito abarca los subámbitos de recursos, capacidad de decisión y logros y guarda relación con el componente "Mi vida" de la estrategia mundial del UNFPA para adolescentes y jóvenes.  | Índice de empoderamiento juvenil |
| Políticas de juventud y participación política de los jóvenes | Este ámbito abarca los subámbitos de recursos, capacidad de decisión y logros y guarda relación con el componente "Mi mundo" de la estrategia mundial del UNFPA para adolescentes y jóvenes. | Índice de empoderamiento juvenil |
| Seguridad y protección  | Este ámbito abarca los subámbitos de recursos, capacidad de decisión y logros y guarda relación con el componente "Mi mundo" de la estrategia mundial del UNFPA para adolescentes y jóvenes. | Índice de empoderamiento juvenil |

**Cuadro 17.** Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 11

| INDICADOR   | POBLACIÓN                               | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|---|---|-------------|---------|---------|---------|
| Empoderamiento económico                                      | Hombres y mujeres de entre 15 y 24 años | 0,25        | 0,7     | 0,6     | 0,5     |
| Educación   | Hombres y mujeres de entre 15 y 24 años | 0,25        | 0,7     | 0,6     | 0,5     |
| Políticas de juventud y participación política de los jóvenes | Hombres y mujeres de entre 15 y 24 años | 0,25        | 0,7     | 0,6     | 0,5     |
| Seguridad y protección  | Hombres y mujeres de entre 15 y 24 años | 0,25        | 0,7     | 0,6     | 0,5     |

**Compromiso mundial 12:** Garantizar que las necesidades y los derechos humanitarios básicos de las poblaciones afectadas, especialmente los de las niñas y las mujeres, se aborden como componentes críticos de las respuestas a las crisis humanitarias y ambientales, así como en contextos de reconstrucción frágiles y posteriores a las crisis, mediante la provisión de acceso a información, educación y servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a servicios de aborto en condiciones de seguridad al mayor grado permitido por la ley, y a la atención posterior al aborto, a fin de reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad maternas, la violencia sexual y de género y los embarazos no planeados en esas condiciones.

Se seleccionó un indicador para llevar a cabo el seguimiento del compromiso mundial 12, cuya definición, ponderación y umbrales de corte figuran en los cuadros 18 y 19. El indicador únicamente refleja los países de las categorías regionales que precisaron asistencia humanitaria en 2020.



**Cuadro 18.** Indicador y definición del compromiso mundial 12

| INDICADOR  | DEFINICIÓN  | FUENTE                |
|--|---|-----------------------|
| Acción humanitaria “recibida” en comparación con la “solicitada” | Cobertura de las necesidades financiación de cada país; proporción de financiación “recibida”, en comparación con la “solicitada”, para fines de acción humanitaria, con el objetivo de atender las necesidades específicas de mujeres, niñas y personas jóvenes, especialmente las relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y para prevenir y combatir la violencia de género. | <a href="#">UNFPA</a> |

**Cuadro 19.** Ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores del compromiso mundial 12

| INDICADOR  | POBLACIÓN         | PONDERACIÓN | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|--|-------------------|-------------|---------|---------|---------|
| Acción humanitaria “recibida” en comparación con la “solicitada” | Toda la población | 1           | 0,9     | 0,75    | 0,6     |

El cuadro 20 muestra los umbrales de corte, ajustados a escala, de cada compromiso mundial, los cuales se emplearon para generar los colores del sistema de evaluación de cada indicador.

**Cuadro 20.** Umbrales de corte, ajustados a escala, de cada uno de los compromisos mundiales

|               | CORTE 1 | CORTE 2 | CORTE 3 |
|---------------|---------|---------|---------|
| Compromiso 1  | 0,900   | 0,753   | 0,607   |
| Compromiso 2  | 0,930   | 0,725   | 0,520   |
| Compromiso 3  | 0,898   | 0,816   | 0,733   |
| Compromiso 4  | 0,945   | 0,839   | 0,733   |
| Compromiso 5  | 0,965   | 0,724   | 0,483   |
| Compromiso 8  | 0,911   | 0,822   | 0,733   |
| Compromiso 9  | 0,900   | 0,750   | 0,600   |
| Compromiso 10 | 0,900   | 0,750   | 0,600   |
| Compromiso 11 | 0,700   | 0,600   | 0,500   |
| Compromiso 12 | 0,900   | 0,750   | 0,600   |

**Cuadro 21.** Umbrales de corte, ajustados a escala, de los indicadores de cada uno de los compromisos

|   | CORTE 1<br>A ESCALA | CORTE 2<br>A ESCALA | CORTE 3<br>A ESCALA |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Compromiso 2</b>   |                     |                     |                     |
| Tasa de fecundidad de las adolescentes  | 0,875               | 0,8125              | 0,75                |
| Leyes y reglamentos relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva (indicador 5.6.2 de los ODS - anticonceptivos y planificación familiar) | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos, todas las mujeres  | 1                   | 0,625               | 0,25                |
| <b>Compromiso 3</b>   |                     |                     |                     |

|  | CORTE 1<br>A ESCALA | CORTE 2<br>A ESCALA | CORTE 3<br>A ESCALA |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| Índice de cobertura sanitaria universal  | 0,8                 | 0,7                 | 0,6                 |
| Leyes y reglamentos relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva (indicador 5.6.2 de los ODS, sección 1, atención de la maternidad) | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Partos atendidos por personal sanitario especializado (indicador 3.1.2 de los ODS)   | 0,98                | 0,94                | 0,9                 |
| Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS)  | 0,93913             | 0,908696            | 0,878261            |
| Leyes mundiales sobre el aborto  | 0,75                | 0,5                 | 0,25                |
| <b>Compromiso 4</b>  |                     |                     |                     |
| Mujeres de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 15 años  | 1                   | 0,875               | 0,75                |
| Mujeres de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 18 años  | 1                   | 0,958333            | 0,916667            |
| Demanda de planificación familiar satisfecha mediante anticonceptivos modernos, entre 15 y 24 años   | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Nuevas infecciones por el VIH (indicador 3.3.1 de los ODS)   | 0,98                | 0,94                | 0,9                 |
| Leyes y reglamentos relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva (5.6.2, sección 3, educación sexual)                               | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| <b>Compromiso 5</b>  |                     |                     |                     |
| Violencia a manos de la pareja (indicador 5.2.1 de los ODS)  | 1                   | 0,625               | 0,25                |
| Mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas antes de cumplir los 15 años (indicador 5.3.1 de los ODS)*                                     | 1                   | 0,666667            | 0,333333            |
| Marco jurídico (indicador 5.1.1 de los ODS, área 2, violencia contra las mujeres)  | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Países que realizan un seguimiento de la igualdad de género (indicador 5.c.1 de los ODS)   | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Los actos sexuales entre personas del mismo sexo son legales   | 1                   | 0,9                 | 0,8                 |
| <b>Compromiso 8</b>  |                     |                     |                     |
| Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria  | 0,9                 | 0,8                 | 0,7                 |
| Jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación   | 0,833333            | 0,791667            | 0,75                |
| Mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas antes de cumplir los 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS)                                      | 1                   | 0,875               | 0,75                |
| <b>Compromiso 9</b>  |                     |                     |                     |
| Mujeres parlamentarias (indicador 16.7.1 de los ODS)   | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Personas jóvenes parlamentarias (indicador 16.7.1 de los ODS)  | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Prestaciones laborales y económicas (indicador 5.1.1 de los ODS, área 3, prestaciones laborales y económicas)                                    | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Marcos jurídicos generales y vida pública (indicador 5.1.1 de los ODS, área 1, marcos jurídicos generales y vida pública)                        | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Instituciones independientes de derechos humanos (indicador 16.a.1 de los ODS, A: estatus)   | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Protección frente a los delitos de odio  | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Protección frente a la incitación  | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |

|  | CORTE 1<br>A ESCALA | CORTE 2<br>A ESCALA | CORTE 3<br>A ESCALA |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Compromiso 10</b>   |                     |                     |                     |
| Índice de Open Data Watch  | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Registro de los nacimientos (indicador 17.19.2 de los ODS)       | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Censo (indicador 17.19.2 de los ODS)                             | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Registro de las defunciones (indicador 17.19.2 de los ODS)       | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| Conjunto de datos operacionales comunes                          | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |
| <b>Compromiso 11</b>   |                     |                     |                     |
| Empoderamiento económico   | 0,7                 | 0,6                 | 0,5                 |
| Educación  | 0,7                 | 0,6                 | 0,5                 |
| Políticas de juventud y participación política de los jóvenes    | 0,7                 | 0,6                 | 0,5                 |
| Seguridad y protección   | 0,7                 | 0,6                 | 0,5                 |
| <b>Compromiso 12</b>   |                     |                     |                     |
| Acción humanitaria “recibida” en comparación con la “solicitada” | 0,9                 | 0,75                | 0,6                 |

## Resultados del Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales

El cuadro 22 muestra el número de países incluidos en cada región. Los resultados de cada compromiso se muestran en los cuadros que figuran más adelante. Cada cuadro muestra, para cada indicador, los valores de los índices, el color del sistema de evaluación, el número de países y el porcentaje de población representado por los datos disponibles.

**Cuadro 22.** Agrupaciones regionales empleadas en el marco

| REGIÓN                                 | NÚMERO DE PAÍSES INCLUIDOS EN LA REGIÓN |
|--|---|
| Asia Central y Meridional              | 13                                      |
| Asia Oriental y Sudoriental            | 14                                      |
| Europa y América del Norte             | 26                                      |
| América Latina y el Caribe             | 26                                      |
| África Septentrional y Asia Occidental | 17                                      |
| Oceanía                                | 10                                      |
| África Subsahariana                    | 48                                      |

**Cuadro 23.** Resultados del compromiso mundial 1 por región

| REGIÓN                                 | VALOR DEL ÍNDICE COMPUESTO |
|--|----------------------------|
| Asia Central y Meridional              | 0,629                      |
| Asia Oriental y Sudoriental            | 0,769                      |
| Europa y América del Norte             | 0,838                      |
| América Latina y el Caribe             | 0,701                      |
| África Septentrional y Asia Occidental | 0,653                      |
| Oceanía                                | <i>sin datos</i>           |
| África Subsahariana                    | 0,531                      |

**Cuadro 24.** Resultados del compromiso mundial 2 por región

|  |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| <b>Tasa de fecundidad de las adolescentes</b>  | Valor del índice | 0,872                     | 0,895                       | 0,930                      | 0,685                      | 0,780                                  | 0,914   | 0,475               |
|  | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 25                         | 17                                     | 9       | 48                  |
|  | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 100%    | 100%                |
| <b>Número de países con leyes y reglamentos que garantizan un acceso igualitario a la atención de la salud sexual y reproductiva (indicador 5.6.2 de los ODS - anticonceptivos y planificación familiar)</b> | Valor del índice | 0,608                     | 0,878                       | 0,944                      | 0,679                      | 0,739                                  | 0,965   | 0,772               |
|  | Núm. de países   | 10                        | 9                           | 14                         | 12                         | 9                                      | 2       | 33                  |
|  | % de población   | 76,9%                     | 64,3%                       | 53,8%                      | 46,2%                      | 52,9%                                  | 20,0%   | 68,8%               |
| <b>Necesidades insatisfechas de métodos modernos, total (todas las mujeres)</b>  | Valor del índice | 0,637                     | 0,775                       | 0,707                      | 0,725                      | 0,589                                  | 0,740   | 0,510               |
|  | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 24                         | 25                         | 17                                     | 8       | 47                  |
|  | % de población   | 100,0%                    | 100,0%                      | 99,9%                      | 100,0%                     | 100,0%                                 | 99,5%   | 100,0%              |

**Cuadro 25.** Resultados del compromiso mundial 3 por región

|   |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| <b>Índice de cobertura sanitaria universal (indicador 3.8.1 de los ODS)</b>   | Valor del índice | 0,536                     | 0,745                       | 0,818                      | 0,760                      | 0,659                                  | 0,844   | 0,441               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 25                         | 16                                     | 9       | 48                  |
|   | % de población   | 100,0%                    | 100,0%                      | 100,0%                     | 100,0%                     | 98,9%                                  | 100,0%  | 100,0%              |
| <b>Número de países con leyes y reglamentos que garantizan un acceso igualitario a la atención de la salud sexual y reproductiva (indicador 5.6.2 de los ODS - atención de la maternidad)</b> | Valor del índice | 0,659                     | 0,668                       | 0,844                      | 0,677                      | 0,663                                  | 0,810   | 0,705               |
|   | Núm. de países   | 7                         | 8                           | 12                         | 9                          | 9                                      | 1       | 24                  |
|   | % de población   | 53,8%                     | 57,1%                       | 46,2%                      | 34,6%                      | 52,9%                                  | 10,0%   | 50,0%               |
| <b>Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (indicador 3.1.2 de los ODS)</b>   | Valor del índice | 0,781                     | 0,960                       | 0,991                      | 0,956                      | 0,883                                  | 0,975   | 0,625               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 22                         | 25                         | 16                                     | 9       | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 87%                        | 100%                       | 98,40%                                 | 100%    | 100%                |
| <b>Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS)</b>  | Valor del índice | 0,869                     | 0,947                       | 0,990                      | 0,941                      | 0,933                                  | 0,990   | 0,553               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 25                         | 17                                     | 9       | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 100%    | 100%                |
| <b>Leyes mundiales sobre el aborto</b>  | Valor del índice | 0,712                     | 0,607                       | 0,923                      | 0,413                      | 0,500                                  | 0,500   | 0,464               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 25                         | 17                                     | 9       | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 90%     | 100%                |

**Cuadro 26.** Resultados del compromiso mundial 4 por región

|  |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía          | África Subsahariana |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|------------------|---------------------|
| <b>Porcentaje de mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 15 años</b>   | Valor del índice | 0,929                     | 0,982                       | 0,999                      | 0,904                      | 0,966                                  | <i>sin datos</i> | 0,759               |
|  | Núm. de países   | 12                        | 7                           | 3                          | 13                         | 8                                      |                  | 40                  |
|  | % de población   | 100%                      | 34,00%                      | 5%                         | 81,80%                     | 61,50%                                 |                  | 96,90%              |
| <b>Porcentaje de mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 18 años</b>   | Valor del índice | 0,812                     | 0,879                       | 0,945                      | 0,706                      | 0,875                                  | <i>sin datos</i> | 0,546               |
|  | Núm. de países   | 12                        | 7                           | 3                          | 13                         | 8                                      |                  | 40                  |
|  | % de población   | 100%                      | 34,00%                      | 5%                         | 81,80%                     | 61,50%                                 |                  | 96,90%              |
| <b>Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos (todas las mujeres de entre 15 y 24 años)</b>  | Valor del índice | 0,438                     | 0,719                       | 0,657                      | 0,671                      | 0,497                                  | <i>sin datos</i> | 0,456               |
|  | Núm. de países   | 8                         | 5                           | 3                          | 10                         | 5                                      |                  | 39                  |
|  | % de población   | 75,2%                     | 27,2%                       | 4,9%                       | 56,7%                      | 34,8%                                  | 0,0%             | 95,5%               |
| <b>Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados (de entre 15 y 24 años) (indicador 3.3.1 de los ODS)</b>  | Valor del índice | 0,989                     | 0,970                       | 0,988                      | 0,979                      | 0,995                                  | 0,998            | 0,833               |
|  | Núm. de países   | 8                         | 9                           | 9                          | 19                         | 10                                     | 3                | 44                  |
|  | % de población   | 20,20%                    | 21,20%                      | 19,70%                     | 44,60%                     | 65,90%                                 | 93,20%           | 97,70%              |
| <b>Número de países con leyes y reglamentos que garantizan un acceso igualitario a la atención de la salud sexual y reproductiva (indicador 5.6.2 de los ODS - educación sexual)</b> | Valor del índice | 0,410                     | 0,891                       | 0,955                      | 0,578                      | 0,320                                  | 0,500            | 0,487               |
|  | Núm. de países   | 9                         | 8                           | 11                         | 12                         | 9                                      | 2                | 32                  |
|  | % de población   | 69,2%                     | 57,1%                       | 42,3%                      | 46,2%                      | 52,9%                                  | 20,0%            | 66,7%               |

