

LA JUSTICIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO VEHÍCULO



ICPD25
International Conference on
Population and Development



JUSTICIA

PARA CUMPLIR

LOS COMPROMISOS
DE LA CUMBRE DE NAIROBI

Informe de 2022 de la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25

Informe disponible en <https://www.nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice>

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

Noviembre de 2022

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

Autora principal: Profesora Terry McGovern, Doctora en Derecho, Catedrática y Presidenta del Departamento Harriet y Robert H. Heilbrunn de Salud de la Población y la Familia en la Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia y Directora del Programa de Justicia y Gobernanza en la Salud

Miembros del equipo de la autora principal: Malia Maier, Máster en Salud Pública, Oficial Superior de Programas del Programa de Justicia y Gobernanza en la Salud de la Universidad de Columbia; Nicolette Naylor, Graduada y Máster en Derecho, Programa de Justicia y Gobernanza en la Salud de la Universidad de Columbia; Alexanne Neff, Máster en Salud Pública, Programa de Justicia y Gobernanza en la Salud de la Universidad de Columbia; Clare Mc Nerney, estudiante de Máster en Salud Pública, Programa de Justicia y Gobernanza en la Salud de la Universidad de Columbia

Revisora: Gretchen Luchsinger

Responsables de la elaboración del Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales, los perfiles de países y la nota metodológica (anexos A, B y C): Nadia Carvalho y Kristin Bietsch, Avenir Health

Diseño general: Rec Design

Diseño de portada y capítulos y maquetación: Paula Bustamante

La composición de la portada incluye fotografías de: Mengwen Cao/Gettyimages

La composición de la introducción incluye fotografías de: Stefano Mazzola/Gettyimages, matejmo/iStock, pressdigital/iStock, ugurhan/iStock, nemchinowa/iStock

La composición del capítulo 1 incluye fotografías de: ugurhan/iStock, nemchinowa/iStock

La composición del capítulo 2 incluye fotografías de: pressdigital/iStock, NTCO/iStock, intek1/iStock

La composición del capítulo 3 incluye fotografías de: Gabriel Preda RO/Shutterstock, matejmo/iStock

La composición del capítulo 4 incluye fotografías de: Michael Hall/Gettyimages, Madzia71/iStock, Vardhan/iStock

La composición del capítulo 5 incluye fotografías de: Stefano Mazzola/Gettyimages

El perfil de país de Albania incluye fotografías de: ©Nake Batev / Barcroft Media London

El perfil de país de la República Dominicana incluye fotografías de: Carina Wint/UNFPA

El perfil de país de Haití incluye fotografías de: @Maxence Bradley

El perfil de país de Jordania incluye fotografías de: @NOOR/Picture This/Alixandra Fazzina para el UNFPA

El perfil de país de Nepal incluye fotografías de: UNFPA Nepal

El perfil de país de Filipinas incluye fotografías de: ©UNFPA/Mario Villamor

El perfil de país de Sierra Leona incluye fotografías de: ©AFP PHOTO/Marco Longari

El perfil de país de la República Unida de Tanzania incluye fotografías de: Sawiche Wamunza/UNFPA

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.

LA JUSTICIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO VEHÍCULO

PARA CUMPLIR LOS COMPROMISOS DE LA CUMBRE DE NAIROBI



ICPD25
International Conference on
Population and Development

Agradecimientos

Los Copresidentes de la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25 hacen extensivo su agradecimiento a todos los Comisionados con motivo de la publicación de este segundo informe. Apreciamos su apoyo en la defensa continua de la aplicación de los compromisos de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, el llamamiento y las recomendaciones de nuestro primer informe —“Ninguna excepción, ninguna exclusión: garantizar la salud, los derechos y la justicia sexuales y reproductivos para todas las personas”—, así como su colaboración paralela en la elaboración del informe de 2022. 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 profesora Terry McGovern, y su equipo, que prepararon el texto con las aportaciones de los Comisionados y en estrecha colaboración con la Secretaría. Asimismo, expresamos nuestra gratitud a la señora Gretchen Luchsinger, quien se encargó de la revisión del informe. 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 y los perfiles de países conexos, que son una novedad del informe de este año.

En este informe seguimos destacando los progresos en relación con los compromisos de Nairobi, en particular mediante la aplicación de un marco de salud, derechos y justicia sexuales y reproductivos en el mandato de la Comisión. Esperamos que el informe complemente los esfuerzos de muchas otras personas, especialmente de quienes están cerca del terreno, al tiempo que buscamos colectivamente seguir aprovechando el impulso de la CIPD25 y avanzamos hacia la CIPD30. Elogiamos su labor y les damos las gracias por las buenas prácticas y los éxitos que han compartido con nosotros, aunque solo una pequeña parte pueda presentarse en este conciso informe. Nuestra convicción de que toda acción contribuye a que el Programa de Acción de la CIPD se convierta en una realidad en la vida de las personas es inquebrantable, y seguiremos avanzando juntos.

Índice

| | | |
|----------|---|-----|
| | Prólogo | 6 |
| | Introducción | 9 |
| 1 | Definición del marco de justicia sexual y reproductiva | 17 |
| 2 | Derribar las barreras a través de un marco de justicia sexual y reproductiva | 23 |
| 3 | Aplicar un marco de justicia sexual y reproductiva para lograr el desarrollo sostenible y hacer frente a las crisis humanitarias | 39 |
| 4 | Promover la justicia sexual y reproductiva en la práctica | 49 |
| 5 | Conclusiones | 65 |
| | Anexos | 67 |
| | Anexo A. Marco de seguimiento de los compromisos mundiales de Nairobi . . . | 68 |
| | Anexo B. Perfiles de países | 74 |
| | Anexo C. Nota metodológica | 166 |
| | Anexo D. Miembros de la Comisión de Alto Nivel | 190 |
| | Anexo E. Secretaría de la Comisión de Alto Nivel y Equipos de Apoyo | 191 |
| | Notas | 192 |
| | Referencias | 194 |

Prólogo

Nos complace presentar este segundo informe de la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25. Un año después del primer informe de la Comisión, “Ninguna excepción, ninguna exclusión: garantizar la salud, los derechos y la justicia sexuales y reproductivos para todas las personas”, hemos visto progresos en la aplicación de su llamamiento. Sin embargo, sus recomendaciones siguen siendo pertinentes y urgentes. Teniendo esto en cuenta, el informe de este año examina el concepto de justicia sexual y reproductiva, qué significa y cómo puede incorporarse en distintos ámbitos. Como marco organizativo, la justicia sexual y reproductiva es fundamental para cumplir los 12 compromisos mundiales de la Cumbre de Nairobi. La Comisión tiene el cometido de promover la adopción de medidas orientadas al logro de este objetivo y de informar anualmente sobre los progresos realizados.

Mientras la Comisión presenta este informe, el mundo se encuentra a punto de albergar a 8.000 millones de personas, un logro notable que refleja los sorprendentes avances alcanzados en materia de atención de la salud y reducción de la pobreza a lo largo de varios decenios. A su vez, comporta retos y oportunidades para seguir progresando. Una cuestión que se encuentra en el punto de mira es que, ahora más que nunca, en un presente marcado por profundos cambios y crisis, todas las personas necesitan ejercer sus derechos y su capacidad de elección, lo que supone un factor clave para su resiliencia. La pandemia de COVID-19 va a cumplir su tercer año. La guerra en Ucrania ha provocado perturbaciones graves en todo el mundo: ha puesto en jaque la seguridad alimentaria y ha encarecido el costo de la vida. El cambio climático

hace peligrar la existencia misma de nuestro planeta. Y el aumento de las desigualdades y la polarización generalizada socavan las esperanzas de un desarrollo sostenible.

El cumplimiento de las promesas y los ideales mundiales plasmados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el Programa de Acción de la CIPD y los compromisos de Nairobi depende de la justicia sexual y reproductiva, que abarca un conjunto de derechos que respaldan la autonomía corporal y la capacidad de decisión y emplea la noción de interseccionalidad para llegar a las personas y los grupos que se enfrentan a múltiples formas de discriminación —y, a menudo, a las vulneraciones más graves de sus derechos—. Desde esta perspectiva, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos está estrechamente relacionado con la atención de la salud, el trabajo decente, un entorno seguro, la posibilidad de participar en la toma de decisiones y la ausencia de cualquier forma de marginación. En esencia, la justicia sexual y reproductiva será vital para liberar el pleno potencial de todos los seres humanos y crear un futuro más equitativo, seguro y sostenible.

La labor de la Comisión constituye un puente entre los compromisos mundiales de Nairobi y el próximo examen de la CIPD30 y el evento conmemorativo de la Asamblea General de las Naciones Unidas, ambos previstos para 2024. Con los exámenes nacionales y regionales a punto de comenzar de cara a la preparación de la CIPD30, la Comisión espera que sus informes proporcionen bases sólidas e inspiración para intensificar la labor de promoción de la justicia sexual y reproductiva para *todas las personas* como una prioridad.

Al margen de estos avances, también debemos honrar la vida y el legado de la difunta Dra. Nafis Sadik, que falleció en agosto de 2022. La ex Directora Ejecutiva del UNFPA fue la primera mujer en dirigir una organización de las Naciones Unidas, cargo que desempeñó de 1997 a 2000. Como Secretaria General de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y artífice de su innovador Programa de Acción, la Dra. Sadik hizo contribuciones duraderas en favor de la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el liderazgo de las mujeres y el desarrollo mundial.

En palabras de la Dra. Natalia Kanem, actual Directora Ejecutiva del UNFPA, “la Dra. Sadik ayudó al mundo a comprender que las personas ocupan un lugar central en el desarrollo y que cuando eliminamos los obstáculos en su camino y defendemos sus derechos, ellas y sus sociedades prosperan, especialmente las mujeres”. Después de El Cairo, millones de niñas y mujeres jóvenes han crecido sabiendo que sus cuerpos les pertenecen y que su futuro es suyo,

Jakaya Mrisho Kikwete

Copresidente de la Comisión y Expresidente de la República Unida de Tanzania

un testimonio imborrable de la determinación, el valor y la convicción de la Dra. Sadik.

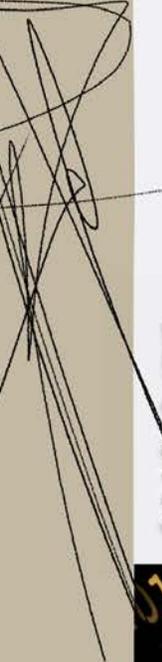
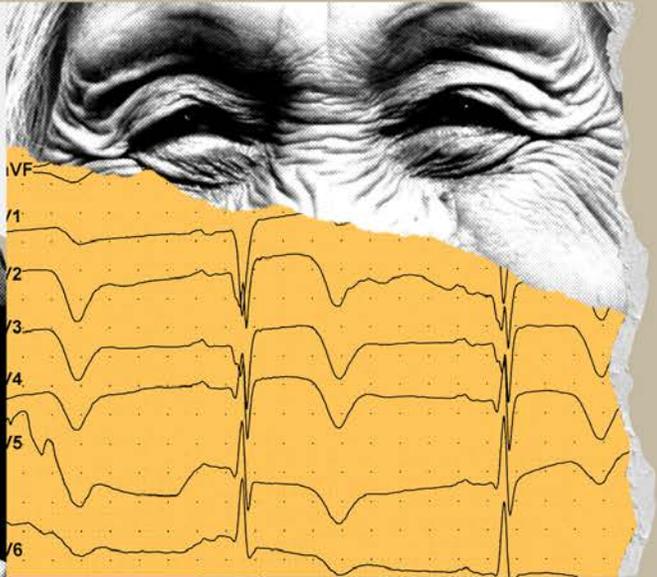
Como ella misma declaró en una ocasión: “Los derechos reproductivos no se reducen al derecho a reproducirse. Conllevan el apoyo a las mujeres en actividades distintas a la reproducción, para liberarlas, de hecho, de un sistema de valores que insiste en que la reproducción es su única función”.

