**Contribución escrita al informe de la Relatora Especial de Salud sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva: Desafíos y posibilidades durante la COVID-19**

**10 de Junio, 2021**

**Introducción**

La Corporación Mujer Denuncia y Muévete (Colombia), la Red de la No Violencia contra las Mujeres (Guatemala), la Corporación Miles (Chile), el Centro de Justicia y Paz -CEPAZ- (Venezuela), la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA) 100% Estrógeno (Venezuela) el Grupo Intersectorial por los Derechos Sexuales y Reproductivos (Guatemala), el Grupo Multidisciplinario por la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Guatemala, Women on Web (Canadá) y Women’s Link Worldwide (internacional) se complacen en responder al llamado realizado por la Relatora Especial y presentar sus aportes sobre la situación del derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres y las niñas en el marco de la pandemia de COVID-19.

Este documento se enfoca en la identificación de las barreras estructurales que las mujeres y niñas han enfrentado para acceder a la SSR y su relación con las medidas estatales adoptadas en el contexto de la pandemia[[1]](#footnote-1).

1. **Los servicios de salud sexual y reproductiva son esenciales en cualquier tipo de crisis y los Estados deben tomar medidas para asegurar que las mujeres y niñas, especialmente las más vulnerables, puedan acceder a estos**
   1. **Contextos de crisis como oportunidad de transformación de la realidad de niñas y mujeres: la adopción de medidas específicas para garantizar el acceso a la SSR como servicio esencial**

En contextos de crisis, incluyendo de salud pública y/o dimensiones humanitarias, las desigualdades históricas que afectan a las mujeres y las niñas se profundizan. Por ejemplo, las mujeres han tenido más restricciones para acceder a este tipo de servicios, ya sea por las limitaciones a la movilidad, por la saturación de los sistemas de salud, por temor de ser contagiadas, por falta de recursos económicos, u otros. Por ello, en dichos contextos, los Estados deben adoptar medidas que garanticen el acceso a la SSR como servicio esencial en todo momento[[2]](#footnote-2). En esta sección destacamos algunas buenas prácticas adoptadas por los Estados en materia de SSR durante la pandemia del COVID-19, que consideramos deberían seguir implementándose después de superada la crisis global de salud por su impacto positivo en la realidad de las mujeres y las niñas.

* En Argentina, el Ministerio de Salud consideró la interrupción legal del embarazo (ILE) como servicio esencial[[3]](#footnote-3), elaboró un folleto sobre acceso a la ILE con medicamentos[[4]](#footnote-4) y promovió la Anticoncepción Hormonal de Emergencia[[5]](#footnote-5). Asimismo, la Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres elaboró medidas urgentes para atender casos de violencia de género, que incluyeron garantías para el acceso de las víctimas a servicios de SSR, como el traslado del acompañamiento médico necesario al lugar de los hechos y la provisión a la víctima del kit de profilaxis[[6]](#footnote-6).
* En Colombia, el Ministerio de Salud autorizó la prestación de servicios de salud a través de telemedicina[[7]](#footnote-7), e incluyó, orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia en la fecundidad, la atención de la violencia sexual y el acceso a la provisión de anticonceptivos por 6 meses y a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)[[8]](#footnote-8). Además, debido a la pandemia, el Ministerio de Salud expidió una serie de lineamientos que encomendaron a las entidades territoriales la garantía del acceso a los servicios de salud para la atención del COVID-19 a esta población sin distinción en su estatus migratorio, desde un enfoque diferencial[[9]](#footnote-9).
* En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública aprobó una serie de recomendaciones para garantizar el acceso a información y a servicios anticonceptivos, como que la asesoría sobre estos debe brindarse en una sola consulta; su acceso no debe estar condicionado a la presentación del documento de identidad o migratorio; y la anticoncepción oral de emergencia debe entregarse de forma inmediata[[10]](#footnote-10).
* En Perú, el Ministerio de Salud adoptó una resolución que reconoció que el acceso ininterrumpido a servicios de SSR es esencial y que no es necesario presentar la historia clínica para otorgar la Píldora Anticonceptiva de Emergencia[[11]](#footnote-11).
* En Guatemala, el Ministerio de Salud publicó lineamientos que establecieron la entrega de métodos anticonceptivos en ciclos orales combinados para 3 meses, o bien, inyectable mensual, bimestral y trimestral, la DIU e implante subdérmico; la entrega de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia a solicitud de la mujer sin consulta médica previa; entre otras medidas[[12]](#footnote-12).
* En Francia, la autoridad sanitaria emitió un protocolo de respuesta rápida con recomendaciones para la realización de abortos con medicamentos fuera de los establecimientos de salud para mujeres entre 8 y 9 semanas de embarazo, aumentando el límite de 7 semanas[[13]](#footnote-13), y aprobó atención integral vía teleconsultas (o presencial en caso de ser necesario) para las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación [[14]](#footnote-14).
* En Reino Unido, las autoridades de salud aprobaron una disposición que permite a las mujeres realizarse abortos en casa hasta la semana 10 del embarazo[[15]](#footnote-15), después de consultar virtualmente con un hospital o un profesional médico. En la actualidad, se está discutiendo por parte de las autoridades de Reino Unido que la medida esté disponible para la posteridad.
  1. **El impacto desproporcionado de la crisis sanitaria en la SSR: la ausencia de medidas suficientes, adecuadas y oportunas para garantizar el acceso a la SSR como servicio esencial**