**Cuadro 27: Resultados del compromiso mundial 5 por región**

|   |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| <b>Violencia contra las mujeres ejercida por su pareja (indicador 5.2.1 de los ODS)</b>   | Valor del índice | 0,538                     | 0,805                       | 0,871                      | 0,795                      | 0,675                                  | 0,879   | 0,496               |
|   | Núm. de países   | 11                        | 12                          | 25                         | 23                         | 11                                     | 9       | 39                  |
|   | % de población   | 97,9%                     | 97,3%                       | 91,3%                      | 99,9%                      | 69,0%                                  | 100%    | 94,4%               |
| <b>Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 15 años (indicador 5.3.1 de los ODS - menos de 15 años)</b>                             | Valor del índice | 0,775                     | 0,934                       | 0,988                      | 0,835                      | 0,871                                  | 0,883   | 0,642               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 10                          | 6                          | 20                         | 15                                     | 5       | 45                  |
|   | % de población   | 100%                      | 36,0%                       | 7,1%                       | 86,4%                      | 97,9%                                  | 6,0%    | 99,7%               |
| <b>Determinar si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad y la no discriminación por razón de sexo (indicador 5.1.1 de los ODS - violencia contra las mujeres)</b> | Valor del índice | 0,833                     | 0,736                       | 0,830                      | 0,852                      | 0,595                                  | 0,917   | 0,656               |
|   | Núm. de países   | 6                         | 6                           | 22                         | 18                         | 7                                      | 3       | 16                  |
|   | % de población   | 46,2%                     | 42,9%                       | 84,6%                      | 69,2%                      | 41,2%                                  | 30,0%   | 33,3%               |
| <b>Proporción de países con sistemas para el seguimiento de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y la asignación de fondos públicos para ese fin (indicador 5.c.1 de los ODS)</b>         | Valor del índice | 0,750                     | 0,833                       | 1,000                      | 0,857                      | 0,857                                  | 1,000   | 0,808               |
|   | Núm. de países   | 4                         | 6                           | 3                          | 7                          | 7                                      | 5       | 26                  |
|   | % de población   | 30,8%                     | 42,9%                       | 11,5%                      | 26,9%                      | 41,2%                                  | 50,0%   | 54,2%               |
| <b>Los actos sexuales consensuales entre personas del mismo sexo son legales</b>  | Valor del índice | 0,385                     | 0,857                       | 1,000                      | 0,846                      | 0,412                                  | 0,500   | 0,458               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 26                         | 17                                     | 10      | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 100%    | 100%                |



**Cuadro 28: Resultados del compromiso mundial 8 por región**

|  |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria  | Valor del índice | 0,599                     | 0,745                       | 0,929                      | 0,800                      | 0,686                                  | 0,918   | 0,339               |
|  | Núm. de países   | 11                        | 8                           | 25                         | 23                         | 13                                     | 6       | 35                  |
|  | % de población   | 99,7%                     | 33,0%                       | 99,8%                      | 97,5%                      | 78,4%                                  | 95,5%   | 58,4%               |
| Proporción de jóvenes (de entre 15 y 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (indicador 8.6.1 de los ODS)                              | Valor del índice | 0,504                     | 0,725                       | 0,801                      | 0,654                      | 0,495                                  | 0,824   | 0,603               |
|  | Núm. de países   | 10                        | 11                          | 26                         | 21                         | 13                                     | 9       | 37                  |
|  | % de población   | 98,2%                     | 40,4%                       | 100,0%                     | 98,6%                      | 86,2%                                  | 100,0%  | 92,9%               |
| Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS - menos de 18 años) | Valor del índice | 0,654                     | 0,805                       | 0,951                      | 0,702                      | 0,769                                  | 0,772   | 0,558               |
|  | Núm. de países   | 13                        | 10                          | 8                          | 20                         | 15                                     | 5       | 45                  |
|  | % de población   | 100,0%                    | 36,0%                       | 15,6%                      | 86,4%                      | 97,9%                                  | 6,0%    | 99,7%               |

**Cuadro 29. Resultados del compromiso mundial 9 por región**

|   |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Representación en las instituciones públicas (tasa de mujeres parlamentarias, cámara baja o unicameral) (indicador 16.7.1 de los ODS)   | Valor del índice | 0,335                     | 0,459                       | 0,612                      | 0,549                      | 0,410                                  | 0,642   | 0,460               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 24                         | 14                                     | 9       | 47                  |
|   | % de población   | 100,0%                    | 100,0%                      | 100,0%                     | 98,4%                      | 87,2%                                  | 100,0%  | 99,7%               |
| Representación en las instituciones públicas (tasa de personas jóvenes parlamentarias, cámara baja o unicameral) (indicador 16.7.1 de los ODS)  | Valor del índice | 0,364                     | 0,311                       | 0,706                      | 0,761                      | 0,470                                  | 0,561   | 0,478               |
|   | Núm. de países   | 10                        | 8                           | 25                         | 15                         | 9                                      | 5       | 21                  |
|   | % de población   | 97,7%                     | 92,3%                       | 95,5%                      | 56,7%                      | 42,0%                                  | 97,8%   | 67,0%               |
| Determinar si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad y la no discriminación por razón de sexo (indicador 5.1.1 de los ODS - prestaciones laborales y económicas)       | Valor del índice | 0,417                     | 0,683                       | 0,905                      | 0,778                      | 0,600                                  | 0,900   | 0,663               |
|   | Núm. de países   | 6                         | 6                           | 22                         | 18                         | 7                                      | 3       | 16                  |
|   | % de población   | 46,2%                     | 42,9%                       | 84,6%                      | 69,2%                      | 41,2%                                  | 30,0%   | 33,3%               |
| Determinar si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad y la no discriminación por razón de sexo (indicador 5.1.1 de los ODS - marcos jurídicos generales y vida pública) | Valor del índice | 0,683                     | 0,606                       | 0,814                      | 0,726                      | 0,570                                  | 0,700   | 0,655               |
|   | Núm. de países   | 6                         | 6                           | 22                         | 18                         | 7                                      | 3       | 16                  |
|   | % de población   | 46,2%                     | 42,9%                       | 84,6%                      | 69,2%                      | 41,2%                                  | 30,0%   | 33,3%               |
| Existencia de instituciones nacionales independientes de derechos humanos en cumplimiento de los Principios de París (indicador 16.A.1 de los ODS - A estatus)  | Valor del índice | 0,308                     | 0,500                       | 0,731                      | 0,615                      | 0,471                                  | 0,400   | 0,479               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 26                         | 17                                     | 10      | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 100%    | 100%                |
| Protección frente a los delitos de odio (ILGA)  | Valor del índice | 0,000                     | 0,143                       | 0,548                      | 0,462                      | 0,059                                  | 0,225   | 0,083               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 26                         | 17                                     | 10      | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 100%    | 100%                |
| Protección frente a la incitación (ILGA)  | Valor del índice | 0,000                     | 0,000                       | 0,731                      | 0,346                      | 0,015                                  | 0,150   | 0,047               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 26                         | 17                                     | 10      | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 100%    | 100%                |