Este enfoque visionario fue la base de la agenda de la CIPD e impulsó la renovación del compromiso en la Cumbre de Nairobi. Además, es fundamental para llevar a cabo nuestra labor como Comisión y abanderados de la justicia sexual y reproductiva, así como para hacer efectivos los derechos y la capacidad de decisión de todas las personas.

La protección de los derechos y la promoción de la justicia permiten desarrollar el potencial ilimitado de los seres humanos. Somos 8.000 millones de personas con el poder de cambiar el curso del mundo que compartimos en beneficio de todos.

Michaëlle Jean

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



8000-6471

Introducción



Introducción

El año que ha transcurrido desde que la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25 publicó su primer informe —*“Ninguna excepción, ninguna exclusión: garantizar la salud, los derechos y la justicia sexuales y reproductivos para todas las personas”*— ha puesto de manifiesto la importancia de la salud, los derechos y la justicia sexuales para el bienestar de la humanidad. La pandemia de COVID-19 dio cuenta del daño causado por la incapacidad de numerosos gobiernos para elaborar una respuesta con perspectiva de género. A su vez, socavó la salud y los derechos sexuales y reproductivos debido a la restricción e interrupción de los servicios considerados no esenciales, el acceso desigual a la tecnología digital y las barreras estructurales a la atención a las que se enfrentan distintas mujeres, adolescentes, personas con discapacidad, personas de bajos ingresos, refugiados y personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. La inseguridad económica, los confinamientos y la limitación de los servicios sanitarios, sociales y jurídicos favorecieron la generalización de la violencia por razón de género. Numerosos gobiernos dudaron a la hora de aplicar medidas de protección adicionales para las víctimas y las personas supervivientes.

La aparición de nuevas variantes de la COVID-19 parece indicar que el virus seguirá propagándose, como también persisten las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos en distintas

partes del mundo. El brote mundial de viruela símica, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado emergencia de salud pública de importancia internacional¹, supone una nueva amenaza y evidencia la falta de aprendizaje. De forma similar a lo que ocurrió con los brotes de COVID-19 o VIH, entre otros, la respuesta ha sido insuficiente y se ha visto impregnada de racismo y homofobia sistémicos.

Dos acontecimientos que tuvieron lugar en 2022 en el Norte Global —la guerra en Ucrania y la revocación del caso de *Roe contra Wade* por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América— han tenido una repercusión desproporcionada en el bienestar mundial con consecuencias de gran alcance para la justicia. En Ucrania, la guerra ha desplazado internamente a más de 6,6 millones de personas; y otros 6 millones han huido del país². Esta crisis, sumada a los conflictos en el Afganistán, Siria y el Sudán, ha contribuido a alcanzar la cifra récord de personas afectadas por crisis humanitarias en el último decenio. La magnitud, frecuencia y duración sin precedentes de las situaciones de emergencia y la necesidad de asistencia humanitaria en entornos frágiles debido a conflictos o desastres relacionados con el clima requieren una atención urgente. Según la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA), cerca de 1.800 millones de personas viven en entornos frágiles en todo el mundo³. La cifra de

personas en situación de necesidad humanitaria alcanzó los 274 millones en 2022⁴.

En junio, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América revocó el caso de *Roe contra Wade*, despojando a la ciudadanía del derecho constitucional al aborto. Actualmente, el aborto está prohibido en 17 estados, y se espera que otros promulguen restricciones⁵. En varios estados no existen excepciones para el aborto en casos de violación o incesto, lo que supone una vulneración del derecho internacional⁶. Es probable que las personas racializadas y las que están por debajo del umbral de pobreza —que ya tienen un acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos, y, a su vez, sufren desigualdades en dimensiones sociales y económicas más amplias— sean las más afectadas por estas restricciones, pues constituyen el grupo mayoritario de personas que abortan en los Estados Unidos⁷. La Comisión sigue preocupada por los efectos de esta decisión; teme que no haga sino aumentar el número de abortos en condiciones de riesgo y provoque un aumento de las muertes maternas. Además, es probable que dé vigor a los movimientos antiabortistas y conservadores que pretenden restringir los avances en materia de derechos sexuales y reproductivos en todo el mundo⁸.

Lo ocurrido en los Estados Unidos contrasta con los recientes progresos en América Latina y África, que han servido de inspiración para la lucha en pro de la justicia sexual y reproductiva en el plano mundial. Tras el éxito de la labor de promoción de varios movimientos liderados por mujeres en México y la Argentina, Colombia legalizó el aborto en 2022. En noviembre de 2021, el Parlamento de Benin votó a favor de legalizar el aborto en la mayoría de las circunstancias⁹, una medida revolucionaria en el continente africano, donde el 92% de las mujeres en edad reproductiva viven con restricciones¹⁰. La República Democrática del Congo, el primer país del África de habla

francesa en ampliar el acceso a la asistencia para el aborto, aprobó unas directrices para aplicar las directivas del Protocolo relativo a los Derechos de la Mujer en África (el Protocolo de Maputo)¹¹. En julio de 2022, tras décadas de defensa por parte del movimiento de las mujeres y de funcionarios gubernamentales, Sierra Leona adoptó medidas para derogar las leyes sobre el aborto de la época colonial. El Parlamento debatirá un proyecto de ley para la despenalización del aborto que ha suscitado apoyos políticos de alto nivel; se espera que se apruebe antes de finales de 2022.

Otras secuelas de los últimos años han afectado de forma irreversible al entorno social, político y económico que determina la salud sexual y reproductiva. La reducción del espacio cívico se suma a la información engañosa, la desinformación y la polarización política asociadas a la pandemia de COVID-19, entre otros factores. Esto está relacionado con el aumento del autoritarismo, la retórica de la extrema derecha y los movimientos populistas¹². La inseguridad alimentaria, agravada por la guerra en Ucrania y la inflación, sigue aumentando¹³. El cambio climático está provocando migraciones forzadas y desplazamientos vinculados con desastres en todo el mundo, y las comunidades se enfrentan a un aumento de las sequías, las inundaciones, los ciclones y otros fenómenos relacionados con el clima¹⁴.

En 2019, la Cumbre de Nairobi celebró el 25º aniversario del histórico Programa de Acción de 1994 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Los gobiernos y los agentes de la sociedad civil, las empresas y una gran variedad de partes interesadas presentaron más de 1.300 compromisos de acción y respaldaron la Declaración de Nairobi, que define 12 compromisos mundiales fundamentales para alcanzar los objetivos de la CIPD para todas las personas y en todos los lugares.

Los compromisos se centran en cinco objetivos generales:

1

Conseguir el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos como parte de la cobertura universal de salud.

2

Luchar contra la violencia de género y las prácticas nocivas.

3

Movilizar la financiación necesaria para terminar el Programa de Acción de la CIPD y mantener los logros ya conseguidos.

4

Aprovechar la diversidad demográfica para impulsar el crecimiento económico y alcanzar el desarrollo sostenible.

5

Defender el derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles.

La consecución de estos objetivos depende de la lucha contra las formas de opresión interrelacionadas que obstaculizan la justicia sexual y reproductiva. De acuerdo con el informe de la Comisión de 2021, la salud y los derechos sexuales y reproductivos forman parte de una agenda de justicia y desarrollo de alcance universal. Por tanto, la Comisión aprobó la adopción y aplicación de un marco de justicia sexual y reproductiva como elemento indispensable para el éxito en el cumplimiento de los compromisos de Nairobi.

Si bien el marco de justicia sexual y reproductiva que esbozamos en nuestro primer informe ha tenido calado, en este segundo informe desarrollaremos sus principios y demostraremos cómo se aplica a distintos contextos, entornos y partes interesadas. La Comisión pretende que este informe arroje luz sobre el camino que ha de seguirse para alcanzar los compromisos de la CIPD y de la Cumbre de Nairobi a través del marco de justicia sexual y reproductiva.

Contenido del informe

El **capítulo 1** presenta el marco de justicia sexual y reproductiva y explica cómo este ayuda a entender y responder a las relaciones, las estructuras y los contextos específicos que determinan la autonomía corporal, la capacidad de decisión y la capacidad de elección. La Comisión subraya que el marco de justicia sexual y reproductiva permite superar un enfoque limitado de acceso individual a los servicios, que a menudo excluye a las mujeres y las niñas en los márgenes de la sociedad, y lo sustituye por un análisis interseccional que refuerza la aplicación de los compromisos de Nairobi y la rendición de cuentas al respecto.

El **capítulo 2** sitúa el marco de justicia sexual y reproductiva en el contexto de otras agendas y conceptos de justicia. La justicia sexual y reproductiva es un prerequisite para lograr la justicia en términos más generales y permite que los agentes de distintos movimientos trabajen de forma más solidaria a fin de crear la movilización necesaria para generar el cambio.

El **capítulo 3** describe cómo el marco de justicia sexual y reproductiva es esencial para conseguir el desarrollo sostenible y hacer frente a las crisis humanitarias.

En el **capítulo 4**, la Comisión revisa ejemplos de cómo la justicia sexual y reproductiva ha contribuido al progreso en la consecución de los compromisos de Nairobi, y también los desafíos pendientes. A partir de los últimos informes del Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales y un nuevo conjunto de perfiles de países, la Comisión pone de relieve lo que revelan los datos más recientes y señala las buenas prácticas emergentes.

En la **sección final**, la Comisión reflexiona sobre la vigencia del llamamiento de 2021. Plantea una serie de medidas que, si se adoptan, acelerarán la acción y garantizarán 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.

Los **anexos A, B y C** presentan la actualización de 2022 del Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales, una selección de perfiles de países y una nota metodológica adjunta. El Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales, que se basa en los sistemas de puntuación del informe de 2021, recoge los datos más recientes disponibles para el seguimiento de los principales indicadores mundiales por región. Algunos perfiles de países profundizan más en los datos. Cuando resulta posible, los datos se desglosan a fin de comprender mejor las realidades sobre el terreno e impulsar inversiones específicas en consonancia con los compromisos de Nairobi. La nota metodológica da cuenta del proceso de elaboración del marco de seguimiento y los perfiles de países que la Comisión ha llevado a cabo.

La Declaración de Nairobi: 12 compromisos mundiales

El camino que debemos 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:



1 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI

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.



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



2 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI

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



3 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI

Cero muertes y morbilidades maternas 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 universal de salud, 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.



4 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI

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:



5 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI

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.

≡ *Movilizar 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.



Aumentando 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.



anti
concept
ivos



Definición del marco de justicia sexual y reproductiva

Mensajes clave



La justicia sexual y reproductiva es un concepto universal en el que se recogen el derecho a tener o no tener hijos, el derecho a criarlos en entornos seguros y sostenibles, y el derecho a la autonomía sexual y a la libertad de género.



El marco de justicia sexual y reproductiva se basa en la plataforma de los derechos sexuales y reproductivos, y reconoce las desigualdades estructurales y los sistemas de opresión interconectados que influyen en la toma de decisiones sexuales y reproductivas, incluidos los factores económicos, sociales y sanitarios.



El ejercicio efectivo de la justicia sexual y reproductiva exige combatir la distribución desigual del poder en la sociedad y acabar con la marginación y la exclusión.



El marco de justicia sexual y reproductiva es de aplicación universal y resulta clave para organizar y crear movimientos sociales de gran alcance e interrelacionados.



El marco es crucial para reforzar la aplicación de los compromisos de Nairobi y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), así como la rendición de cuentas al respecto, pues amplía el análisis a los obstáculos estructurales superpuestos que impiden el progreso en los planos comunitario, nacional, regional y mundial.

En 1994, año en que se adoptó el histórico Programa de Acción de la CIPD, un colectivo de 12 feministas negras acuñó el término *justicia reproductiva*, con lo que se transformó el limitado debate “provida frente a proelección” predominante en el discurso en torno a los derechos reproductivos, económicos y sociales en los Estados Unidos de América¹⁵. Los principales movimientos en favor de los derechos reproductivos ponían en el centro a las mujeres privilegiadas, blancas, cisgénero y heterosexuales. Se consideraba que estos movimientos socavaban las experiencias de las mujeres racializadas y otros grupos marginados al no tener en cuenta las fuerzas interrelacionadas que afectan a estas comunidades¹⁶.