Aunque la crisis sanitaria actual puede ser una oportunidad para adoptar medidas que garanticen la SSR de las mujeres, las respuestas de algunos gobiernos más bien han contribuido a profundizar la falta de acceso a estos servicios. Asimismo, la no consideración del acceso a la SSR como un servicio esencial durante la pandemia y la ausencia de medidas específicamente orientadas a garantizarlo, puede generar un impacto desproporcionado en la salud y vida de las mujeres, como lo ocurrido en varios países que se señalan a continuación.

En **El Salvador**, los decretos aprobados para enfrentar la pandemia no consideraron el acceso a la salud SSR, por lo cual su prestación fue suspendida o deficiente. Aunque la necesidad de recibir tratamientos médicos se estableció como excepción a la cuarentena impuesta, no se abordó expresamente la obtención de atención en SSR y quedó al arbitrio de la fuerza pública la aplicación de la excepción. Por ello, mujeres que requerían controles prenatales o atención ginecológica se abstuvieran de asistir a estos por temor a ser sancionadas[[16]](#footnote-16). Adicionalmente, el 30 de abril de 2020 se adoptaron los *Lineamientos técnicos para la atención de embarazadas, niñas y adolescentes en el primer nivel de atención y centros de contención durante la pandemia de COVID-19*, que suspendieron los servicios en SSR, con excepción de la atención por emergencias obstétricas y ginecológicas[[17]](#footnote-17). En definitiva, la atención en servicios de SSR disminuyó notoriamente, incrementando los riesgos de afectaciones en el futuro[[18]](#footnote-18).

En **Venezuela** los servicios de SSR tampoco han sido considerados esenciales**.** En los últimos años este país ha enfrentado una crisis humanitaria que ha afectado desproporcionadamente la SSR, y que a su vez se ha visto exacerbada durante la pandemia. Varias instancias internacionales[[19]](#footnote-19) han señalado los impactos en derechos sexuales y reproductivos, en particular la SSR en el contexto de la emergencia humanitaria, entre otros, por la falta de insumos y la precariedad del sistema de salud, el aumento de la mortalidad materna, incluyendo casos de abortos inseguros frente a una normativa restrictiva para la IVE, así como el desabastecimiento de métodos anticonceptivos[[20]](#footnote-20). Todo ello se ha relacionado con una de las principales causas que está llevando a las mujeres a migrar de manera forzada para acceder a dichos servicios[[21]](#footnote-21).

En **Chile**, durante la pandemia, la escasez de anticonceptivos -que inició en el marco de las protestas sociales en 2019- se ha agravado[[22]](#footnote-22), al tiempo que persisten las barreras para el acceso a la IVE en las causales permitidas. En este contexto, en 2020 fueron distribuidos distintas marcas de anticonceptivos defectuosos (Anulette CD, Contimarvelón y Minigest), debido a la falta de vigilancia por parte de autoridades sanitarias y de fiscalización oportuna de las empresas que desarrollan estos productos. Respecto del anticonceptivo Anulette CD, 350 mujeres han reportado embarazos no planificados bajo el consumo de dicho medicamento, y han buscado asistencia legal, psicológica y social[[23]](#footnote-23). Cabe mencionar que Anulette CD es el principal anticonceptivo distribuido en los servicios de salud pública del país, siendo sus usuarias principalmente mujeres de escasos recursos, que, hasta la fecha, no han recibido ningún tipo de acompañamiento o reparación por parte del Estado y de los laboratorios involucrados. Adicionalmente, las niñas menores de 14 años no han podido utilizar la autorización judicial sustitutiva[[24]](#footnote-24) para acceder a la IVE[[25]](#footnote-25).