**Cuadro 30.** Resultados del compromiso mundial 10 por región

|   |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| <b>Índice de Open Data Watch - puntuación global (cobertura y apertura de las estadísticas oficiales)</b> | Valor del índice | 0,439                     | 0,538                       | 0,691                      | 0,457                      | 0,510                                  | 0,461   | 0,395               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 13                          | 26                         | 23                         | 16                                     | 7       | 45                  |
|   | % de población   | 100%                      | 92,9%                       | 100%                       | 88,5%                      | 94,1%                                  | 70,0%   | 93,8%               |
| <b>Exhaustividad del registro de los nacimientos (indicador 17.19.2 de los ODS )</b>                      | Valor del índice | 0,556                     | 0,625                       | 1,000                      | 0,600                      | 0,813                                  | 0,571   | 0,222               |
|   | Núm. de países   | 9                         | 8                           | 26                         | 24                         | 16                                     | 6       | 27                  |
|   | % de población   | 69,2%                     | 57,1%                       | 100%                       | 96,2%                      | 94,1%                                  | 70,0%   | 56,3%               |
| <b>Exhaustividad del censo (indicador 17.19.2 de los ODS)</b>   | Valor del índice | 0,692%                    | 1,000                       | 0,923                      | 0,885                      | 0,588                                  | 1,000   | 0,688               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 26                         | 17                                     | 10      | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 100%    | 100%                |
| <b>Exhaustividad del registro de las defunciones (indicador 17.19.2 de los ODS )</b>                      | Valor del índice | 0,889                     | 0,750                       | 1,000                      | 0,760                      | 0,625                                  | 0,571   | 0,273               |
|   | Núm. de países   | 9                         | 8                           | 26                         | 24                         | 16                                     | 6       | 22                  |
|   | % de población   | 69,2%                     | 57,1%                       | 100%                       | 96,2%                      | 94,1%                                  | 70,0%   | 45,8                |
| <b>Conjunto de datos operacionales comunes</b>  | Valor del índice | 0,846                     | 0,929                       | 0,231                      | 1,000                      | 0,882                                  | 0,600   | 1,000               |
|   | Núm. de países   | 13                        | 14                          | 26                         | 26                         | 17                                     | 10      | 48                  |
|   | % de población   | 100%                      | 100%                        | 100%                       | 100%                       | 100%                                   | 100%    | 100%                |

**Cuadro 31.** Resultados del compromiso mundial 11 por región

|  |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| <b>Empoderamiento económico</b>                                      | Valor del índice | 0,622                     | 0,666                       | 0,706                      | 0,641                      | 0,569                                  | 0,709   | 0,629               |
| <b>Educación</b>   | Valor del índice | 0,501                     | 0,670                       | 0,803                      | 0,772                      | 0,674                                  | 0,785   | 0,472               |
| <b>Políticas de juventud y participación política de los jóvenes</b> | Valor del índice | 0,462                     | 0,272                       | 0,443                      | 0,525                      | 0,350                                  | 0,485   | 0,476               |
| <b>Seguridad y protección</b>  | Valor del índice | 0,626                     | 0,688                       | 0,735                      | 0,548                      | 0,574                                  | 0,815   | 0,568               |

**Cuadro 32.** Resultados del compromiso mundial 12 por región

| Indicadores/Región  |                  | Asia Central y Meridional | Asia Oriental y Sudoriental | Europa y América del Norte | América Latina y el Caribe | África Septentrional y Asia Occidental | Oceanía | África Subsahariana |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| <b>Proporción de financiación "recibida", en comparación con la "solicitada", para fines de acción humanitaria, con el objetivo de atender las necesidades específicas de mujeres, niñas y personas jóvenes, especialmente las relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y para prevenir y combatir la violencia de género</b> | Valor del índice | 0,593                     | 0,913                       | 0,775                      | 0,388                      | 0,641                                  | 1,000   | 0,450               |
|   | Núm. de países   | 6                         | 4                           | 2                          | 10                         | 10                                     | 1       | 29                  |
|   | % de población   | 46,2%                     | 28,6%                       | 7,7%                       | 38,5%                      | 58,8%                                  | 10,0%   | 60,4%               |

## **MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE ALTO NIVEL**

### **Copresidentes**

- Excmo. Sr. Jakaya Mrisho Kikwete, Expresidente de la República Unida de Tanzania
- Excm. Sra. Michaëlle Jean, ex Gobernadora General y Comandante en Jefe del Canadá; ex Secretaria General de la Organización Internacional de la Francofonía

### **Miembros**

- Su Alteza Real la Princesa Heredera María de Dinamarca, Condesa de Monpezat
- Hatim Aznague, Fundador y Presidente de la asociación Sustainable Development's Youth (Marruecos)
- Alvaro Bermejo, Director General de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)
- Rudelmar Bueno de Faria, Secretario General (Director Ejecutivo) de Action by Churches Together (ACT) Alliance
- Franka Cadée, Presidenta de la Confederación Internacional de Matronas (ICM)
- Alexandra Chichikova, Miss Silla de Ruedas 2017 y defensora de la salud
- Martin Chungong, Secretario General de la Unión Interparlamentaria
- Jaha Dukureh, Directora General de Safe Hands for Girls
- Mary-Ann Etiebet, Directora Ejecutiva de Merck for Mothers
- Senait Fisseha, Directora de Programas Internacionales de la Susan Thomas Buffett Foundation y Asesora Principal del Director General de la OMS
- Lorence Kabasele Birungi, Presidenta de AfriYAN para África Oriental y Meridional
- Martin Karadzhov, Miembro de la Junta y Director del Comité Directivo de Jóvenes de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA World)
- Honorable Angélica Lozano Correa, abogada, activista cívica y Senadora de Colombia
- Sangeet Kayastha, Coordinador de la Red de educación entre jóvenes (Y-PEER) en el Centro de Asia y el Pacífico
- Hans Linde, Presidente de la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU)
- Latanya Mapp Frett, Presidenta y Directora General del Fondo Global de Mujeres
- Lucy Mulenkei, Directora Ejecutiva de la Red de Información para los Pueblos Indígenas
- Friday Okonofua, Profesor de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Benin (Nigeria)
- Sara Pantuliano, Directora Ejecutiva del Overseas Development Institute (ODI)
- Bandana Rana, Vicepresidenta del Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas
- Gamal Serour, Profesor de Ginecología y Obstetricia y Director del Centro Islámico Internacional de Estudios e Investigaciones Demográficas de la Universidad de Al Azhar
- Keizo Takemi, Miembro de la Cámara de Consejeros del Parlamento Japonés y Embajador de Buena Voluntad de la OMS
- Nahid Toubia, Directora del Instituto de Salud y Derechos Reproductivos del Sudán
- Jayathma Wickramanayake, Enviada del Secretario General de las Naciones Unidas para la Juventud
- Excm. Sra. Lindiwe Zulu, Ministra de Desarrollo Social de Sudáfrica y Presidenta de Asociados para la Población y el Desarrollo

## **SECRETARÍA DE LA COMISIÓN DE ALTO NIVEL Y EQUIPOS DE APOYO**

### **Secretaría**

- Saskia Schellekens, Coordinadora Mundial de Seguimiento de la CIPD25 y Responsable de la Secretaría de la Comisión de Alto Nivel
- De-Jane Gibbons, Especialista en Coordinación de Seguimiento de la CIPD25
- Gabriela Ullauri, Consultora de Comunicación y Divulgación de Seguimiento de la CIPD25
- Lisha Du, Consultora Técnica Subalterna de Seguimiento de la CIPD25
- Lily Tong, Asociada Ejecutiva de Seguimiento de la CIPD25