Si bien las referencias a la justicia reproductiva aparecieron por primera vez en los Estados Unidos, el concepto de justicia sexual y reproductiva es universal. Muchas partes interesadas de todo el mundo reconocen desde hace tiempo la importancia de abordar las opresiones interrelacionadas para lograr la justicia sexual y reproductiva y la justicia de género. El concepto permite un análisis crítico de los derechos reproductivos, así como de los derechos civiles, económicos y sociales. Consta de tres principios fundamentales: el derecho a no tener hijos, el derecho a tener hijos y el derecho a criar a los hijos en entornos seguros y sostenibles. En el decenio posterior a la creación del marco de justicia reproductiva se incorporó un cuarto principio: el derecho humano a la autonomía sexual y a la libertad de género¹⁷.

La justicia sexual y reproductiva arroja luz sobre las experiencias de las personas que a menudo no han sido escuchadas, al tiempo que permite un análisis sistemático del poder y los privilegios que regulan la reproducción de forma punitiva. Las cuestiones de género, clase social, raza, orientación sexual, edad, discapacidad, situación migratoria y etnia son fundamentales para la justicia sexual y reproductiva y se

utilizan para evaluar las barreras asociadas al sistema de justicia penal, la aplicación de la ley, la participación económica, la representación política, la educación, la vivienda, la salud, el bienestar infantil, la asistencia pública, la autonomía sexual y la libertad de género¹⁸.

La justicia sexual y reproductiva se basa en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, que se fundamenta en una conjunción de garantías de derechos humanos esenciales, como el derecho a la vida, a la salud, a la intimidad, a la información, a la libertad de expresión, a no ser objeto de violencia y discriminación, a no ser sometido a torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Estos derechos están recogidos en las leyes y constituciones nacionales, así como en documentos fundacionales y universalmente aceptados sobre derechos humanos. Se definen y desarrollan en tratados internacionales y regionales de derechos humanos, declaraciones interpretativas y documentos de consenso político¹⁹.

Mientras que el marco basado en los derechos adopta un enfoque individualista de la libertad reproductiva, que reafirma y protege los derechos del individuo a servicios como la anticoncepción y la atención de la salud materna, el marco de justicia va más allá²⁰. Además del acceso a los servicios, tiene en cuenta las condiciones sociales concurrentes que promueven o impiden la capacidad de disfrutar de la libertad sexual y reproductiva.

La profesora Loretta Ross, una de las pioneras de la justicia reproductiva en el mundo, destaca que las cuestiones relativas a la autonomía reproductiva radican no solo en el acceso efectivo a la anticoncepción, el aborto y la atención prenatal y obstétrica, sino también en la consideración de las barreras a las que se enfrentan las mujeres marginadas a la hora de tener y criar a sus hijos e hijas. Entre ellas se incluyen la criminalización de la reproducción,

el embarazo o la esterilización forzada, la estigmatización de las madres adolescentes, los efectos de la degradación ambiental sobre la fertilidad y el acceso limitado a la tecnología reproductiva.

La autonomía reproductiva debe entenderse contextualmente en términos interpersonales y estructurales, y las opciones reproductivas de las mujeres han de situarse dentro de un “análisis más amplio de las limitaciones raciales, económicas, culturales y estructurales que afectan a la capacidad de acción de las mujeres”²¹. La autonomía corporal se basa en los derechos individuales a la intimidad, la confidencialidad, el consentimiento informado y la elección con conocimiento de causa, la libertad de expresión y el derecho a no ser objeto de discriminación, acoso o violencia. La autonomía individual también se materializa a través de las relaciones constructivas y se ve socavada por las relaciones destructivas, no solo en “relaciones íntimas [y familiares], sino también en relaciones más distantes y en las relaciones estructurales sociales como el género, las relaciones económicas y las formas de poder gubernamental”²². Esta interpretación contextual y relacional reconoce que la autonomía difiere

entre los grupos de mujeres y niñas, a pesar de que existe una vulnerabilidad común a la subordinación de género.

Los antecedentes de subordinación sexual discriminatoria y de control de la población, sumados a una socialización compleja y específica en torno a la sexualidad y la procreación, implican que las minorías raciales y étnicas, entre otros grupos, suelen tener experiencias distintas a las de los grupos dominantes. En todo el mundo, la pobreza y la desigualdad, las historias y experiencias de control de la población y el acceso al aborto, la vulnerabilidad al VIH y los niveles epidémicos de violencia por razón de género afectan a las mujeres de forma diferente en función de su raza, clase social, sexualidad, edad y discapacidad. Situar la interseccionalidad y los mecanismos de subordinación y opresión interrelacionados en el centro del análisis permite dirigir la atención hacia las mujeres y las niñas relegadas a los márgenes de la sociedad por la combinación de factores de opresión como la raza, etnia, clase social, sexualidad, edad, discapacidad, pobreza, migración, localización rural y muchos otros. Para ellas, a menudo la realidad es tener poca o ninguna capacidad de elección en su vida sexual y reproductiva.

El ejercicio efectivo de la justicia sexual y reproductiva exige combatir la distribución desigual del poder en la sociedad y tratar de devolver la dignidad a las personas, un principio fundamental sobre el que se asienta el enfoque basado en los derechos humanos.

Insta a conectar una visión contextual, relacional e interseccional de la autonomía y la autodeterminación del individuo con la igualdad sustantiva y los derechos socioeconómicos. La consecución de los derechos y la autonomía corporal es un movimiento clave en la transformación de las culturas y estructuras patriarcales, racistas, edadistas, capacitistas, homofóbicas y transfóbicas.



Los tipos de cambio que plantea la justicia sexual y reproductiva requieren eliminar los obstáculos estructurales, los sistemas opresivos y las condiciones que hacen que las personas sean vulnerables a las violaciones de los derechos humanos. Debe emplearse la interseccionalidad dentro de un marco de justicia a fin de remodelar la investigación, fundamentar las políticas y los programas y analizar la arquitectura sanitaria mundial y su interacción con la justicia.

Activistas y movimientos de todo el mundo han adoptado el marco de justicia sexual y reproductiva, lo que demuestra su universalidad y adaptabilidad. Sudáfrica adoptó explícitamente un marco de justicia en 1996, cuando el Parlamento legalizó el aborto en virtud de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. En 2015, el Consejo de Ministros de Sudáfrica incorporó la salud y los derechos sexuales y reproductivos como una prioridad de la política de población y recomendó que un enfoque de justicia reproductiva guiara el trabajo del Gobierno en todas sus esferas. El Gobierno está colaborando ahora con la sociedad civil y las partes interesadas del mundo académico en una serie de seminarios internacionales sobre justicia sexual y reproductiva y su relación con la gobernanza, la prestación de servicios (especialmente a los grupos desatendidos), la migración y la movilidad, la tradición, la cultura y el idioma, la pobreza y la desigualdad, y la demografía. En una conferencia nacional sobre justicia sexual y reproductiva que se celebrará en 2023 se pondrán de relieve las prioridades nacionales que exigen intensificar las intervenciones.

En 2017, en la República de Corea, un grupo en favor de los derechos de las personas con discapacidad aunó fuerzas con organizaciones de profesionales de la medicina, grupos feministas, jóvenes activistas y grupos religiosos para enmarcar el aborto como una cuestión de justicia social. Su labor conjunta de promoción condujo finalmente a la despenalización del aborto el año pasado²³. En 2018, los activistas en favor del

derecho al aborto en Irlanda utilizaron conceptos de justicia sexual y reproductiva que vinculan la mortalidad materna, la opresión económica y la justicia reproductiva, con el objetivo de derogar la prohibición del aborto. De forma similar, las feministas latinoamericanas han adoptado un marco de justicia sexual y reproductiva con miras a movilizar a los movimientos de base y crear un espacio político para nuevas conversaciones que amplíen las perspectivas sobre el aborto. En la Argentina, el movimiento feminista entrelazó la lucha en pro del aborto con otras luchas feministas, como las que se libran contra la violencia doméstica, la desigualdad salarial por razón de género y los asesinatos de mujeres ecologistas y activistas indígenas²⁴.

El marco de justicia sexual y reproductiva es esencial para reforzar la aplicación de los compromisos de Nairobi y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y la rendición de cuentas al respecto, en particular del ODS 3 (salud y bienestar) y el ODS 5 (igualdad de género), aunque también influye en el ODS 4 (educación de calidad), el ODS 10 (reducción de las desigualdades), el ODS 13 (acción por el clima), el ODS 16 (paz, justicia e instituciones sólidas), el ODS 17 (alianzas) y, en última instancia, el ODS 1 (fin de la pobreza). El marco también está en consonancia con los principios de la Agenda 2030: los derechos humanos, la universalidad, no dejar a nadie atrás y tratar de llegar primero a las personal más rezagadas.

El compromiso mundial 3 de la CIPD25, que persigue lograr cero muertes y morbilidades maternas evitables, es un ejemplo de cómo aplicar el marco de justicia sexual y reproductiva. El mero hecho de facilitar el acceso a la atención de la salud materna no es suficiente para alcanzar este objetivo, pues la falta de respeto y los abusos durante el parto pueden tener consecuencias negativas en los resultados de salud²⁵. El trato deficiente puede provenir del entorno sociopolítico y estar asociado a factores como el racismo²⁶ y las prácticas que impiden a

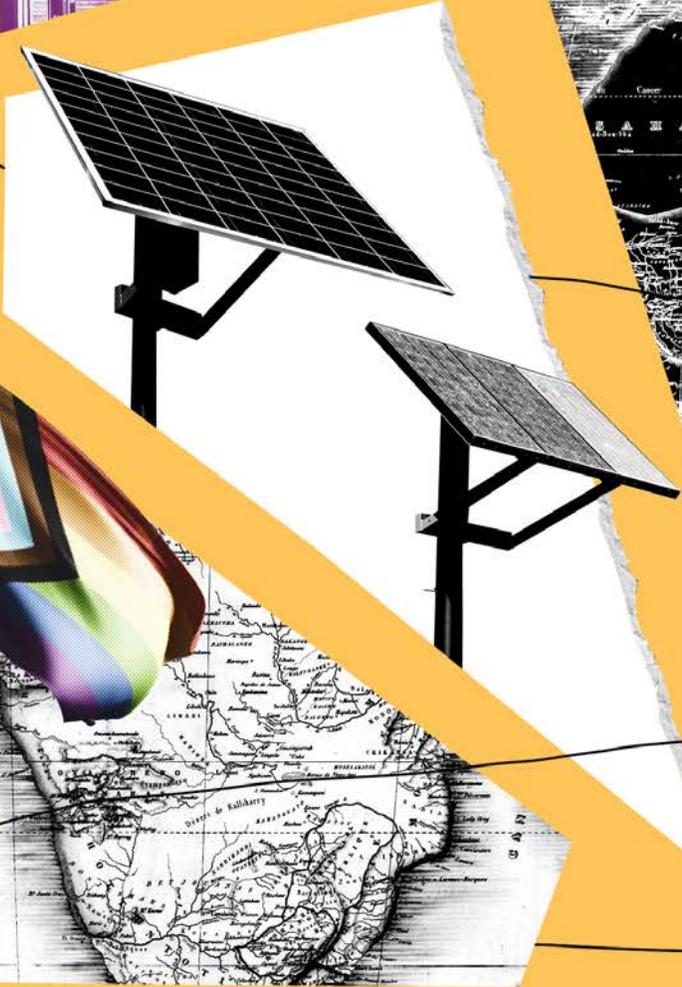
las pacientes dar a luz con dignidad²⁷. Del mismo modo, los profesionales de la salud de diversos orígenes raciales, étnicos o indígenas suelen recibir un trato degradante en sus entornos laborales. A menudo, los sistemas sanitarios valoran, pagan y reconocen menos a las parteras y otros trabajadores sanitarios tradicionales y consuetudinarios, que son en su mayoría mujeres.

La injusticia ambiental y la exposición al riesgo también pueden influir en la mortalidad materna. Además, cuando una mujer muere dando a luz, las consecuencias económicas y sociales duraderas afectan a los niños, a los hogares y a comunidades enteras. Entre estas consecuencias se incluyen la inestabilidad financiera resultante de la pérdida de ingresos combinada con los costos sanitarios y funerarios, el aumento de la carga que supone la crianza de los hijos para otros miembros de la familia y de la comunidad, la pérdida de oportunidades educativas y vitales para los hijos e hijas supervivientes, y el aumento de la mortalidad infantil²⁸.