En **Honduras**, país sumamente restrictivo en materia de derechos sexuales y reproductivos, en donde la anticoncepción de emergencia se encuentra prohibida, el aborto está absolutamente penalizado, lejos de avanzar más bien a inicios de año el Congreso aprobó una reforma de la Constitución que incorpora a ese nivel la prohibición de aborto y establece una mayoría calificada que haría imposible cualquier discusión de reforma9. Además, un estudio realizado con trabajadoras de maquilas dio cuenta de la falta de confianza que tienen en el sistema de salud público y ante ello, la falta de acceso a servicios sobre SSR.

En **Guatemala**, los servicios de SSR se redujeron en 2020[[26]](#footnote-26) debido a dejaron de prestarse por no considerarse esenciales[[27]](#footnote-27). Esto provocó una amenaza a los avances que se habían logrado en materia de prevención de embarazos en niñas y adolescentes, reducción de muerte materna, provisión de métodos anticonceptivos, detección de cáncer de cérvix, entre otros[[28]](#footnote-28). Los mayores reportes de muertes maternas a nivel nacional se presentaron en los departamentos con mayor cantidad de población indígena y en condición de pobreza extrema. Adicionalmente, hubo una reducción hasta de un 60%, de mujeres que recibieron métodos de planificación familiar[[29]](#footnote-29). A su vez, se reportó un incremento de la violencia sexual en niñas y adolescentes, lo que se traduce en embarazos y maternidades forzadas en niñas y adolescentes. Solo en el 2020 hubo 4,814 embarazos en niñas entre los 10 a 14 años y 100,023 embarazos en adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años[[30]](#footnote-30).

1. **Las mujeres migrantes enfrentan barreras adicionales durante la pandemia y las medidas que se tomen deben incluirlas expresamente**

En general, las mujeres migrantes enfrentan obstáculos para acceder a la SSR en muchos países del mundo[[31]](#footnote-31). En particular, la situación que enfrentan las mujeres venezolanas en las Américas constituye un ejemplo de las numerosas barreras que enfrentan las mujeres migrantes. Así, estas mujeres han sufrido un impacto desproporcionado en el acceso a la SSR como consecuencia de la emergencia humanitaria en su país de origen, lo que se ha convertido en una de las razones que las obliga a migrar, y a la vez, una de las principales necesidades que experimentan en el contexto de movilidad[[32]](#footnote-32). Asimismo, la falta de documentos las obliga a tomar rutas migratorias clandestinas, donde enfrentan diversos riesgos, como ser víctimas de trata de personas o de violencia sexual sin tener acceso a la justicia o a servicios de SSR[[33]](#footnote-33).

En Colombia, el marco jurídico sobre atención en salud a mujeres migrantes en situación irregular establece la obligación de prestar atención de urgencias a personas migrantes, incluyendo los servicios relacionados con el embarazo y la IVE[[34]](#footnote-34). Pese a esto, al llegar a Colombia en situación de embarazo, pobreza, vulnerabilidad[[35]](#footnote-35) y sin documentos, a las migrantes venezolanas les resulta imposible afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud y no logran acceder a los servicios de salud materna[[36]](#footnote-36). Además, no logran acceder a la IVE dentro de las tres causales permitidas[[37]](#footnote-37) por diversas causas como: a) la imposibilidad de conseguir un certificado médico (debido a que se les exige demostrar su situación de permanencia regular en el país); b) la exigencia de documentos como el “salvoconducto migratorio” para llegar a los lugares donde se presta el servicio[[38]](#footnote-38); c) la xenofobia[[39]](#footnote-39); d) el temor de ir a la cárcel pues algunas mujeres han sido judicializadas por practicarse la IVE dentro de las causales permitidas[[40]](#footnote-40).

Norte de Santander es uno de los departamentos fronterizos donde las migrantes venezolanas enfrentan mayores dificultades para acceder a la SSR[[41]](#footnote-41). Adicionalmente, se ha desconocido que la IVE es de atención urgente sin importar el estatus migratorio, lo que ha llevado a la negación del servicio[[42]](#footnote-42). Con ocasión de la emergencia sanitaria por la COVID-19, se han exacerbado las barreras dichas y han surgido nuevas, como la exclusión de servicios de urgencia distintos a la atención de pacientes con COVID-19, el cierre del transporte intermunicipal, entre otros[[43]](#footnote-43).

Asimismo, en el mismo departamento, la violencia sexual tampoco ha sido reconocida de manera suficiente como urgencia médica. Las mujeres migrantes no reciben información sobre los servicios en salud para víctimas de violencia sexual[[44]](#footnote-44) y la Resolución 459 de 2012[[45]](#footnote-45) no es aplicada consistentemente por desconocimiento, por falta de insumos médicos y por discriminación. Debido a las barreras desproporcionadas que enfrentan las mujeres migrantes para acceder a la SSR en el contexto de la pandemia, es fundamental que, desde una perspectiva interseccional, los Estados incluyan a las mujeres migrantes en las medidas para garantizar este derecho y adopten medidas específicas para protegerlas[[46]](#footnote-46).