### **Sherpas y equipos de apoyo**

- Copresidente, Su Excelencia el Expresidente Kikwete: Togolani Mavura (hasta mediados de 2021) y Adam Issara, Secretarios Privados
- Copresidenta, Excma. Sra. Michaëlle Jean: Paul Cormier, Asesor Especial

# NOTAS

- 1 Véase UNFPA, 2020a.
- 2 Para consultar un análisis adicional, véase IPPF, 2020b.
- 3 UNFPA, 2020d.
- 4 Archer y Provost, 2020.
- 5 UNFPA, 2020d.
- 6 White Ribbon Alliance, s.f.
- 7 Filby, McConville y Portela, 2016; Renfrew, McFadden, Bastos et al., 2014.
- 8 Miller, Abalos, Chamillard et al., 2016; Renfrew, Ateva, Dennis-Antwi et al., 2019.
- 9 Acria, s.f.
- 10 Adaptado a partir de Starrs, Ezeh, Barker et al., 2018.
- 11 Countdown 2030 Europe, 2021.
- 12 ONU-Mujeres y Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas, 2021.
- 13 Secretario General de las Naciones Unidas, 2020.
- 14 Ibid.
- 15 OMS y UNFPA, s.f.
- 16 OMS, 2019b.
- 17 UIT, 2021.
- 18 Ibid.
- 19 UNFPA, 2020c.
- 20 OCHA, 2021.
- 21 African Queer Youth Initiative, s.f.
- 22 Shenoy, 2020.
- 23 ONU-Mujeres Europa y Asia Central, 2021.
- 24 Malick Fall y Holmes à Court, 2021.
- 25 Naciones Unidas, 2021.
- 26 Chakraborty y Samuels, 2021.
- 27 Naciones Unidas, 2021.
- 28 UNICEF, 2021.
- 29 Sadinsky, Jarandilla Nuñez, Nabulega et al., 2020.
- 30 OMS, s.f.
- 31 UNICEF América Latina y el Caribe, 2020.
- 32 UNFPA, s.f.
- 33 UNFPA, 2021a.
- 34 Women Enabled International, 2020.
- 35 Ibid.
- 36 OMS, 2019a.
- 37 UNFPA, 2021b.
- 38 USA for UNHCR, s.f.
- 39 IRC, 2020.
- 40 Ibid.
- 41 Fisseha, Sen, Ghebreyesus et al., 2021.
- 42 OMS, 2021.
- 43 Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional, 2021.
- 44 UNFPA, 2021e.
- 45 Meagher, Singh y Patel, 2020.
- 46 Dagens Samhalle, 2021.
- 47 Hamad, Abu Hamra, Diab et al., 2020.
- 48 Srivatsa, 2020.
- 49 UNFPA, 2020c.
- 50 OMS, 2021.
- 51 [https://ippf-covid19.org/wp-content/uploads/2021/01/Covid19-Survey\\_Round-3-note\\_26TH-NOV-2020.pdf](https://ippf-covid19.org/wp-content/uploads/2021/01/Covid19-Survey_Round-3-note_26TH-NOV-2020.pdf)
- 52 OMS, 2021.
- 53 IPPF, 2020a.
- 54 ONU-Mujeres y PNUD, 2020. Rastreador Global de Respuestas de Género a la COVID-19. Sitio web: [data.undp.org/gendertracker/](https://data.undp.org/gendertracker/).
- 55 OMS, 2021.
- 56 Cousins, 2020.
- 57 Chattu, Abreu Lopes, Javed et al., 2021.
- 58 Sadinsky y Ahmed, 2021.
- 59 UNFPA, 2021f.
- 60 Sadinsky y Ahmed, 2021.
- 61 Samuels y Daigle, 2021.
- 62 Chattu, Abreu Lopes, Javed et al., 2021.
- 63 Starrs, Ezeh, Barker et al., 2018.
- 64 *Ibid.*
- 65 OMS, 2021.
- 66 Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, 2020.
- 67 Christian Aid, 2021.
- 68 UNFPA, 2021d.
- 69 Worley, 2021.
- 70 IPPF, s.f.
- 71 Countdown 2030 Europe, 2021.
- 73 Comisión de Población y Desarrollo, 2021.
- 72 Foro Parlamentario Europeo sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, 2021.
- 74 UNFPA, ICM y OMS, 2021.
- 75 Lal, Erondy, Heymann et al., 2021.
- 76 Ibid.
- 77 Ibid.
- 78 Sadinsky y Ahmed, 2021.
- 79 Fondo Mundial, s.f.
- 80 Esquivel, 2020.
- 81 Pilkington, 2021; Sheridan y Chaoul, 2021.
- 82 Rasheed, 2021; Lally, 2021; Al Jazeera, 2021.
- 83 Human Rights Watch, 2020.
- 84 BBC News, 2021.
- 85 McGowan, 2021.
- 86 NPR, 2021.
- 87 Ruxton y Burrell, 2020.
- 88 Centro de Derechos Reproductivos, s.f.
- 89 Peace Women, 2021.
- 90 Consejo de Derechos Humanos, 2018.



# REFERENCIAS

Acia, n.d. "Four Tenets of Sexual and Reproductive Justice." Website: <https://static1.squarespace.com/static/584edccc2e69cf27ac376416/t/5b3a4bd2562fa735c8d280d6/1530547161833/SRJ+Tenets.pdf>.

African Queer Youth Initiative, n.d. *Young and Outside the Margins: Impact of COVID-19 on African LGBT+ youth*. Website: <https://aqyi.org/resources/aqyi-report-young-and-outside-the-margins-impact-of-covid-19-on-african-lgbt/>.

Al Jazeera, 2021. "Thousands Protest Turkey's Exit from Domestic Violence Treaty." Website: [www.aljazeera.com/news/2021/3/27/thousands-protest-turkey-exit-domestic-violence-treaty](http://www.aljazeera.com/news/2021/3/27/thousands-protest-turkey-exit-domestic-violence-treaty).

Archer, Nandini, and Claire Provost, 2020. "Top Doctors and Lawyers Condemn 'Shocking' Treatment of Women in Childbirth During COVID-19." openDemocracy. Website: [www.opendemocracy.net/en/5050/doctors-lawyers-condemn-shocking-treatment-childbirth-covid/](http://www.opendemocracy.net/en/5050/doctors-lawyers-condemn-shocking-treatment-childbirth-covid/).

BBC News, 2021. "Poland Enforces Controversial Near-Total Abortion Ban." Website: [www.bbc.com/news/world-europe-55838210](http://www.bbc.com/news/world-europe-55838210).

CARE, 2020. *An Unequal Emergency: CARE Rapid Gender Analysis of the Refugee and Migrant Crisis in Colombia, Ecuador, Peru and Venezuela*. London: CARE. Website: [www.care-international.org/files/files/ENG\\_LAC\\_Regional\\_VZ\\_RGA\\_FINAL\\_compressed.pdf](http://www.care-international.org/files/files/ENG_LAC_Regional_VZ_RGA_FINAL_compressed.pdf).

Center for Reproductive Rights, n.d. "The World's Abortion Laws." Website: <https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws#accelerating-progress>.

Chakraborty, R., and F. Samuels, 2021. *Impact of COVID-19 on Adolescent Mental Health in Viet Nam and Tanzania*. London: ODI. Website: <https://odi.org/en/publications/impact-of-covid-19-on-adolescent-mental-health-in-viet-nam-and-tanzania/>.

Chattu, V. K., C. Abreu Lopes, S. Javed and others, 2021. "Fulfilling the Promise of Digital Health Interventions (DHI) to Promote Women's Sexual, Reproductive and Mental Health in the Aftermath of COVID-19." *Reproductive Health* 18(121). Website: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01168-x>.