En resumen, la perspectiva de la justicia sexual y reproductiva amplía el análisis a obstáculos estructurales superpuestos en los planos comunitario, nacional, regional y mundial. Al subsanarlos, se pone de relieve la importancia de los movimientos sociales y las iniciativas de base, así como las responsabilidades de los Estados como garantes de los derechos humanos.



justicia sexual y reproductiva



2

Derribar las barreras a través de un marco de justicia sexual y reproductiva

Mensajes clave

Para establecer un marco de justicia sexual y reproductiva es necesario:



Realizar un análisis interseccional de la repercusión de las múltiples formas de opresión confluyentes.



Crear alianzas y redes de organizaciones aliadas en favor de los derechos humanos y la justicia social que integren la agenda de la justicia reproductiva en su trabajo local, regional y mundial.



Reconocer y apoyar el liderazgo y el poder de los grupos más excluidos, particularmente las mujeres y niñas marginadas, y respaldar el trabajo de las mujeres y las comunidades que reclaman y generan poder económico, político y social.



Integrar asuntos y grupos poblacionales de género expansivo, multirraciales y multigeneracionales, y reconocer el liderazgo de las personas que defienden activamente los derechos de aquellas con discapacidad, las ecologistas, los movimientos indígenas y las mujeres y niñas de minorías raciales y étnicas al crear un movimiento poderoso y pertinente en favor de la justicia sexual y reproductiva.



La justicia sexual y reproductiva se encuentra en la raíz de las principales injusticias económicas y sociales que sufren las comunidades marginadas, como los derechos laborales, la justicia ambiental, los derechos de las personas inmigrantes y la justicia por la discapacidad, así como el derecho a protección contra la violencia y la discriminación por razón de raza, etnia, edad, sexo, situación migratoria, estado serológico con respecto al VIH, orientación sexual e identidad de género. El marco de justicia sexual y reproductiva aborda el hecho de que la opresión reproductiva es resultado de las interrelaciones entre diferentes tipos de opresión y está inherentemente relacionada con la lucha por la justicia social y los derechos humanos.

El marco sigue un modelo fundamentado en la organización para conseguir el cambio, con el fin de combatir las desigualdades de poder estructurales y generales. El análisis estructural de los problemas, las estrategias y las soluciones previstas debe tener carácter integral y centrarse en la interconexión entre la justicia social y los

derechos humanos que afectan al cuerpo, la sexualidad y la reproducción de las mujeres, las niñas y las personas de género diverso, tal y como se refleja en la figura anterior. El marco exige abordar la falta de poder, recursos y control, pues se centra, principalmente, en el control y la explotación del cuerpo, la sexualidad y la reproducción de las mujeres como forma de dominación de las mujeres, las niñas y las comunidades, especialmente las más marginadas.

Tanto históricamente como en la actualidad, la falta de poder de las mujeres se ha manifestado mediante diferentes tipos de opresión por razón de raza, etnia, clase social, género, sexualidad, discapacidad, edad, situación migratoria o condición de refugiado. Aun así, la financiación y los movimientos por la salud y los derechos sexuales y reproductivos han operado, tradicionalmente, con independencia de otros actores que defienden los derechos humanos y la justicia. En 2018, solo el 22% de las más de 27.000 subvenciones en favor de los derechos humanos

que las fundaciones privadas de los Estados Unidos enviaron a 44 países pretendían beneficiar a más de un grupo de población, y apenas el 21% se destinó a solucionar más de un problema. Las subvenciones para personas con discapacidad y para personas con orientación sexual e identidad de género diversas fueron las más aisladas y menos interconectadas²⁹.

Debido a la compartimentación de las injusticias por parte de la comunidad de donantes, las organizaciones, especialmente las de base, tienen dificultades para trabajar en asuntos confluyentes e interdependientes. Ha quedado patente que resulta complicado conectar el trabajo por la justicia sexual y reproductiva con el trabajo por la justicia racial, climática o económica, incluso a pesar de las pruebas que demuestran que, por ejemplo, el cambio climático repercute negativamente en casi todos los resultados de salud y derechos sexuales y reproductivos³⁰. Alrededor del 80% de las personas desplazadas por desastres relacionados con el clima son mujeres que, durante el tránsito o en los refugios y campamentos de refugiados, se exponen al riesgo de sufrir discriminación, acoso y violencia sexual y de género³¹. Al mismo tiempo, el movimiento por la justicia climática que lideran las generaciones jóvenes reconoce que, a pesar de que las comunidades pobres y las minorías étnicas y raciales de todo el mundo no son responsables de impulsar el cambio climático, son las que sufren sus peores consecuencias.

Es aquí donde el marco de justicia sexual y reproductiva adquiere gran potencial como marco organizacional y movimiento amplio e inclusivo³². Permite superar las compartimentaciones e incrementar la solidaridad, así como lograr una base de poder más diversa que, a fin de conseguir un cambio duradero, incluya a los movimientos por la justicia climática, racial, económica, y sexual y reproductiva, y a los responsables de la financiación y la formulación de políticas. Las mujeres indígenas de los Estados Unidos, por ejemplo, han empleado el marco de justicia sexual

y reproductiva para comunicar la contaminación ambiental de las tierras de sus comunidades como un peligro para la salud reproductiva³³.

La separación es especialmente marcada entre los movimientos por la justicia sexual y reproductiva y los movimientos por la justicia económica, a pesar de que el empoderamiento económico es clave para la justicia y la adopción de decisiones reproductivas. Las oportunidades y la seguridad financieras garantizan a las mujeres y a las personas con capacidad gestante mayor autonomía para decidir si desean tener hijos, cuándo tenerlos y cómo criarlos. De igual modo, la medida en que una persona puede ejercer su libertad sexual y reproductiva y disfrutar de su bienestar influye en el nivel y el tipo de participación que puede tener en la economía. Incrementar el uso de anticonceptivos y reducir la maternidad adolescente aumenta las posibilidades de participar en el mercado laboral formal³⁴. Los embarazos adolescentes pueden llevar al abandono escolar, lo que da lugar a la pérdida de posibles oportunidades laborales y un aumento del costo social³⁵. Sin políticas ni garantías laborales basadas en la justicia de género, las mujeres y las personas que dan a luz se ven obligadas a elegir entre cuidar a sus hijos e hijas o perder su empleo. En muchos contextos, la doble carga de la maternidad y el empleo expulsa a las mujeres de la fuerza de trabajo o las relega al sector informal, que carece de garantías de igualdad salarial y de condiciones laborales justas³⁶.

El marco de justicia sexual y reproductiva comprende una combinación de estrategias para abordar las interrelaciones entre el empoderamiento económico y la libertad sexual y reproductiva. Aboga por la cobertura universal de salud, incluidos todos los componentes de los servicios de salud sexual y reproductiva, y por el derecho a la educación; un salario justo e igualitario; sistemas de protección social, como las licencias parentales remuneradas; prestaciones familiares; la responsabilidad

parental compartida; y condiciones y salarios dignos para el trabajo de cuidados. Asimismo, prioriza los recursos y las oportunidades para las mujeres con discapacidad, dado que su plena participación en la vida pública, política y económica es una puerta de entrada para la justicia sexual y reproductiva.

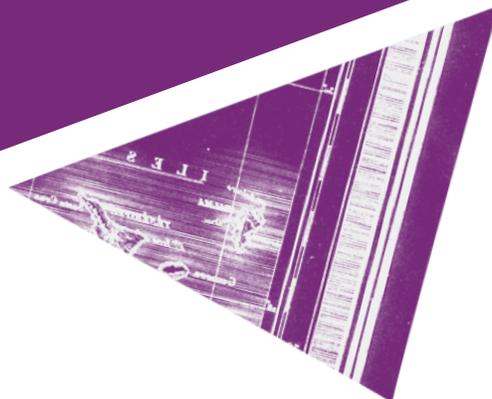
Tanto la justicia de género como la justicia sexual y reproductiva dan prioridad a la igualdad de participación y liderazgo de las mujeres en la vida política y pública. A pesar de que las pruebas

demuestran que incluir a las mujeres en los procesos políticos es beneficioso para todas las personas, las mujeres están infrarrepresentadas en todos los planos de la adopción de decisiones en todo el mundo. Actualmente, solo la Jefatura de Estado de 10 países y la Jefatura de Gobierno de 13 países es ejercida por una mujer, y solo el 26% de los parlamentarios nacionales son mujeres. Los datos de 133 países reflejan que las mujeres suponen el 36% de los cargos electos en los órganos deliberantes locales³⁷.

La interdependencia y la indivisibilidad de los derechos

En su observación general núm. 2³⁸ sobre el Protocolo relativo a los Derechos de la Mujer en África,³⁹ la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos hace hincapié en la interdependencia y la indivisibilidad de los derechos y dispone que los elementos propios de los derechos civiles y políticos que forman parte de los derechos reproductivos no pueden separarse de los elementos socioeconómicos. Todos los países están obligados a respetar, proteger, promover y satisfacer los derechos

que dicho protocolo garantiza a las mujeres. La obligación de promoverlos y satisfacerlos resulta particularmente relevante, pues actualmente son muchos los países rezagados en la aplicación de la legislación y las políticas vigentes. Los países deben prestar atención no solo a los obstáculos legislativos y normativos, sino también a los obstáculos de índole cultural, social, religiosa y económica que impiden a las mujeres ejercer sus derechos⁴⁰.



Justicia intergeneracional

La justicia intergeneracional está estrechamente relacionada con la justicia climática, la justicia económica y la justicia sexual y reproductiva. Defiende que las generaciones presentes tengan una serie de obligaciones entre sí y con las generaciones futuras. Cada vez se concede más importancia a la integración social y a la solidaridad intergeneracional, que hunden sus raíces en la interdependencia que se produce entre las distintas generaciones a lo largo de la vida. Ello se debe al reconocimiento crítico de los efectos intergeneracionales del cambio climático, así como a la transmisión intergeneracional de la pobreza. Evitar esto último depende de las inversiones destinadas a que la infancia y la juventud puedan alcanzar su máximo potencial.

La perspectiva de la justicia intergeneracional exige tener en cuenta las relaciones de poder entre las generaciones actuales, así como las condiciones de las generaciones futuras⁴¹, incluido el entorno social y material y las opresiones que heredarán. Esta idea es fundamental para la justicia sexual y reproductiva, que pretende crear y mantener contextos seguros y dignos en los que las generaciones del presente puedan criar a sus hijos e hijas, y en los que las generaciones del futuro puedan vivir el día de mañana. Además, injusticias sexuales y reproductivas como el embarazo forzado, la esterilización forzada, el aborto forzado, los sistemas ineficaces de protección de la infancia, la exposición ambiental prenatal y la falta de acceso a las tecnologías reproductivas tienen consecuencias directas en las generaciones futuras.

La justicia intergeneracional requiere que se reconozcan las injusticias sexuales y reproductivas que han sufrido generaciones con un poder social, económico y político limitado. A las personas mayores, por ejemplo, se las ha desatendido en gran medida en la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a pesar del rápido envejecimiento de la población en todo el mundo⁴². Aproximadamente 1 de cada 6 personas mayores ha sufrido abusos en un entorno comunitario, incluidos abusos sexuales⁴³. No obstante, las políticas, la financiación y los servicios a menudo ignoran sus necesidades concretas en materia de salud sexual y reproductiva⁴⁴, pues los factores individuales, comunitarios y sociales tienden a restar autonomía a las personas mayores⁴⁵.