1. **El uso de la telemedicina para ofrecer el servicio de aborto y otros servicios de salud sexual y reproductiva es una de las formas de superar algunas barreras de acceso durante la pandemia de COVID-19 y debería permitirse y mantenerse**

En el contexto de la pandemia, Irlanda fue el primer país que permitió el acceso al aborto a través de la telemedicina en 202034, seguido de Gran Bretaña en marzo y Francia en abril del mismo año. La experiencia estos países ha demostrado esta medida tiene impactos positivos en los derechos de las mujeres. En Reino Unido, los prestadores de servicios de IVE facilitaron el acceso al aborto farmacológico a través de la telemedicina y el envío postal de los medicamentos35. Esto disminuyó el tiempo para acceder al aborto[[47]](#footnote-47) y las barreras relacionadas con el desplazamiento, y facilitó el acceso al aborto sin interrumpir el trabajo o las tareas de cuidado. De igual forma, con base en esta experiencia se concluyó que la telemedicina es un método preferible y sería la primera opción si esta fuera permanente[[48]](#footnote-48).

A pesar de estos avances, en otros países se han presentados obstáculos para ofrecer el aborto a través de la telemedicina. Un ejemplo de ello es España, donde las mujeres enfrentan barreras para acceder a su derecho al aborto, que incluyen la objeción de conciencia institucional[[49]](#footnote-49), la discriminación geográfica y socioeconómica[[50]](#footnote-50), la presión de grupos anti-aborto que acosan a las mujeres que desean acceder al aborto[[51]](#footnote-51), la falta de acceso a la información sobre servicios en SSR[[52]](#footnote-52) y la oferta de información errónea o basada en prejuicios en plataformas digitales[[53]](#footnote-53). Ante esta situación, Women on Web International Foundation ofrecía información sobre SSR en su sitio web y, específicamente, telemedicina como una forma de acceder al aborto farmacológico, con un impacto significativo en el contexto de la COVID-19. Sin embargo, en 2020 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios bloqueó el sitio web de WOW, afectando el acceso a la información sobre el acceso a servicios de SSR de las mujeres en la pandemia, en concreto, al aborto.

Los casos de Francia y Reino Unido muestran que la exigencia de tratamiento presencial para acceder a la IVE no es necesaria ni proporcional. Organizaciones internacionales[[54]](#footnote-54) tan relevantes como la [Organización Mundial de la Salud](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332240/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), [MSI Choices](https://www.msichoices.org/the-spotlight-blog/2021/3/my-body-my-voice-let-s-listen-to-clients-on-telemedicine-abortion-care/) o la [Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia](https://www.figo.org/es/FIGO-avala-servicios-de-aborto-de-telemedicina) se han pronunciado a favor de la telemedicina para el aborto, que mejora la accesibilidad y privacidad, reduce los tiempos de espera en un procedimiento médico y que, además, evita que las mujeres tengan que desplazarse innecesariamente. Adicionalmente, este procedimiento favorece el empoderamiento de las personas al reconocerlas como agentes activos en la gestión de su SSR[[55]](#footnote-55).

Aunque se debe seguir trabajando para eliminar otras barreras de acceso al aborto, la telemedicina puede ser una opción fundamental para quienes no pueden desplazarse por diferentes motivos. Teniendo en cuenta las evidencias científicas, la experiencia positiva en otros países, como Colombia, Ecuador, Reino Unido o Estados Unidos, los estudios realizados hasta el momento, así como los impactos positivos de esta medida, el aborto a través de telemedicina es una opción segura y fiable para acceder al aborto. Sin duda, es una medida que podría favorecer la eliminación de barreras y mejorar el acceso en todo el mundo, garantizando los derechos de las mujeres en el contexto de la pandemia, pero también con posterioridad a esta.

1. **Recomendaciones**

Los Estados deben:

* Considerar como esenciales, prioritarios y urgentes los servicios de SSR –provisión de anticonceptivos, acceso seguro a la IVE, atención post-aborto, atención prenatal y postparto, atención obstétrica– en todo momento, incluso durante la crisis sanitaria.
* Garantizar atención en SSR accesible y asequible y vacunación contra el COVID 19 a todas las personas embarazadas y lactantes.
* Garantizar el acceso seguro a la IVE a través de telemedicina.
* En los Estados en los que la legislación sobre aborto esté basada en un modelo de plazos temporales, flexibilizar estos plazos.
* En los Estados en que se requiera autorización médica para el acceso a la IVE, eliminar este requisito.
* Garantizar a las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual el acceso a servicios de atención médica, anticoncepción de emergencia y acceso a aborto seguro oportunamente.
* Considerar los impactos de la crisis sanitaria en el suministro y distribución de métodos de planificación familiar y de higiene menstrual.
* Garantizar el acceso a la información completa, confiable, oportuna y accesible en materia de SSR desde un enfoque interseccional y multidisciplinar, en formatos accesibles para todas las personas y atendiendo a las circunstancias de personas que enfrentan mayores barreras para acceder a la información.
* Adoptar las medidas necesarias para garantizar a las mujeres y niñas migrantes el acceso a SSR.