Christian Aid, 2021. "Bridging the Gap: Fiscal justice in sexual and reproductive health and rights in Africa." Briefing paper. Website: [www.christianaid.org.uk/sites/default/files/2021-04/BridgingTheGapMarch21.pdf](http://www.christianaid.org.uk/sites/default/files/2021-04/BridgingTheGapMarch21.pdf).

Columbia University Mailman School of Public Health, 2020. "Gender Based Violence, SRHR, and COVID-19." Website: [www.publichealth.columbia.edu/research/global-health-justice-and-governance/gender-based-violence-srhr-and-covid-19](http://www.publichealth.columbia.edu/research/global-health-justice-and-governance/gender-based-violence-srhr-and-covid-19).

Commission on Population and Development, 2021. "Flow of Financial Resources for Assisting in the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development." Report of the Secretary-General. E/CN.9/2021/4. Website: <https://undocs.org/en/E/CN.9/2021/4>.

Countdown 2030 Europe, 2021. *European Donor Support to Sexual & Reproductive Health and Family Planning: Trends analysis 2019-2020*. Website: [www.countdown2030europe.org/storage/app/media/uploaded-files/Annual%20Tracking%20Report%2019-20%20-%20web.pdf#page=3&zoom=auto,-86,749](http://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/uploaded-files/Annual%20Tracking%20Report%2019-20%20-%20web.pdf#page=3&zoom=auto,-86,749).

Cousins, S., 2020. "COVID-19 Has 'Devastating' Effect on Women and Girls." *The Lancet* 296(10247): E301-302. Website: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31679-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31679-2/fulltext).

Dagens Samhalle, 2021. "Ensure the Right to Sexual and Reproductive Health After the Pandemic." 12 April. Website: [www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/sakerstall-ratten-till-sexuell-och-reproduktiv-halsa-efter-pandemin/](http://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/sakerstall-ratten-till-sexuell-och-reproduktiv-halsa-efter-pandemin/).

Esquivel, V., 2020. "Put Gender Equality at the Heart of the Post-COVID-19 Economic Recovery." ILO blog. Website: <https://iloblog.org/2020/08/20/put-gender-equality-at-the-heart-of-the-post-covid-19-economic-recovery/>.

European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2021. *Tip of the Iceberg: Religious extremists – funders against human rights for sexuality & reproductive health in Europe*. Website: [www.epfweb.org/node/837](http://www.epfweb.org/node/837).

Filby, A., F. McConville and A. Portela, 2016. "What Prevents Quality Midwifery Care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective." *PLoS one* 11(5): e0153391.

Fisseha, S., G. Sen, T. A. Ghebreyesus and others, 2021. "COVID-19: The turning point for gender equality." *The Lancet* 298(10299): 471-474. Website: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01651-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01651-2/fulltext).

FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), 2021. "FSRH Statement: Home use of abortion medicines is safe, more accessible and preferred by women, new national study shows." Website: [www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/](http://www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/).

Hamad, S., E. Abu Hamra, R. Diab and others, 2020. "Exploring the Impacts of COVID-19 on Adolescents in the Gaza Strip." London: GAGE/ODI. Website: [www.gage.odi.org/publication/exploring-the-impact-of-covid-19-on-adolescents-in-the-gaza-strip/](http://www.gage.odi.org/publication/exploring-the-impact-of-covid-19-on-adolescents-in-the-gaza-strip/).

Human Rights Council, 2021a. "Final Warning: Death threats and killings of human rights defenders." Report of the Special Rapporteur on the Situation of Human Rights Defenders, Mary Lawlor. A/HRC/46/35, 24 December.

Human Rights Council, 2021b. "Strategic Priorities of Work." Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng. A/HRC/47/28, 7 April. Website: <https://undocs.org/A/HRC/47/28>.

Human Rights Watch, 2020. "Bangladesh: Protests erupt over Rape case." Website: [www.hrw.org/news/2020/10/09/bangladesh-protests-erupt-over-rape-case#](http://www.hrw.org/news/2020/10/09/bangladesh-protests-erupt-over-rape-case#).

ICM, 2020. "ICM Urgently Calls for Governments to Provide Personal Protective Equipment to Midwives." The Hague: ICM. Website: [www.internationalmidwives.org/icm-news/icm-urgently-calls-for-governments-to-provide-ppe-to-midwives.html](http://www.internationalmidwives.org/icm-news/icm-urgently-calls-for-governments-to-provide-ppe-to-midwives.html).

ICM, 2021. *Building the Enabling Environment for Midwives: A call to action for policy makers*. The Hague: ICM. Website: [https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/07/11061-eng\\_icm-enabling-environment-policy-brief\\_v1.1\\_20210629.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/07/11061-eng_icm-enabling-environment-policy-brief_v1.1_20210629.pdf).

IPPF, n.d. "Submission of the International Planned Parenthood Federation: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health on the right of everyone to sexual and reproductive health – challenges and opportunities during COVID-19."

IPPF, 2020a. "COVID-19 Global Impact Assessment of IPPF Member Associations' 3rd Survey Results & Analysis." Website: [https://ippf-covid19.org/wp-content/uploads/2021/01/Covid19-Survey-Round-3-note\\_26TH-NOV-2020.pdf](https://ippf-covid19.org/wp-content/uploads/2021/01/Covid19-Survey-Round-3-note_26TH-NOV-2020.pdf).

IPPF, 2020b. *ICPD25 Nairobi Summit: Commitments Analysis*. IPPF. Website: [www.ippf.org/sites/default/files/2020-9/ICPD%2B25%20Nairobi%20Summit\\_Main%20Report\\_ENG.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/2020-9/ICPD%2B25%20Nairobi%20Summit_Main%20Report_ENG.pdf).

IPU, 2018. *Sexism, Harassment and Violence Against Women in Parliaments in Europe*. Geneva: IPU. Website: [www.ipu.org/resources/publications/issue-briefs/2018-10/sexism-harassment-and-violence-against-women-in-parliaments-in-europe](http://www.ipu.org/resources/publications/issue-briefs/2018-10/sexism-harassment-and-violence-against-women-in-parliaments-in-europe).

IPU, 2020. "Country Compilation of Parliamentary Responses to the Pandemic." Website: [www.ipu.org/country-compilation-parliamentary-responses-pandemic](http://www.ipu.org/country-compilation-parliamentary-responses-pandemic).

IRC, 2020. *What Happened? How The Humanitarian Response to COVID-19 Failed to Protect Women and Girls*. London: IRC. Website: [www.rescue.org/report/what-happened-how-humanitarian-response-covid-19-failed-protect-women-and-girls](http://www.rescue.org/report/what-happened-how-humanitarian-response-covid-19-failed-protect-women-and-girls).

ITU, 2021. "Bridging the Gender Divide." Website: [www.itu.int/en/mediacentre/backgrounders/Pages/bridging-the-gender-divide.aspx](http://www.itu.int/en/mediacentre/backgrounders/Pages/bridging-the-gender-divide.aspx).

Lal, A., N. A. Erond, D. L. Heymann and others, 2021. "Fragmented Health Systems in COVID-19: Rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage." *The Lancet* 397(10268): 61-67. Website: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00029-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00029-5/fulltext).

Lally, C., 2021. "Protest in Dublin against Gender-Based Violence." *The Irish Times*, 16 March. Website: [www.irishtimes.com/news/crime-and-law/protest-in-dublin-against-gender-based-violence-1.4512100](http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/protest-in-dublin-against-gender-based-violence-1.4512100).