Las personas adolescentes se enfrentan a numerosos obstáculos para acceder a los servicios de asistencia y tomar decisiones sobre su propia salud sexual y reproductiva. El Comité de los Derechos del Niño establece que “todos los adolescentes deben poder acceder a servicios, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en línea o presenciales, gratuitos, confidenciales, adaptados a sus necesidades y no discriminatorios”, y subraya su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado⁴⁶. En el 21% de los países cuya legislación protege el acceso a los servicios de anticoncepción, la legislación exige la participación de una tercera parte, normalmente los progenitores o el personal médico o judicial, para acceder a dichos servicios⁴⁷. Esto repercute particularmente en los adolescentes, que a menudo no pueden acceder a los servicios de asistencia sin el consentimiento de un progenitor, lo que supone un gran obstáculo. En algunos países, los proveedores no pueden ofrecer servicios de planificación familiar sin el consentimiento escrito de un progenitor o tutor⁴⁸.

Los compromisos de Nairobi subrayan la importancia de que la juventud participe y se involucre de manera significativa. Si bien la juventud ha estado tradicionalmente infrarrepresentada en las instituciones políticas⁴⁹, los movimientos juveniles serán asociados importantes para el progreso de la justicia sexual y reproductiva en todo el mundo. El marco de justicia sexual y reproductiva posibilita un análisis más profundo de los motivos y los medios por los que las generaciones jóvenes y mayores han visto limitada su capacidad para acceder al poder social, económico y político, así como de las consecuencias específicas de dichas restricciones para sus derechos sexuales y reproductivos. Además, explora las consecuencias de las injusticias sexuales y reproductivas para las generaciones futuras.

Un análisis en mayor profundidad de la justicia racial, étnica e indígena

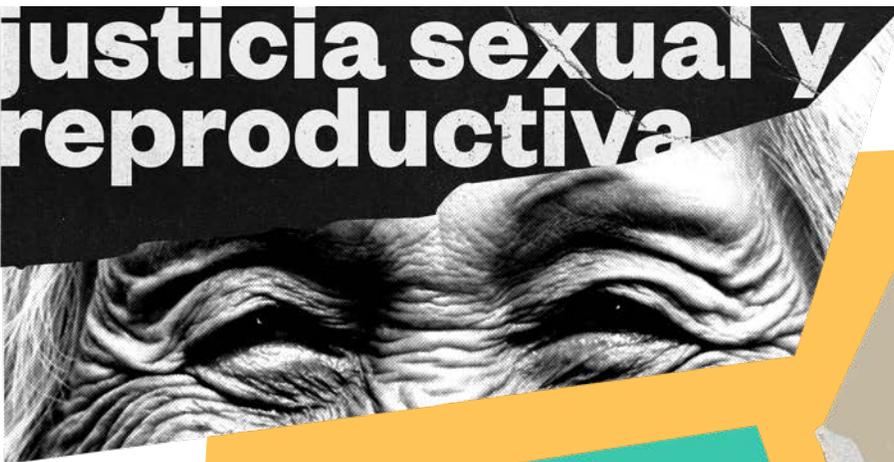
Al igual que la minorías raciales y étnicas de todo el mundo, las comunidades indígenas y su identidad interseccional, que abarca su cultura, sexo, género, etnia, condición socioeconómica y lengua, sufren discriminaciones sistémicas e concomitantes⁵⁰. En su recomendación general núm. 34, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer alertó sobre los peligros de la compartimentación de los problemas a los que se enfrentan las mujeres y niñas indígenas o afrodescendientes. En dicha recomendación establecía que “los Estados partes deberían reconocer que las mujeres rurales no son un grupo homogéneo y a menudo se enfrentan a formas entrecruzadas de discriminación” y que muchas “mujeres indígenas y afrodescendientes viven en zonas rurales y sufren discriminación debido a su origen étnico, idioma y forma de vida tradicional”⁵¹.

La justicia sexual y reproductiva tiene una importancia vital para las comunidades indígenas y las minorías raciales y étnicas, dada la marginación estructural económica, social, política y cultural que sufren y a la que se suman patrones históricos de exclusión y discriminación, como la esclavitud, el colonialismo, la explotación y la violencia. A pesar de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, la falta de reconocimiento de la condición indígena y de los derechos territoriales y colectivos específicos de los pueblos indígenas agrava otros obstáculos. La violencia contra las mujeres y niñas indígenas está estrechamente relacionada con la desposesión colonial de las tierras de los pueblos indígenas aún vigente hoy en día y, a menudo, implica prácticas discriminatorias y coercitivas, como el abuso sexual y la violación de defensoras de los derechos humanos de origen indígena. Los enfoques de la justicia sexual y reproductiva exigen que los gobiernos respeten los derechos colectivos de los pueblos indígenas y el principio del consentimiento libre, previo e informado.

El racismo sistémico merma drásticamente la justicia sexual y reproductiva en todo el mundo. Por ejemplo, en muchas zonas del mundo persisten desigualdades raciales, étnicas e indígenas en la mortalidad materna. En el Ecuador, la tasa de mortalidad materna de las mujeres afrodescendientes triplica la tasa de mortalidad materna general. En Colombia, la tasa es 1,8 veces más alta en las mujeres afrodescendientes, y en el Brasil, un 36% más elevada⁵². Las mujeres negras en el Reino Unido tienen cuatro veces más probabilidades que las mujeres blancas de morir durante el embarazo. Las mujeres asiáticas tienen el doble de probabilidades⁵³. El racismo sistémico también resulta evidente en el hecho de que el 86% de las muertes maternas de todo el mundo tengan lugar en África Subsahariana y Asia Meridional^{54,55}.

Los pueblos indígenas sufren tasas de mortalidad materna e infantil desproporcionadamente altas⁵⁶. En Australia, la mortalidad materna de las mujeres aborígenes e isleñas del estrecho de Torres es más de tres veces la de las mujeres que no tienen origen indígena⁵⁷. En el Canadá, la tasa de mortalidad materna de las mujeres indígenas es más del doble que la de la población general⁵⁸.

Justicia sexual y reproductiva



Estudio de caso: Alyne da Silva Pimentel contra el Brasil

En 2007, un caso remitido al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer abordaba el racismo sistémico y la justicia sexual y reproductiva. El caso *Alyne da Silva Pimentel contra el Brasil* implica a una mujer brasileña (la sra. Pimentel) que murió a los 28 años de edad debido a complicaciones del embarazo después de que un centro de salud de Río de Janeiro no le brindara una atención obstétrica de urgencia adecuada y oportuna. La parte demandante argumentó que no se trataba de un caso aislado, y citó un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) según el cual cada año se producen en el Brasil más de 4.000 muertes maternas, lo que supone un tercio de todas las muertes maternas de América Latina⁵⁹. La parte demandante también se basó en una decisión previa del Comité que concluía que un número desproporcionadamente alto de las víctimas brasileñas son mujeres afrodescendientes.

El Comité concluyó que el Brasil incumplía la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y que sus políticas infringían la norma de estar orientadas hacia la acción y los resultados y de contar con financiación adecuada⁶⁰ y con el máximo posible de recursos disponibles para garantizar el derecho

de la mujer a una maternidad segura y a servicios obstétricos de urgencia. El Comité fue más allá de las prioridades del país establecidas en su plan nacional y examinó los obstáculos a los que se enfrentaban sobre el terreno algunos grupos específicos. La inclusión de los factores estructurales que influyen en el acceso a los servicios de salud, como la pobreza y la raza, supuso un hito para el desarrollo de una concepción interseccional de la justicia sexual y reproductiva⁶¹.

En este sentido, el marco de justicia sexual y reproductiva permite identificar la brecha que existe entre los derechos en la teoría y en la práctica, así como la necesidad de desarrollar y financiar adecuadamente políticas que presten atención específica a los grupos marginados. El presente caso pone de relieve que los derechos reproductivos no sirven de nada si no se abordan los contextos sociales en los que se ejercerán dichos derechos, incluidas las estructuras opresivas históricas de la desigualdad racial y económica⁶². Asimismo, brinda directrices para abordar aspectos antirracistas desde la justicia sexual y reproductiva. Por ejemplo, con miras a reducir la mortalidad materna son necesarios cuatro elementos:



1

Abordar los problemas de salud potencialmente mortales más prevalentes para todas las mujeres embarazadas (hemorragias, eclampsia y sepsis).

2

Aplicar a la mortalidad materna una perspectiva antirracista y contra cualquier otra forma de discriminación, prestando atención a la mejora de los conocimientos del personal médico sobre el racismo estructural y las vulnerabilidades sociales.

3

Documentar y desglosar los datos por raza y etnia para reflejar adecuadamente las experiencias de las minorías étnicas y raciales.

4

Reconocer que las personas marginadas, como las madres negras e indígenas, a menudo tienen una capacidad de decisión limitada o nula, y examinar de qué manera puede (re)distribuirse el poder a fin de mejorar el sistema y garantizar la participación en el diseño de programas y la prestación de servicios de las personas principalmente afectadas.

Aunque *el caso Alyne da Silva Pimentel contra el Brasil* se resolvió hace más de un decenio, su legado justifica su inclusión en el presente informe. Se trata del primer caso de mortalidad materna sobre el que se pronunció un organismo internacional de derechos humanos y dio pie a la primera decisión mundial de defender la justicia sexual y reproductiva⁶³. En 2013, el Brasil puso en marcha una agenda para abordar el racismo sistémico en el sistema público de asistencia sanitaria⁶⁴. Al establecerse obligaciones inmediatas y jurídicamente exigibles para los países en materia de derechos humanos a fin de abordar y reducir la mortalidad materna⁶⁵, el caso también ha contribuido a avanzar en el reconocimiento de los derechos reproductivos en América Latina y en todo el mundo.

En una declaración interinstitucional, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), el UNFPA, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas⁶⁶ subrayaron que los pueblos indígenas y las minorías étnicas son particularmente vulnerables a la violencia, incluida la esterilización forzada o coercitiva, y que resulta vital aplicar una perspectiva interseccional al asunto, puesto que también es el caso de las mujeres con discapacidad y aquellas que viven con el VIH⁶⁷. En 2021, en el Perú se recogieron testimonios de mujeres y hombres, mayormente de comunidades indígenas, que entre los años 1996 y 2000 habían sido esterilizados forzosamente en el marco de una serie de programas gubernamentales de mitigación de la pobreza. Dichos testimonios se emplearon en audiencias públicas para determinar si el ex-Presidente Fujimori podría ser declarado culpable de la esterilización forzada de cientos de miles de mujeres y hombres⁶⁸.

En un informe reciente, el ACNUDH dejaba constancia de que, desde 2017, las mujeres uigures y de otras minorías étnicas y religiosas de la región china de Xinjiang estaban sufriendo la aplicación coercitiva de políticas de planificación familiar como esterilizaciones y abortos forzados o la limitación de la natalidad⁶⁹. Los Estados Unidos cuentan con un largo historial de esterilización de las comunidades de color, las comunidades inmigrantes y las personas con discapacidad (a menudo clasificadas como “indeseables”)⁷⁰. En la década de 1970, al mismo tiempo que se dictaba sentencia en el caso de Roe contra Wade, el Gobierno de los Estados Unidos esterilizó forzosamente a aproximadamente 25.000 mujeres indígenas, una clara demostración de por qué resulta fundamental aplicar una perspectiva interseccional para luchar por la justicia sexual y reproductiva⁷¹.



La esterilización forzada en África Subsahariana: Namibia, Sudáfrica y Kenia

La esterilización forzada y coercitiva es un problema generalizado en Botswana, Kenia, Namibia, Sudáfrica y Uganda, así como en otras zonas de África Subsahariana, también en relación con la discapacidad y con el estado serológico con respecto al VIH⁷². En noviembre de 2014, el Tribunal Supremo de Namibia⁷³ dictó sentencia en un caso sobre tres mujeres que habían sido esterilizadas forzosamente y rechazó unánimemente el paternalismo médico, haciendo hincapié en que la autonomía y la autodeterminación individuales son principios fundamentales del derecho. La decisión tuvo grandes consecuencias para las mujeres que viven con el VIH en todo el continente africano, y en Kenia y Sudáfrica se incoaron casos similares⁷⁴.