1. El informe se divide en cuatro partes. En la primera, se sostiene que los servicios de SSR son esenciales en cualquier tipo de crisis, por lo que los Estados deben adoptar medidas que aseguren el acceso a los mismos a todas las mujeres y niñas. En la segunda, se señala que las mujeres y niñas migrantes vienen enfrentando retos diferenciados y desproporcionados para acceder a servicios de SSR en la pandemia, por lo que deben ser incluidas en todas las medidas que se adopten para garantizar este derecho. En la tercera, se plantea que la telemedicina para el acceso a servicios de SSR, y específicamente al aborto, tiene impactos positivos en la SSR de las mujeres y debe mantenerse tras la superación de la pandemia. Por último, se proponen algunas recomendaciones. [↑](#footnote-ref-1)
2. Consejo de Derechos Humanos. Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis. Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, párr. 9, A/HRC/47/38 (2021). Ver también: Comité DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual reproductiva. E/C.12/GC/22. 2 de mayo de 2016, párr. 49 citando Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2010), available from [www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/); IAWG. Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Orientaci%C3%B3n%20program%C3%A1tica%20para%20la%20salud%20sexual%20y%20reproductiva%20en%20contextos%20humanitarios%20y%20fr%C3%A1giles%20durante%20la%20pandemia%20de%20la%20COVID-19.pdf>; y Guía para proteger los derechos de mujeres y niñas durante la pandemia de COVID-19. Elaborada por Women’s Link Worldwide, Amnistía Internacional e IPPF. Abril, 2020. Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3112/guia-para-proteger-los-derechos-de-mujeres-y-ninas-durante-la-pandemia-de-covid-19.pdf> [↑](#footnote-ref-2)
3. González, S. (12 de abril de 2020). *La interrupción legal del embarazo es una prestación urgente*. FM en tránsito. Disponible en: https://comunicacionsocial.org.ar/la-interrupcion-legal-del-embarazo-es-una-prestacion-urgente/ [↑](#footnote-ref-3)
4. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/499-Folleto%20ILE%20con%20medicamentos%20-%20Digital%20accesible.pdf> [↑](#footnote-ref-4)
5. Disponible en: <https://ov.pemsv07.net/unfpa/unfpa_bulk_90/usccln_757e00> [↑](#footnote-ref-5)
6. Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres de Argentina (2020). *Medidas urgentes sugeridas a fiscales para casos de violencia de género durante el aislamiento preventivo y obligatorio dispuesto a raíz de la pandemia de COVID19.* Disponible en: <https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2020/04/UFEM-Gui%CC%81a_actuacio%CC%81n_Covid-19.pdf> [↑](#footnote-ref-6)
7. Ministerio de Salud y Prestación Social de Colombia (abril de 2020). *Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS04.pdf> [↑](#footnote-ref-7)
8. Ministerio de Salud y Prestación Social de Colombia (abril de 2020). *Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por COVID-19 en la fecundidad*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS25.pdf> [↑](#footnote-ref-8)
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (abril de 2020). Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia. Disponible en:

   <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS05.pdf> [↑](#footnote-ref-9)
10. Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2020). *Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID-19*. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-para-manejo-de-mujeres-embarazadas_2020.pdf> [↑](#footnote-ref-10)
11. Ministerio de Salud de Perú. Resolución ministerial 217 de 2020. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/607318/RM_217-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF> [↑](#footnote-ref-11)
12. Ministerio de Salud de Guatemala (21 de mayo de 2020). *Lineamientos de planificación familiar y logística .para los servicios de salud reproductiva. Prioridad en el marco de la pandemia COVID-19*. Disponible en: <https://www.isdmguatemala.org/wp-content/uploads/2020/06/Scan-Lineamientos-PF-Y-Log%C3%ADstica-VF-2152020-1-3.pdf> [↑](#footnote-ref-12)
13. Haute Autorité de Santé française (9 de abril de 2020). *Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse à la 8ème et à la 9ème semaine d’aménorrhée (SA) hors milieu hospitalier.* Disponible en: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponse_rapide_ivg__09_04_2020_coiv8.pdf> [↑](#footnote-ref-13)
14. Haute Autorité de Santé française (1 de abril de 2020). *Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Continuité du suivi des femmes enceintes.* Disponible en: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/374_rr_covid19_prenatal_maj_deconfinement_mel.pdf> [↑](#footnote-ref-14)
15. Department of Health and Social Care of UK. The Abortion Act 1967 - Approval of a Class of Places. Disponible en: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/876740/30032020_The_Abortion_Act_1967_-_Approval_of_a_Class_of_Places.pdf> [↑](#footnote-ref-15)
16. Colectiva Feminista para el Desarrollo Local y Women’s Link Worldwide (2020). *Respuesta estatal al COVID-19: sin enfoque de género miradas desde El Salvador. Análisis de la respuesta de los órganos ejecutivo y legislativo a través de instrumentos jurídicos regulatorios y declarativos*. Disponible en: <https://colectivafeminista.org.sv/wp-content/uploads/2020/12/Estudio-COVID-19.pdf> [↑](#footnote-ref-16)
17. En los centros de contención se ordenó la realización de censos de embarazadas, el abastecimiento de anticonceptivos para adolescentes y la profilaxis en casos de violencia sexual, pero se omitió adoptar medidas para brindar atención en SSR a adultas mayores y mujeres en edad reproductiva y no hubo continuidad de la atención domiciliaria. [↑](#footnote-ref-17)
18. Colectiva Feminista para el Desarrollo Local y Women’s Link Worldwide (2020). *Respuesta estatal al COVID-19: sin enfoque de género miradas desde El Salvador. Análisis de la respuesta de los órganos ejecutivo y legislativo a través de instrumentos jurídicos regulatorios y declarativos*. Disponible en: <https://colectivafeminista.org.sv/wp-content/uploads/2020/12/Estudio-COVID-19.pdf> [↑](#footnote-ref-18)
19. Ver, por ejemplo: Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela. A/HRC/41/18. 4 de julio de 2019, párr. 20. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24788&LangID=S>; y CIDH. Venezuela: el sistema de salud en crisis, dicen expertos y expertas de derechos humanos. 1 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/215.asp> [↑](#footnote-ref-19)
20. Una situación emblemática ha sido la de la Maternidad Concepción Palacios, un Hospital materno-infantil que cuenta con medidas cautelares de la CIDH desde 2019 debido a la situación de riesgo que enfrentan las mujeres pacientes que acuden a dicho centro de salud por la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Hasta la fecha, el Estado venezolano no ha cumplido con dichas medidas de protección y la situación se ha agravado dado que el Hospital no fue incluido dentro de los centros priorizados en el contexto de la pandemia. Ver: Women’s Link Worldwide (21 de marzo de 2019). *Comisión Interamericana de Derechos Humanos otorga medidas urgentes para proteger los derechos de las mujeres y niñas en Venezuela*. Disponible en: <https://cutt.ly/dngRXtE> y Women’s Link Worldwide (19 de agosto de 2020). *La salud materna y la salud sexual y reproductiva deben ser priorizadas y garantizadas durante la pandemia de la COVID-19*. Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/informate/sala-de-prensa/la-salud-materna-y-la-salud-sexual-y-reproductiva-deben-ser-priorizadas-y-garantizadas-durante-la-pandemia-de-la-covid19> [↑](#footnote-ref-20)
21. CIDH. Informe Anual 2018. Capítulo IV.B. Venezuela. [https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2018/docs/IA2018cap.4b.VE-es.pdf. Párrs. 152-157](https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2018/docs/IA2018cap.4b.VE-es.pdf.%20Párrs.%20152-157). En 2020, la Comisión Interamericana (CIDH) advirtió que la pandemia tenía impactos desproporcionados en el acceso a los servicios de SSR en el país, sin que el Estado adoptara medidas específicas al respecto. Ver: CIDH (6 de abril de 2021*). La CIDH expresa preocupación por la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Venezuela*. Disponible en: <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/085.asp>; y Women’s Link [↑](#footnote-ref-21)
22. Diputada Andrea Parra de la Región de Araucanía ha oficiado al Ministerio de Salud al respecto. Ver: <https://www.theclinic.cl/2020/05/26/ofician-a-manalich-por-dificultades-para-acceder-a-anticonceptivos-durante-la-pandemia/>.   [↑](#footnote-ref-22)
23. Cabe mencionar que Anulette CD es el principal medicamento anticonceptivo distribuido en los servicios de salud pública del país, siendo sus usuarias principalmente mujeres de escasos recursos, que, hasta la fecha, no han recibido ningún tipo de acompañamiento o reparación por parte del Estado y de los laboratorios involucrados. [↑](#footnote-ref-23)
24. Institución que permite que las menores de 14 años, con su voluntad, puedan solicitar autorización para interrumpir su embarazo a los tribunales de familia cuando su representante legal no autorice, no sea habido o solicitarlo implique un riesgo para la misma. [↑](#footnote-ref-24)
25. Hasta la fecha, han existido 11 ingresos, 6 no han sido declarados admisibles a tramitación, y 5 solicitudes de autorización judicial sustitutiva han terminado en sentencia, no obstante, todas estas rechazan las solicitudes interpuestas. [↑](#footnote-ref-25)
26. José López (12 de agosto de 2020). *Olvidadas en la pandemia: embarazadas y mujeres que requieren anticonceptivos.* Ocote. Disponible en: <https://www.agenciaocote.com/blog/2020/08/12/olvidadas-en-pandemia-embarazadas-y-mujeres-requieren-anticonceptivos/> [↑](#footnote-ref-26)
27. Actualmente, las consultas externas de los hospitales que brindan servicios de planificación familiar al día de hoy se encuentran aun cerradas. Esto impactará en embarazos no deseados y abortos en condiciones de riesgo. [↑](#footnote-ref-27)
28. Según información del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva la atención y los servicios a la SSR desencadenó entre otros, disminución en la atención y suministro de servicios comparado de los que se dotaron en el 2019. Hubo una reducción considerable del 40% de mujeres que no recibieron atención en el periodo de gestación, lo que se tradujo 289 muertes maternas asociadas a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Ver, al respecto: María España (28 de mayo de 2021*). Mesa Técnica: Mayoría de muertes maternas ocurren en cinco departamentos*. La Hora. Disponible en: <https://lahora.gt/mesa-tecnica-mayoria-de-muertes-maternas-ocurren-en-cinco-departamentos/> [↑](#footnote-ref-28)
29. Adán García (27 de agosto de 2010). *Guatemala: Mujeres sin acceso a métodos de planificación familiar*. AmecoPress. Disponible en: <https://amecopress.net/Guatemala-Mujeres-sin-acceso-a-metodos-de-planificacion-familiar> [↑](#footnote-ref-29)
30. OSAR Guatemala – Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Embarazos y registro de nacimientos de madres adolescentes – año 2020. Disponible en: <https://osarguatemala.org/embarazos-y-registro-de-nacimientos-de-madres-adolescentes-ano-2020/> [↑](#footnote-ref-30)
31. Por ejemplo, en Cholcane, al norte de Chile, se ha reportado que mujeres migrantes han sufrido abortos esperando entrar al país debido a la nueva ley de migración que aumenta los requisitos de ingreso y permite las expulsiones colectivas. Véase al respecto: El Desconcierto (8 de febrero de 2021). *Mujer haitiana sufre aborto en Cholcane después de pasar tres días con sagrado y durmiendo en un paradero*. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/nacional/2021/02/08/mujer-haitiana-sufre-aborto-en-colchane-despues-de-pasar-tres-dias-con-sangrado-y-durmiendo-en-un-paradero.html> ; Carolina Stefoni, Marías Jaramillo, Cristóbal Palma y Pablo Roessler (5 de febrero de 2021). *A pie por Colchane: cómo la política de gobierno forzó un ingreso desesperado de migrantes a Chile.* Ciper. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2021/02/05/a-pie-por-colchane-como-la-politica-de-gobierno-forzo-un-ingreso-desesperado-de-migrantes-a-chile/> [↑](#footnote-ref-31)
32. # Informe- Profamilia & IPPF (2019). *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar.* Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>