Malick Fall, M. M., and P. Holmes à Court, 2021. "A Perfect Storm Is Pushing Children in Sub-Saharan Africa into Crisis." World Economic Forum. Website: [www.weforum.org/agenda/2021/03/perfect-storm-children-sub-saharan-africa-crisis/](http://www.weforum.org/agenda/2021/03/perfect-storm-children-sub-saharan-africa-crisis/).

McGowan, C., 2021. "A Game-Changing Moment: Chile constitution could set new gender equality standard." *The Guardian*, 14 May. Website: [www.theguardian.com/global-development/2021/may/14/chile-constitution-gender-equality-women](http://www.theguardian.com/global-development/2021/may/14/chile-constitution-gender-equality-women).

Meagher, K., N. S. Singh and P. Patel, 2020. "The Role of Gender-Inclusive Leadership during the COVID-19 Pandemic to Support Vulnerable Populations in Conflict Settings." *BMJ Global Health* 5(9): e003760. Website: [www.alignplatform.org/resources/role-gender-inclusive-leadership-during-covid-19-pandemic-support-vulnerable-populations](http://www.alignplatform.org/resources/role-gender-inclusive-leadership-during-covid-19-pandemic-support-vulnerable-populations).

Miller, S., E. Abalos, M. Chamillard and others, 2016. "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide." *The Lancet* 388(10056): 2176-2192.

- Nove, A., I. K. Friberg, L. de Bernis and others, 2020. "Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool modelling study." *The Lancet Global Health* 9(1): E24-E32. Website: [www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30397-1/fulltext#:~:text=The%202014%20Lancet%20Series%20on,the%20level%20of%20intervention%20coverage](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30397-1/fulltext#:~:text=The%202014%20Lancet%20Series%20on,the%20level%20of%20intervention%20coverage).
- NPR, 2021. "Activists Say Romania Has Been Quietly Phasing Out Abortion." Website: [www.npr.org/2021/09/01/1021714899/abortion-rights-romania-europe-women-health?t=1631181538588&t=1631267335751](http://www.npr.org/2021/09/01/1021714899/abortion-rights-romania-europe-women-health?t=1631181538588&t=1631267335751).
- Nugent, C. 2021. "After a Terrible Year for Women in the Economy, These Places Are Working toward a Feminist Recovery from COVID-19." *Time*, 20 April. Website: <https://time.com/5954727/economic-recovery-women-covid-19/>.
- Peace Women, 2021. "Security Council Open Debate: Sexual violence in conflict, April 2021." Website: [www.peacewomen.org/security-council/security-council-open-debate-sexual-violence-conflict-april-2021](http://www.peacewomen.org/security-council/security-council-open-debate-sexual-violence-conflict-april-2021).
- Pellettieri, L., 2021. "A New Front in the Fight for Reproductive Rights." *Global Press Journal*, 24 April. Website: <https://globalpressjournal.com/americas/argentina/new-front-fight-reproductive-rights/>.
- Pilkington, E., 2021. "UN Experts Condemn Texas Abortion Law as Sexism at Its Worst." *The Guardian*, 7 September. Website: [www.theguardian.com/us-news/2021/sep/07/un-experts-condemn-texas-anti-abortion-law](http://www.theguardian.com/us-news/2021/sep/07/un-experts-condemn-texas-anti-abortion-law).
- Politi, D., and E. Londoño, 2021. "How Support for Legal Abortion Went Mainstream in Argentina." *The New York Times*, 1 January. Website: [www.nytimes.com/2021/01/01/world/americas/argentina-abortion.html](http://www.nytimes.com/2021/01/01/world/americas/argentina-abortion.html).
- Posetti, J., N. Aboulez, K. Bontcheva and others, 2021. *Online Violence against Women Journalists: A global snapshot of incidents and impacts*. Paris: UNESCO. Website: [www.icfj.org/sites/default/files/2020-12/UNESCO%20Online%20Violence%20Against%20Women%20Journalists%20-%20A%20Global%20Snapshot%20Dec9pm.pdf](http://www.icfj.org/sites/default/files/2020-12/UNESCO%20Online%20Violence%20Against%20Women%20Journalists%20-%20A%20Global%20Snapshot%20Dec9pm.pdf).
- Positive Women's Network, n.d. "Bodily Autonomy: A framework to guide our future." Website: [www.pwn-usa.org/bodily-autonomy-framework/](http://www.pwn-usa.org/bodily-autonomy-framework/).
- Rasheed, A.H.H., 2021. "Hundreds of Youth-Protestors Raise Voices over Violence against Women and Children." Raajje, 25 April. Website: <https://raajje.mv/98851>.
- Renfrew, M., E. Ateva, J. A. Dennis-Antwi and others, 2019. "Midwifery Is a Vital Solution: What is holding back global progress?" *Birth* 46(3): 396-399.
- Renfrew, M. J., A. McFadden, M. H. Bastos, and others, 2014. "Midwifery and Quality Care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care." *The Lancet* 384(9948): 1129-1145.
- Ruxton, S., and S. Burnell, 2020. *Masculinities and COVID-19: Making the connections*. Washington, DC: Promundo US. Website: <https://promundoglobal.org/resources/masculinities-and-covid-19-making-the-connections/>.
- Sadinsky, S., and Z. Ahmed, 2021. *A Time for Change: Advancing sexual and reproductive health and rights in a new global era*. Guttmacher Institute. Website: [www.guttmacher.org/gpr/2021/02/time-change-advancing-sexual-and-reproductive-health-and-rights-new-global-era](http://www.guttmacher.org/gpr/2021/02/time-change-advancing-sexual-and-reproductive-health-and-rights-new-global-era).
- Sadinsky, S., A. Jarandilla Nuñez, S. Nabulega and others, 2020. "From Bad to Worse: The COVID-19 pandemic risks further undermining adolescents' sexual and reproductive health and rights in many countries." Guttmacher Institute. Website: [www.guttmacher.org/article/2020/08/bad-worse-covid-19-pandemic-risks-further-undermining-adolescents-sexual-and](http://www.guttmacher.org/article/2020/08/bad-worse-covid-19-pandemic-risks-further-undermining-adolescents-sexual-and).
- Samuels, F., and M. Daigle, 2021. "Sexual and Reproductive Health and Rights after COVID-19: A forward-looking agenda." ODI policy brief. London: ODI. Website: <https://cdn.odi.org/media/documents/ODI-PB-SRHR.pdf>.
- Shenoy, R., 2020. "How Women and Girls Are Especially at Risk of Hunger During the Pandemic." *The World*, 4 December. Website: [www.pri.org/stories/2020-12-04/how-women-and-girls-are-especially-risk-hunger-during-pandemic](http://www.pri.org/stories/2020-12-04/how-women-and-girls-are-especially-risk-hunger-during-pandemic).
- Sheridan, M. B., and A. I. Chaoul, 2021. "Mexico Decriminalizes Abortion, a Dramatic Step in World's Second-Biggest Catholic Country." *The Washington Post*, 7 September. Website: [www.washingtonpost.com/world/2021/09/07/mexico-abortion-supreme-court/](http://www.washingtonpost.com/world/2021/09/07/mexico-abortion-supreme-court/).
- Srivatsa, S. I., 2020. "Action on COVID-19 and Gender: A policy review from Sierra Leone." London: ALIGN/ODI. Website: [www.alignplatform.org/resources/action-covid-19-and-gender-policy-review-sierra-leone](http://www.alignplatform.org/resources/action-covid-19-and-gender-policy-review-sierra-leone).
- Starrs, A., A. C. Ezech, G. Barker and others, 2018. "Accelerate Progress – Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *The Lancet* 391(10140): 2462-2692. Website: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext).
- The Global Fund, n.d. "Innovative Finance." Website: [www.theglobalfund.org/en/innovative-finance/](http://www.theglobalfund.org/en/innovative-finance/).