En 2020, la Comisión para la Igualdad de Género de Sudáfrica publicó un informe tras realizar una investigación sobre de la esterilización forzada de mujeres negras con el VIH⁷⁵. La investigación se realizó tras la movilización de activistas por los derechos de la mujer que reclamaban al Gobierno que investigase y adoptase medidas⁷⁶. En el informe se concluyó que la esterilización forzada constituía una violación del derecho a la igualdad, a la dignidad, a la libertad, a la integridad física y a la mejor asistencia sanitaria posible. Se formularon recomendaciones claras y concretas para modificar la legislación relativa a la esterilización, reconocer el legado de las leyes del *apartheid* y admitir las infracciones cometidas contra el cuerpo de las mujeres negras. Asimismo, se remitieron recomendaciones al Colegio de Profesionales Sanitarios de Sudáfrica y al Colegio de Enfermería con el objetivo de erradicar la práctica de esterilizar forzosamente a las mujeres y niñas con el VIH.



Las mujeres dalit en el sistema de castas de la India

A pesar del sistema de cuotas del Gobierno indio para garantizar el acceso de los grupos excluidos al empleo, la educación y la participación política⁷⁷, la discriminación por razón de casta sigue siendo un asunto acuciante en lo que respecta a la justicia sexual y reproductiva. Más del 46% de las mujeres dalit o, como también se les conoce, “intocables” no reciben ninguna asistencia prenatal, y su promedio de vida es 15 años inferior al de las mujeres de castas superiores⁷⁸. El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres de castas bajas viene determinado por la disponibilidad de los servicios sanitarios, el costo del transporte y las experiencias discriminatorias en los lugares donde se presta la asistencia⁷⁹.

Existen casos muy conocidos de violaciones y violencia sexual contra las mujeres dalit que ponen de manifiesto el hecho de que la violencia de género es una herramienta de opresión y control⁸⁰. Se denuncian pocos casos de violencia sexual contra las mujeres, y los que se denuncian a menudo tienen acceso limitado a la justicia⁸¹.

Según activistas dalit, la falta de protecciones jurídicas para las mujeres en el lugar de trabajo y en la educación pone en peligro la capacidad de estas de mantener a su familia y criar a sus hijos e hijas con dignidad, un aspecto clave de la justicia sexual y reproductiva. La falta de protección repercute directamente en la salud sexual y reproductiva.

Aplicar el marco de justicia sexual y reproductiva en Nepal

En Nepal, las mujeres y niñas que quieren acceder a los métodos anticonceptivos modernos se enfrentan a numerosos obstáculos. Las que viven en comunidades rurales y marginadas tienen acceso a menos hospitales y clínicas y, por lo tanto, menos posibilidades de conseguir anticonceptivos modernos. Dichos obstáculos vulneran completamente el derecho de las mujeres de Nepal a información y servicios de anticoncepción, lo que las expone a un alto riesgo de embarazos imprevistos (véase el perfil del país en el anexo B).

En el caso *Lakshmi y otros contra el Gobierno de Nepal* y en el caso *Prakashmani Sharma y otros contra el Gobierno de Nepal*, el Tribunal Supremo reconoció los derechos reproductivos de las mujeres y su derecho a la autodeterminación en lo que respecta a sus funciones reproductivas, que abarcan el aborto, el embarazo y la procreación⁸². El Tribunal dictaminó que el Gobierno debía acometer las reformas jurídicas y normativas necesarias para garantizar, por una parte, que todas las mujeres, también las marginadas y las empobrecidas, tengan acceso a todos los tipos de anticonceptivos y, por otra, la aplicación eficaz de dichos cambios. En 2021, el Gobierno acordó la despenalización del aborto y la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de

las mujeres y niñas. El cambio comenzó cuando Nepal aceptó el informe del Grupo de Trabajo del Examen Periódico Universal relativo a Nepal⁸³ presentado ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

En Nepal, las mujeres y niñas indígenas con discapacidad sufren diferentes dificultades, formas de discriminación y violaciones de los derechos humanos. Deben lidiar con múltiples identidades en relación con el género, la sexualidad, la edad, la discapacidad, la etnia y las intersecciones entre estas. Alrededor del 85% de las mujeres y niñas indígenas con discapacidad sufren formas de violencia distintas de las que sufren las mujeres indígenas sin discapacidad o las mujeres con discapacidad que no son indígenas⁸⁴. En un contexto en el que predominan el racismo, los prejuicios y las desigualdades de acceso al poder, el 95% de las mujeres indígenas y de las mujeres indígenas con discapacidad declaran que, durante la pandemia de COVID-19, aumentó la violencia que sufren.

En el marco de justicia sexual y reproductiva, una perspectiva interseccional permite abordar colectivamente los asuntos que afectan a las mujeres y niñas indígenas, rurales y con discapacidad, sin compartimentar identidades diferentes y confluyentes.

Nepal está trabajando para priorizar los problemas que sufren las mujeres marginadas, descentralizar el poder y el control de los recursos, conseguir su participación significativa en la adopción de decisiones y reforzar la capacidad de las mujeres marginadas para acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva integrales.

En un marco de justicia sexual y reproductiva, resulta urgente generar conocimientos desglosados y contar con procesos para la generación de conocimientos centrados en las mujeres y en otras personas marginadas. Nepal reconoce dichos asuntos en sus compromisos de Nairobi (CIPD25),

y se responsabiliza de garantizar que los grupos marginados, particularmente las personas jóvenes y adolescentes, puedan ejercer sus derechos reproductivos. Los compromisos abarcan el acceso universal a un servicio de planificación familiar de calidad, incluidos los anticonceptivos modernos; la ampliación de los servicios sanitarios adaptados para adolescentes; y la plena implantación de una educación sexual integral y coherente con la evolución de las capacidades y necesidades de la juventud, tanto en el sistema educativo formal como en la educación no formal, con el fin de reducir la tasa de natalidad adolescente a 30 por cada 1.000 mujeres⁸⁵.

Hacia la pertinencia cultural

Aunque la opresión patriarcal es un fenómeno universal, en el ámbito de la salud mundial, y por extensión la salud sexual y reproductiva, persisten prácticas y vestigios coloniales y discriminatorios. El marco de justicia sexual y reproductiva ilustra de qué modo el colonialismo y sus longevias secuelas han utilizado el control del cuerpo de las mujeres, niñas y personas de género diverso como herramienta de discriminación, violencia y opresión⁸⁶. Tiene en cuenta el contexto histórico de marginación y discriminación, a la par que analiza aspectos relativos al racismo, el legado colonial en los sistemas médicos occidentales⁸⁷ y otras formas de discriminación, así como la necesidad de servicios sanitarios pertinentes desde el punto de vista cultural⁸⁸.

La pertinencia cultural implica la elaboración e incorporación de modelos y prácticas de

salud que tiendan puentes entre la medicina moderna y las costumbres de las comunidades indígenas y otras comunidades locales, que consideren los enfoques diversos como enfoques complementarios y que eviten la condescendencia y la discriminación para con la medicina indígena⁸⁹. El enfoque de la justicia sexual y reproductiva reconoce que, a fin de garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos indígenas, debe respetarse, protegerse y satisfacerse su visión cultural. Asimismo, requiere el empoderamiento de las mujeres, en especial de las indígenas o pertenecientes a minorías étnicas y raciales, en cuanto asociadas y líderes en la práctica médica, así como el reconocimiento de que siguen sufriendo racismo sistémico, discriminación y desprecio por razón de género en las instituciones educativas y sanitarias. La Constitución del

Ecuador reconoce e incorpora explícitamente el derecho a la asistencia sanitaria intercultural⁹⁰. De manera similar, Colombia, Guatemala y el Perú han puesto en marcha programas para abordar los sesgos coloniales y occidentales que perduran en los servicios de asistencia sanitaria y reproductiva.

Son muchas las personas que, debido a los sistemas coloniales, poscoloniales y neocoloniales de poder y privilegios, carecen de libertad para decidir si tienen hijos y de un entorno seguro para la crianza⁹¹. Durante el *apartheid* en Sudáfrica, la limitación de la natalidad sirvió como herramienta para controlar a la población racializada⁹². En el Caribe, la escasez de mano de obra impulsó la elaboración de programas de salud materna⁹³. En muchos países se conservan las excepciones coloniales en virtud de las cuales las violaciones quedan impunes

si son conyugales⁹⁴ y se siguen aplicando códigos penales coloniales que castigan la homosexualidad⁹⁵. La hostilidad hacia las minorías sexuales pervive en lugares en los que estas eran aceptadas antes de la colonización.

Un marco descolonizador exige la desconstrucción de las relaciones de poder, los conceptos y los conocimientos que reproducen las jerarquías raciales, geopolíticas y de género. La descolonización es, por tanto, un proceso que consiste en revertir y desentrañar el entramado de relaciones de poder y privilegios propio de la era colonial. Dado que se trata de un proceso emergente, analiza la historia y requiere un cuestionamiento de los procesos de descolonización que se base en los movimientos anticoloniales, antirracistas, feministas transnacionales, indigenistas y feministas panafricanos.

La nueva postura de Sierra Leona frente al aborto

En 2022, el Presidente y el Gabinete de Sierra Leona respaldaron un proyecto de ley para despenalizar el aborto y abolir una ley colonial de 1861, anterior a la independencia⁹⁶. El proyecto de ley se debatió y aprobó a finales de 2022. La victoria fue resultado de una movilización masiva de los grupos de mujeres que llevaban largo tiempo llamando la atención sobre cómo la legislación colonial daba lugar a unas elevadas tasas de mortalidad materna⁹⁷. El proyecto de ley aborda no solo la mortalidad infantil, sino también un amplio abanico de servicios de salud reproductiva.

Supone la aplicación del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (Protocolo de Maputo), que denuncia explícitamente la historia colonial del continente y las consecuencias negativas para la mortalidad materna del modelo penal de la legislación en materia de aborto⁹⁸.



3

Aplicar un marco de justicia sexual y reproductiva para lograr el desarrollo sostenible y hacer frente a las crisis humanitarias

Mensajes clave



La justicia sexual y reproductiva es esencial para cumplir los compromisos de Nairobi y, en última instancia, los ODS. A tal fin, los sistemas financieros y los mecanismos de recopilación de datos necesitan mayor apoyo.



El contexto humanitario supone una oportunidad particularmente relevante para aplicar el marco de justicia sexual y reproductiva, tal y como demuestran los ejemplos de Colombia, Uganda y Ucrania.

Detectar los problemas, financiar las soluciones

La consecución de los derechos sexuales y reproductivos es un aspecto fundamental de la consecución del desarrollo sostenible y la respuesta ante las crisis humanitarias. Un marco de justicia sexual y reproductiva resulta esencial para el éxito. Los ODS hacen hincapié en abordar las fuerzas opresoras confluyentes que resultan dañinas para las personas, y precisamente ese es también el enfoque del marco de justicia sexual y reproductiva. Los compromisos de Nairobi y el Plan Estratégico que acaba de adoptar el UNFPA para 2022-2025 también se centran en las opresiones confluyentes⁹⁹.

La Comisión afirma que alcanzar la justicia sexual y reproductiva es un elemento clave para cumplir los compromisos de Nairobi y, en última instancia, de los ODS, y hace un llamamiento a los países para que preparen —y financien— una respuesta interseccional contra los obstáculos económicos, sociales y jurídicos y contra los impedimentos que suponen las diferentes formas de discriminación. Asimismo, la Comisión promueve una comprensión más clara y específica de las grandes disparidades que existen entre las poblaciones.

Tanto el documento final de la CIPD25 como el de Beijing+25¹⁰⁰ apoyan la interseccionalidad. También alientan a que se continúen reforzando los sistemas de recopilación de datos, que suponen la base para formular políticas y otras medidas fundamentadas y receptivas¹⁰¹. El desglose de los datos, en particular, permite analizar cómo repercuten los obstáculos confluyentes en el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Si bien los ODS y otros marcos mundiales de seguimiento desglosan los datos por sexo (también por edad, riqueza, residencia rural o urbana y otros factores como el nivel educativo), podrían mejorar los conocimientos sobre algunos ejes relevantes

para la discriminación, como la raza y la etnia, la situación migratoria, la discapacidad, la orientación sexual y la identidad de género.