    [↑](#footnote-ref-32)
33. Ver más en Defensoría del Pueblo, Colombia (2020) *Informe defensorial: Análisis de género y movilidad humana en frontera*. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/9273/Informe-defensorial-An%C3%A1lisis-de-g%C3%A9nero-y-movilidad-humana-en-frontera-Defensor%C3%ADa-informe-defensorial.htm>; Womens’ Link Wordwide (8 de septiembre de 2020). *Women’s Link pide medidas urgentes para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Norte de Santander en medio de la pandemia.* Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/informate/sala-de-prensa/women-s-link-pide-medidas-urgentes-para-garantizar-la-salud-sexual-y-reproductiva-de-las-mujeres-en-norte-de-santander-en-medio-de-la-pandemia> [↑](#footnote-ref-33)
34. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 3280 de 2018. Disponible en. <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf> [↑](#footnote-ref-34)
35. Sentencia, SU-677 de 2017 (Colombia- Corte Constitucional), disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/SU677-17.htm> [↑](#footnote-ref-35)
36. Profamilia. (2020). *Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia*. Disponible en: <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-manejar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf> [↑](#footnote-ref-36)
37. Informe- Profamilia & IPPF (2019). *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar.* Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf> [↑](#footnote-ref-37)
38. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (noviembre 2019) *Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf> [↑](#footnote-ref-38)
39. Informe- Profamilia & IPPF (2019). *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar.* Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf> [↑](#footnote-ref-39)
40. Arenas, N. (12 de julio de 2019). *Para las venezolanas el embarazo es una encrucijada*. Disponible en: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/para-las-venezolanas-el-embarazo-es-una-encrucijada/> [↑](#footnote-ref-40)
41. Por la falta de disponibilidad y personal dispuesto y capacitado ninguna mujer pueda acceder a la IVE después de la semana 20 de gestación, y antes de dicha semana el servicio es escaso pues solo es prestado por Profamilia en San José de Cúcuta y no hay servicios para trasladar a las migrantes en situación irregular a lugares donde puedan acceder a la IVE [↑](#footnote-ref-41)
42. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (noviembre 2019) *Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf> [↑](#footnote-ref-42)
43. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2020). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por COVID-19. Periodo 1 de marzo a 31 de mayo de 2020*. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf> [↑](#footnote-ref-43)
44. Profamilia (2019). *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana.*  [↑](#footnote-ref-44)
45. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 459 de 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF> [↑](#footnote-ref-45)
46. Ver: Guía para proteger los derechos de mujeres y niñas durante la pandemia de COVID-19. Elaborada por Women’s Link Worldwide, Amnistía Internacional e IPPF. Abril, 2020. Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3112/guia-para-proteger-los-derechos-de-mujeres-y-ninas-durante-la-pandemia-de-covid-19.pdf> [↑](#footnote-ref-46)
47. Acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: analysis of patient-reported outcomes: [https://srh.bmj.com/content/early/2021/02/17/bmjsrh-2020-200954](https://srh.bmj.com/content/early/2021/02/17/bmjsrh-2020-200954" \t "_blank)   [↑](#footnote-ref-47)
48. Por ejemplo, En Francia, se flexibilizaron los requisitos de imposición de visas presenciales para acceder a la IVE y los tribunales determinaron que no existía un riesgo real que pudiera ser mejorado a través de la imposición de la consulta presencial. [↑](#footnote-ref-48)
49. Albert Márquez, Marta María. El papel de la administración en la determinación del contenido del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en el contexto de “nuevos derechos»: Los casos del aborto y la eutanasia*. Estudios de Deusto: revista de la Universidad de Deusto* 66.2 (2018): 153-189. [↑](#footnote-ref-49)
50. Información disponible en:: https://www.newtral.es/el-91-de-los-abortos-se-han-practicado-en-clinicas-privadas-desde- 2010-una-prestacion-sanitaria-concertada/20200304/. Los datos están disponible en: Ministerio de Sanidad (2018) ‘Anexos 2: tablas de elaboración del Ministerio de Sanidad de España’:

    https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\_2018.pdf [↑](#footnote-ref-50)
51. Aborto sin acoso (2018). ‘*Más de 8000 mujeres han sido y son victimas del acoso anti-elección’*. Disponible en: https://abortosinacoso.org/. [↑](#footnote-ref-51)
52. Press reléase (2016). ‘“Més del 80% de les dones enquestades no saben que avortar és gratuït’, *L'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears, Centre Jove d’Anticoncepció i Sexualitat*. Available at: https://centrejove.org/wp- content/uploads/2017/01/Nota-de-premsa%E2%80%9CM%C3%A9s-del-80-de-les-dones-enquestades-no-saben-que- avortar-%C3%A9s-gratu%C3%AFt%E2%80%9D-3-octubre-2016.pdf. [↑](#footnote-ref-52)
53. Women’s Link Worldwide y L’Associació Drets Sexuals i reproductive (12 de febero de 2021). Communication to the Special Rapporteur on the promotion and protection of the right to freedom of opinion and expression for the “Report on disinformation”. [↑](#footnote-ref-53)
54. También la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) [acaba de permitir su uso durante la pandemia.](https://www.politico.com/news/2021/04/12/abortion-pills-481092)  [↑](#footnote-ref-54)
55. En todo el mundo, es importante que esta opción esté disponible, especialmente para mujeres en situación de vulnerabilidad como mujeres pobres que viven en zonas rurales o alejadas de las clínicas y no pueden asumir los costes de desplazamiento; migrantes en situación irregular que no tienen acceso a los sistemas de salud públicos; o mujeres que no pueden abandonar las tareas de cuidados ni dar explicaciones a sus empleadores, parejas o familias para acudir a una clínica, especialmente en contextos de violencia de género.   [↑](#footnote-ref-55)