The White Ribbon Alliance, n.d. "What Women Want Campaign." Website: [www.whiteribbonalliance.org/whatwomenwant/](http://www.whiteribbonalliance.org/whatwomenwant/).

UNFPA, n.d. "COVID-19 Persons with Disabilities: Key messages." Website: [www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UF\\_COVID\\_infographic.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UF_COVID_infographic.pdf).

UNFPA, 2020a. "Accelerating the Promise: The report of the Nairobi Summit on ICPD25." New York: UNFPA. Website: [www.unfpa.org/publications/accelerating-promise-report-nairobi-summit-icpd25](http://www.unfpa.org/publications/accelerating-promise-report-nairobi-summit-icpd25).

UNFPA, 2020b. *Costing the Three Transformative Results*. New York: UNFPA.

UNFPA, 2020c. "Millions More Cases of Violence, Child Marriage, Female Genital Mutilation, Unintended Pregnancy Expected due to the COVID-19 Pandemic." April. Website: [www.unfpa.org/news/millions-more-cases-violence-child-marriage-female-genital-mutilation-unintended-pregnancies](http://www.unfpa.org/news/millions-more-cases-violence-child-marriage-female-genital-mutilation-unintended-pregnancies).

UNFPA, 2020d. "Tracking Women's Decision-Making for Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights." Website: [www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/20-033\\_SDG561-BrochureA4-v1.21.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/20-033_SDG561-BrochureA4-v1.21.pdf).

UNFPA, 2021a. "Bodily Autonomy: Busting 7 myths that undermine individual rights and freedoms." Website: [www.unfpa.org/news/bodily-autonomy-busting-7-myths-undermine-individual-rights-and-freedoms](http://www.unfpa.org/news/bodily-autonomy-busting-7-myths-undermine-individual-rights-and-freedoms).

UNFPA, 2021b. *Humanitarian Action Overview*. New York: UNFPA. Website: [www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PAGES-UNFPA\\_HAO2021\\_Report\\_Updated\\_6\\_Dec.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PAGES-UNFPA_HAO2021_Report_Updated_6_Dec.pdf).

UNFPA, 2021c. *Investing in Maternal Health and Family Planning in Small Island Developing States*. New York: UNFPA. Website: [www.unfpa.org/publications/investing-maternal-health-and-family-planning-small-island-developing-states](http://www.unfpa.org/publications/investing-maternal-health-and-family-planning-small-island-developing-states).

UNFPA, 2021d. *Maternal and Newborn Health Thematic Fund Annual Report 2020: Saving lives and mitigating the impact of COVID-19 on mothers and newborns*. New York: UNFPA. Website: [www.unfpa.org/publications/maternal-and-newborn-health-thematic-fund-annual-report-2020](http://www.unfpa.org/publications/maternal-and-newborn-health-thematic-fund-annual-report-2020).

UNFPA, 2021e. "New UNFPA Data Reveals that Nearly 12 Million Women Lost Access to Contraception due to Disruptions Caused by the Pandemic, Leading to 1.4 Million Unintended Pregnancies." Press release, 11 March. Website: [www.unfpa.org/press/new-unfpa-data-reveals-nearly-12-million-women-lost-access-contraception-due-disruptions](http://www.unfpa.org/press/new-unfpa-data-reveals-nearly-12-million-women-lost-access-contraception-due-disruptions).

UNFPA, 2021f. "Piloting Drones to Deliver Life-Saving Products to Women Delivering in Rural Botswana." Website: [www.unfpa.org/news/piloting-drones-deliver-life-saving-products-women-rural-botswana-0](http://www.unfpa.org/news/piloting-drones-deliver-life-saving-products-women-rural-botswana-0).

UNFPA, 2021g. "What Is Bodily Autonomy?" Website: [www.unfpa.org/sowp-2021/autonomy](http://www.unfpa.org/sowp-2021/autonomy).

UNFPA, ICM and WHO, 2021. *The State of the World's Midwifery*. Website: [www.unfpa.org/sowmy](http://www.unfpa.org/sowmy).

UNICEF, 2021. "COVID-19: A threat to progress against child marriage." New York: UNICEF. Website: <https://data.unicef.org/resources/covid-19-a-threat-to-progress-against-child-marriage/>.

UNICEF Latin America and the Caribbean, 2020. "The Impact of COVID-19 on the Mental Health of Adolescents and Youth." Panama City." UNICEF. Website: [www.unicef.org/lac/en/impact-covid-19-mental-health-adolescents-and-youth](http://www.unicef.org/lac/en/impact-covid-19-mental-health-adolescents-and-youth).

UNICEF Regional Office for South Asia, 2021. "Direct and Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic and Response in South Asia." Kathmandu: UNICEF. Website: [www.unicef.org/rosa/media/13066/file/Main%20Report.pdf](http://www.unicef.org/rosa/media/13066/file/Main%20Report.pdf).

UNOCHA, 2021. *Global Humanitarian Overview*. Website: <https://gho.unocha.org/introduction-and-foreword/glance>.

UN Trust Fund to End Violence against Women, 2021. *2020 Annual Report*. Website: [www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/07/un-trust-fund-annual-report-2020](http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/07/un-trust-fund-annual-report-2020).

UN Women and UNDP, 2020. "COVID-19 Global Gender Response Tracker." Website: <https://data.undp.org/gendertracker/>.

UN Women and United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2021. *Progress on the Sustainable Development Goals: Gender snapshot 2021*. UN Women: New York. Website: [www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2021#view](http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2021#view).

UN Women Europe and Central Asia, 2021. "Budget Choices in a Time of Pandemic: Advancing gender equality or holding it back?" Website: <https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/5/budget-choices-in-a-time-of-pandemic-advancing-gender-equality-or-holding-it-back>.

USA for UNHCR, n.d. "Refugee Statistics: Global trends at a glance." Website: [www.unrefugees.org/refugee-facts/statistics/](http://www.unrefugees.org/refugee-facts/statistics/).

WHO, n.d. "Mental Health: Overview." Website: [www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_2](http://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2).

WHO, 2019a. *Coronavirus Disease (COVID-19) Technical Guidance: Humanitarian operations, camps, and other fragile settings as well as refugees and migrants in non-humanitarian and non-camp settings*. Website: [www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/humanitarian-operations-camps-and-other-fragile-settings](http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/humanitarian-operations-camps-and-other-fragile-settings).

WHO, 2019b. "Maternal Mortality: Key facts." Website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

WHO, 2021. "COVID-19 Continues to Disrupt Essential Health Services in 90% of Countries." Website: [www.who.int/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries](http://www.who.int/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries).

WHO and UNFPA, n.d. "Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM): A renewed focus for improving maternal and newborn health and wellbeing." Website: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/ending-preventable-maternal-mortality\\_epmm\\_brief-230921.pdf?sfvrsn=f5dcf35e\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/ending-preventable-maternal-mortality_epmm_brief-230921.pdf?sfvrsn=f5dcf35e_5).

Women Enabled International, 2020. "COVID-19 at the Intersection of Gender and Disability: Findings of a global human rights survey, March to April 2020." Washington, DC: Women Enabled International. Website: <https://womenenabled.org/pdfs/Women%20Enabled%20International%20COVID-19%20at%20the%20Intersection%20of%20Gender%20and%20Disability%20May%202020%20Final.pdf>

Worley, W., 2021. "UK Aid Cuts: IPPF clinic closures will mean 2.7 million unsafe abortions." Devex, 19 March. Website: [www.devex.com/news/uk-aid-cuts-ippf-clinic-closures-will-mean-2-7-million-unsafe-abortions-99444](http://www.devex.com/news/uk-aid-cuts-ippf-clinic-closures-will-mean-2-7-million-unsafe-abortions-99444).







**ICPD25**  
**The Nairobi Summit**  
Accelerating the Promise of ICPD