El marco de justicia sexual y reproductiva permite a los países garantizar que la legislación y las políticas en pro de los derechos sexuales y reproductivos se implementen de manera justa y beneficiosa para todas las personas. Los organismos de las Naciones Unidas desempeñan un papel importante en el apoyo a este cambio, en colaboración con los movimientos y las organizaciones de mujeres. Dicho apoyo puede consistir en realizar análisis complementarios aplicando un marco de justicia sexual y reproductiva con directrices más claras sobre los elementos del enfoque.

Un análisis más profundo de las intervenciones desarrolladas por la comunidad, las carencias en la recopilación de datos y el efecto agregado de las fuerzas confluyentes ayudará a entender mejor cómo solventar las carencias de la asistencia sanitaria. Las matronas, cuando reciben la capacitación y el apoyo necesarios, suponen uno de los medios más económicos y culturalmente respetuosos para conseguir la asistencia sanitaria universal. Pueden contribuir a evitar casi dos tercios de todas las muertes maternas y de recién nacidos, así como prestar el 87% de todos los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. No obstante, muchos países en desarrollo hacen frente a una escasez de matronas y estas, a menudo, carecen de las habilidades o de un entorno propicio para desempeñar su trabajo correctamente. El déficit es mayor en aquellos lugares donde las necesidades también son mayores. A pesar de su gran responsabilidad, suelen percibir salarios escasos, tener una posición social baja y sufrir discriminación de género¹⁰².

Los gobiernos han asumido diferentes compromisos internacionales con el objetivo de financiar y promover la salud sexual y reproductiva, la igualdad de género y el

empoderamiento de las mujeres¹⁰³, como los que se enmarcan en el Programa de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción de Beijing, los ODS¹⁰⁴ y acuerdos regionales como el Protocolo de Maputo. Dichos compromisos comprenden recursos nacionales para el desarrollo, comercio, flujos de capital privado, asistencia oficial para el desarrollo, deuda y otras cuestiones sistémicas relativas al sistema financiero internacional. No obstante, son muchos los compromisos que aún no se han materializado y que carecen de marcos claros de rendición de cuentas que permitan rectificar sus deficiencias¹⁰⁵. La Comisión subraya la importancia de la financiación para alcanzar los compromisos.

Hacia la justicia en la acción humanitaria

Un marco de justicia sexual y reproductiva resulta fundamental para el éxito de las respuestas humanitarias y debe inscribirse en los sistemas actuales de gobernanza y coordinación humanitarias. Tal y como figura en el informe de 2021 de la Comisión de Alto Nivel, durante las crisis humanitarias disminuye el acceso al aborto, la asistencia prenatal, la planificación familiar y otros servicios de salud sexual y reproductiva y de salud mental. De este modo, se incrementan las tasas y las consecuencias de embarazos imprevistos, abortos en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual como el VIH, complicaciones del embarazo, abortos espontáneos, trastornos de estrés postraumático, depresiones, suicidios, violencia a manos de la pareja, violencia sexual y de género, y mortalidad materna e infantil¹⁰⁶.

Las mujeres y niñas afectadas por las crisis pueden sufrir niveles más altos de embarazos imprevistos, pues no ven satisfechas sus necesidades de anticonceptivos y no tienen acceso a un aborto sin riesgo¹⁰⁷. Un embarazo en una situación de crisis puede resultar letal: casi la mitad de todas las muertes maternas tienen

lugar en contextos humanitarios y frágiles, como es también el caso del 53% de las muertes de menores de 5 años y el 45% de las muertes de recién nacidos de todo el mundo¹⁰⁸. En los últimos dos años, las necesidades de respuesta frente a la violencia de género en los contextos humanitarios han aumentado en un 120%, pero solo el 20% de las respuestas cuentan con financiación¹⁰⁹. Las últimas tendencias muestran un incremento del número y la gravedad de las emergencias humanitarias, por lo que ponen en mayor riesgo la consecución de los compromisos de Nairobi, el Programa de Acción de la CIPD y los ODS.

A pesar de los avances significativos, los servicios de salud sexual y reproductiva en los contextos humanitarios siguen siendo volubles. Las matronas pueden desempeñar un papel esencial, dado el elevado número de muertes maternas y de recién nacidos evitables, pero factores como los problemas de seguridad, la cultura y las normas de género, así como la falta de infraestructura y de equipamiento evitan que puedan prestar los servicios esenciales¹¹⁰. En 2015, un estudio que analizó tres contextos de África Subsahariana afectados por crisis a lo largo de un período de diez años concluyó que solo 5 de los 63 establecimientos de salud analizados brindaban asistencia obstétrica y neonatal de urgencia adecuada, y que solo 3 contaban con elementos para la gestión clínica de violaciones. A pesar de que el aborto en condiciones de riesgo se calcula que causa entre el 25% y el 50% de las muertes maternas en los contextos de refugiados, en ninguno de los analizados había acceso al aborto sin riesgo¹¹¹.

Además, la mayoría de los esfuerzos normativos y programáticos en materia humanitaria se dirigen a mujeres heterosexuales y cisgénero en edad de procrear. A la hora de acceder a la información y a los servicios en los contextos humanitarios, algunos grupos, como las adolescentes o las mujeres mayores, los hombres supervivientes a la violencia sexual, los trabajadores y las trabajadoras

sexuales, las personas con discapacidad, las personas con una orientación sexual o una identidad o expresión de género diversa, siguen haciendo frente a grandes obstáculos. Las deficiencias de los sistemas de atención sanitaria, la carencia de personal sanitario especializado, la escasez de equipamiento y los entornos normativos restrictivos obstaculizan la prestación eficaz de servicios de salud sexual y reproductiva. La aplicación de leyes locales discriminatorias en lugar de las normas aceptadas internacionalmente también es determinante, pues hace que los requisitos relativos al consentimiento de una tercera parte bloqueen el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de salud sexual y reproductiva¹¹².

La poca importancia otorgada a la salud y los derechos sexuales y reproductivos por parte de algunos agentes sanitarios y de protección, la resistencia política, los retos de liderazgo y coordinación, y la falta de investigación suponen obstáculos adicionales en los contextos humanitarios y de crisis. Dichas dificultades, junto con un seguimiento desigual, se ven agravadas por mecanismos que no son adecuados para exigir responsabilidades a los actores humanitarios en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones afectadas por las crisis.

Además, existen amenazas nuevas y emergentes que ponen en peligro los avances y suponen una amenaza considerable de retroceso. La crisis climática ya está contribuyendo a los desplazamientos forzados, y las mujeres y las niñas suponen más de la mitad de los 200 millones de personas afectadas cada año. Las consecuencias del cambio climático, desiguales en función del género, se ven agravadas en contextos donde también se dan conflictos armados, inestabilidad política y luchas económicas. Asimismo, el auge del totalitarismo y la revitalización del nacionalismo, la xenofobia, la homofobia, la transfobia y el antifeminismo están menoscabando la financiación y dando lugar a entornos hostiles para los derechos de

la mujer y para la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las barreras socioeconómicas y culturales, la desigualdad de género y la falta de información sobre la disponibilidad y las prestaciones de los servicios de asistencia también impiden el uso de los servicios.

Aplicar un enfoque basado en la justicia sexual y reproductiva podría ser beneficioso para las organizaciones humanitarias y de desarrollo, tanto nacionales como internacionales, pues les permitiría solventar las grandes carencias y cubrir de manera equitativa las necesidades específicas de las comunidades afectadas por las crisis. Además de las mujeres embarazadas, las adolescentes, las mujeres mayores, las y los supervivientes a la violencia sexual, y las personas con orientación sexual o con identidad o expresión de género diversas, también debe priorizarse a los trabajadores y las trabajadoras sexuales y a las personas con discapacidad. Ello requiere crear alianzas con las comunidades afectadas por las crisis y priorizar la participación y el liderazgo de los grupos marginados, especialmente de las organizaciones locales y comunitarias, en la preparación, implementación y seguimiento de los programas de respuesta humanitaria y las iniciativas encaminadas a incrementar la resiliencia.

En diversos contextos de crisis se ha observado una tendencia a priorizar la restauración del orden político y la reconstrucción material por encima de la prestación oportuna y fiable de servicios de salud sexual y reproductiva. Esta desatención resulta evidente en la distribución del financiamiento. Los servicios de salud sexual y reproductiva constituyen solo una pequeña parte de la asistencia oficial para el desarrollo que reciben los países afectados por conflictos, y la mayoría de la financiación se destina a servicios muy concretos, como la atención relacionada con el VIH, y no a una asistencia integral¹¹³. Ello demuestra la necesidad de desmontar los patrones de la distribución desigual de recursos y poder en la lucha por la justicia sexual y reproductiva.

Un marco de justicia sexual y reproductiva permite comprender la forma en la que temas como la sexualidad y la reproducción ganan peso político en el contexto de la guerra, y ayuda a establecer relaciones entre la democracia, la paz y la salud sexual y reproductiva, así como a emplear dicho análisis para elaborar agendas de seguridad inclusivas e integrales, especialmente mediante el apoyo humanitario y al desarrollo y la financiación de grupos locales que promueven la salud sexual y reproductiva. Además, no basta simplemente con afirmar en la legislación que las mujeres, las niñas y las comunidades marginadas tienen derecho a la libertad y a la autonomía de sus funciones reproductivas. Deben darse unas condiciones favorables para poder ejercer significativamente el derecho a la libertad, lo que requiere que se den pasos como el diseño de estrategias de justicia humanitarias y de transición que hagan frente a los obstáculos estructurales para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, como los presentes en las comunidades indígenas o rurales, o los que vienen impuestos por la pobreza y el analfabetismo.

Una integración más sólida del enfoque basado en la justicia sexual y reproductiva en los procesos de reparación, rendición de cuentas y búsqueda de la verdad da visibilidad explícita a la violencia sexual y por razón de género, a las condiciones sociales en las que se ejercen la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos, y a la forma en la que estos confluyen y repercuten en la vida de las mujeres y las niñas. La justicia sexual y reproductiva proporciona un marco para diseñar mecanismos de justicia de transición que permitan acabar con la normalización del control discriminatorio sobre el cuerpo de la mujer y sus funciones reproductivas.

Son muchos los lugares en los que se han aplicado estrategias para el control de la autonomía corporal y la capacidad de reproducción bajo pretextos políticos y con graves consecuencias. Existen pruebas de que, durante

el conflicto en la antigua Yugoslavia, se detenía a mujeres, y se las violaba y fecundaba de manera forzada para que engendrasen hijos de la etnia a la que pertenecían los violadores como medio de limpieza étnica¹¹⁴. De manera similar, durante el genocidio de Rwanda, muchas mujeres y niñas se quedaron embarazadas como resultado de violaciones, mientras que las mujeres que ya lo estaban sufrían abortos espontáneos a causa de las violaciones y torturas de la milicia hutu¹¹⁵. En las regiones orientales de la República Democrática del Congo, los grupos armados emplean sistemáticamente la violencia sexual en un contexto de desplazamientos masivos de la población¹¹⁶. Son muchos los informes alarmantes sobre las organizaciones criminales que siembran el terror en los barrios de Puerto Príncipe, la capital de Haití, entre cuyos actos cabe mencionar las violaciones masivas de mujeres y niños¹¹⁷.

Los matrimonios forzados, en los que a las parejas se las coacciona para mantener relaciones sexuales bajo amenaza de castigo, se han empleado con el objetivo de aumentar la tasa de natalidad y garantizar la pervivencia de un grupo particular de población en diferentes contextos. Cabe citar los ejemplos del Khmer Rouge en Camboya y el Ejército de Resistencia del Señor, un grupo armado no estatal que opera en el norte de Uganda y en los países vecinos. En la Federación de Rusia, en el contexto de las incursiones militares en Ucrania, recientemente se ha comenzado a marginar a las "personas sin hijos" y a calificarlas de antirrusas¹¹⁸.

Los ejemplos anteriores ilustran la manera en que, al margen de la politización intencionada de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la salud de las mujeres ha sufrido los daños colaterales de la guerra. En los contextos humanitarios y de conflictos, las mujeres más marginadas son las que más han sufrido el nexo discriminatorio entre pobreza, etnia y desigualdad geográfica.

Consecuencias generales de la crisis de Ucrania

La invasión rusa de Ucrania ha obligado a millones de mujeres y niñas a huir de sus hogares¹¹⁹, lo que las ha expuesto a actos de violencia sexual, como violaciones en grupo y coerción, y a un mayor riesgo de ser víctimas de trata de personas para la explotación sexual y de relaciones sexuales transaccionales¹²⁰. La invasión también ha creado problemas y obstáculos que impiden el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva¹²¹. La OMS ha documentado más de 500 ataques confirmados contra establecimientos de salud¹²². Un informe del ACNUDH corroboró que se habían dañado o destruido 182 establecimientos de salud, de los cuales 111 eran hospitales, incluidos 10 centros perinatales y hospitales maternos y 17 hospitales pediátricos¹²³.

Las vidas, la seguridad y la salud de algunos grupos de población corren mayor peligro, como es el caso de las personas con discapacidad, las personas con una orientación sexual o una identidad de género diversas, y aquellas que pertenecen a determinadas minorías raciales, étnicas y religiosas. Esto atañe también a la salud sexual y reproductiva¹²⁴. En el caso de las personas con discapacidad, por ejemplo, la situación es desoladora. A menudo no pueden acceder a los refugios antiaéreos ni a los trenes de evacuación, y muchos de los establecimientos de asistencia de larga duración sufren escasez de alimentos, medicamentos y productos de higiene¹²⁵.

La salud sexual y reproductiva es preocupante no solo para las personas en las zonas de Ucrania afectadas por el conflicto, sino también para los millones de personas actualmente refugiadas en los países vecinos. En abril de 2022, más de un millón de personas habían huido a otros países en busca de refugio, la mayoría a Polonia, país vecino. Mientras que el aborto es legal en Ucrania, Polonia es actualmente uno de los países más restrictivos en cuanto al acceso al aborto.



Colombia tiende puentes entre la justicia sexual y reproductiva y la justicia de transición

Los últimos acontecimientos en el derecho internacional indican que se está desarrollando una mayor sensibilidad hacia el nexo entre la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la agenda de la justicia de transición. Uno de los acontecimientos relevantes tuvo lugar en 2019 en Colombia, donde la Corte Constitucional dictó sentencia sobre el uso de anticonceptivos y el aborto forzosos en las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia. La sentencia fue una de las primeras en abordar directamente la violencia reproductiva en el contexto de un proceso de justicia de transición¹²⁶.

La Corte Constitucional dictaminó que el uso de anticonceptivos y el aborto forzosos constituían actos de violencia por razón de género y que “el Estado debe garantizar una atención y asistencia especializada a las mujeres, niñas, adolescentes y adultas mayores que sobreviven a violencia sexual perpetrada por actores armados, el cual implica la obligación de atender a estas

víctimas de forma inmediata, integral, especializada, con enfoque diferencial y durante el tiempo necesario para superar las afectaciones físicas y psicológicas originadas por las agresiones de las que sufrieron”¹²⁷.

Gracias a este caso, se abordó la justicia sexual y reproductiva en el ámbito de la justicia de transición y en la Comisión de la Verdad de Colombia, lo que abrió la puerta a medidas generales de alivio, incluidas medidas de reparación y un análisis histórico y contextual más general de la coerción y la violencia reproductivas en situaciones de conflicto. El caso prueba que adoptar un enfoque basado en la justicia sexual y reproductiva contribuye a determinar cuál es la mejor manera de responder ante los perjuicios reproductivos durante períodos de conflicto y violencia a gran escala. Además, tiene el potencial de evitar las desigualdades de género que hacen que las personas sean vulnerables a sufrir dicha violencia.

3 Aplicar el marco de justicia sexual y reproductiva para conseguir el desarrollo sostenible y hacer frente a las crisis humanitarias

La Corte Penal Internacional y Uganda

En 2021, la Corte Penal Internacional condenó a Dominic Ongwen, comandante del Ejército de Resistencia del Señor de Uganda, entre otros cargos, por la fecundación forzada de mujeres y niñas. Muchas mujeres y niñas secuestradas por el Ejército de Resistencia del Señor se quedaron embarazadas como resultado de violaciones y fueron recluidas y vigiladas de cerca para garantizar que no abortaran. A las mujeres que no se quedaban embarazadas se las castigaba por ello.

Durante el juicio, las declaraciones de los testigos aludieron a los perjuicios reproductivos relacionados con el embarazo forzado, como los que se derivan de las normas culturales y de género relativas a la vida familiar. Tanto las madres como sus hijos e hijas fueron estigmatizados y tuvieron dificultades para reintegrarse cuando volvieron a sus comunidades. A algunas mujeres se las rechazó por su presunta relación con el Ejército de Resistencia del Señor, lo que implica que a sus hijos se les consideraba hijos de los comandantes del ejército. Ello implicó que los niños también quedaran excluidos de las estructuras familiares económicas y sociales, lo que repercutió negativamente en su seguridad económica y en su acceso a la salud, la educación y el empleo.

Como resultado del rechazo de sus comunidades o de sus nuevas parejas, algunas mujeres fueron separadas de sus hijos e hijas, lo que incrementó significativamente el sufrimiento emocional. Dado que las normas de género responsabilizan exclusivamente a las madres del cuidado de los hijos, los testigos también describieron las consecuencias más generales que tuvo en sus vidas el hecho de que los obligaran a criar a un hijo a una edad temprana, especialmente las dificultades de acceso a la educación, a las perspectivas profesionales y a los medios de vida. Este tipo de análisis contextual, que va más allá del acto inicial de violencia, propició un análisis más estructural y sistémico del daño, sus causas y sus consecuencias, así como de las reparaciones posibles, con un gran énfasis en la autonomía y la libertad reproductivas.

En febrero de 2021, la Sala de Primera Instancia respaldó dicho análisis, y concluyó que el delito de embarazo forzado se fundamenta en el derecho de la mujer a la familia y a la autonomía personal y reproductiva. La Sala subrayó la importancia de utilizar una terminología justa y distinguir entre embarazos forzados y otros delitos de violencia sexual o por razón de género, en parte debido a que

uno de sus elementos característicos es que da como resultado la privación de la autonomía reproductiva de la mujer. El hecho de que este caso se centre en el concepto de autonomía reproductiva es relevante, pues refuerza la idea de que el embarazo forzado no es simplemente una cuestión de violencia sexual y daños físicos, sino que también supone violencia por la pérdida del poder de decisión sobre la propia capacidad reproductiva, algo que merecía ser reconocido de manera independiente.

Encuadrar este delito en una violación de la autonomía dota a los actos de violencia reproductiva de una dimensión que refuerza el relato en torno a la autonomía de la mujer y el control de su propio cuerpo y sus vidas reproductivas en el marco del discurso sobre los crímenes de guerra y los crímenes de lesa humanidad. También reconoce que dichas violaciones van más allá de la "salud" y atañen a la paz, la seguridad y la democracia, lo que propicia el tipo de análisis estructural que la justicia sexual y reproductiva requiere.



opresión





Promover la justicia sexual y reproductiva en la práctica

Mensajes clave



Numerosos países han dado importantes pasos para cumplir el llamamiento de 2021 de la Comisión, pero siguen quedando algunos retos pendientes.



La gran cantidad de compromisos de Nairobi en todas las regiones que priorizan la violencia sexual y de género puede suponer un punto de partida decisivo para la promoción de enfoques más amplios de la justicia sexual y reproductiva en todas las regiones y en todos los países.



La implicación del sector privado en los compromisos de la Cumbre de Nairobi es clave para el éxito.

Equiparar los compromisos y las acciones

En la Cumbre de Nairobi, gobiernos, sociedad civil, sector privado, parlamentarios, grupos de jóvenes, entidades académicas, organizaciones regionales, representantes de pueblos indígenas, personas con discapacidad y organizaciones confesionales acordaron más de 1.300 compromisos que se corresponden con los 12 compromisos mundiales básicos de la Declaración de Nairobi, a saber:

| | | | |
|--|---|---|---|
|  <p>1 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | 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. |  <p>6 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Aumentar la financiación nacional. |
|  <p>2 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Cero necesidades insatisfechas de información y servicios de planificación familiar, y una disponibilidad universal de anticonceptivos modernos de calidad, accesibles, asequibles y seguros. |  <p>7 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Aumentar la financiación internacional. |
|  <p>3 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Cero muertes y morbilidades maternas evitables. |  <p>8 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Invertir en la educación, las oportunidades de empleo y la salud de los adolescentes y los jóvenes a fin de aprovechar plenamente las promesas del dividendo demográfico. |
|  <p>4 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Garantizar el acceso de todos los adolescentes y los jóvenes, especialmente las niñas, a información, educación y servicios integrales y sensibles a las particularidades de su edad, de calidad y oportunos y que respondan a las necesidades de los adolescentes. |  <p>9 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, en las que nadie se quede atrás. |
|  <p>5 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Cero casos de violencia sexual y de género y prácticas nocivas, y la eliminación de todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas. |  <p>10 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Proporcionar datos de calidad, oportunos y desglosados. |
| | |  <p>11 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Comprometernos con la noción de que no puede discutirse ni decidirse nada sobre la salud y el bienestar de los jóvenes sin su implicación y participación significativas. |
| | |  <p>12 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI</p> | Defender el derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles. |

Una primera revisión, de gran alcance, analizó 775 compromisos de las partes interesadas asumidos por 111¹²⁸ de los 145 gobiernos que participaron en la cumbre¹²⁹. El 56% de dichos compromisos correspondía a uno de los siguientes ámbitos: el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el aborto seguro, la educación sexual integral, la violencia sexual y de género, y la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género en el sistema político. Otros compromisos abordaban asuntos adicionales relacionados con el Programa de Acción de la CIPD y los cinco temas principales de la Cumbre.

África es la región con el número más alto de compromisos relativos a los temas identificados en el análisis, la mayor parte de los cuales se centran en la igualdad de género y en la violencia sexual y de género. Le siguen Europa y Asia Central, también con la violencia sexual y de género como el ámbito con más compromisos. La violencia sexual y de género es, asimismo, el tema que más atención recibió en las Américas. Los compromisos de los Estados Árabes se correspondían principalmente con la violencia sexual y de género y con la cobertura universal de salud, al igual que los compromisos asumidos por los países de Asia Meridional, Asia Sudoriental y Oceanía. Los países de Asia Meridional fueron los que contrajeron el menor número de compromisos correspondientes a los temas identificados en la revisión de los compromisos, con el mismo número de compromisos relativos a igualdad de género y a la violencia sexual y de género¹³⁰.

La región de las Américas fue la que asumió más compromisos relativos al derecho al aborto seguro; nueve fueron los países que asumieron dichos compromisos. En segunda posición se encontraban Europa y Asia Central, con dos países. Eritrea fue el único país africano que contrajo el compromiso de brindar servicios de aborto seguro. Acordó reducir a cero las muertes maternas evitables mediante la integración del acceso al aborto en condiciones de seguridad al

mayor grado permitido por la ley en las estrategias, políticas y programas nacionales de cobertura universal de salud, y proteger y garantizar el derecho de todas las personas a la integridad física, la autonomía y los derechos reproductivos.

Todas las regiones asumieron una amplia serie de compromisos en materia de datos. Dichos compromisos diferían en alcance o punto de atención, pero generalmente incluían la puesta en marcha de censos nacionales, la necesidad de desglosar los datos e incluir a los grupos vulnerables y el uso de datos de calidad para fundamentar el diseño y la ejecución de programas. Algunos están relacionados con la producción de informes sobre la aplicación del Programa de Acción de la CIPD centrados en la violencia sexual y de género y en la igualdad de género. La mayoría abordan la necesidad de análisis que recopilen datos para fundamentar la programación. Los compromisos en materia de datos también incluían el fortalecimiento de los sistemas estadísticos nacionales y las encuestas de prevalencia del VIH.

Muchos de los compromisos a escala nacional estaban en consonancia con el marco de justicia sexual y reproductiva, pues prestaban especial atención a las poblaciones marginadas y vulnerables. Entre los grupos más recurrentes se encuentran las personas con discapacidad, las personas refugiadas, las personas migrantes (en particular las mujeres migrantes) y las personas mayores. Las personas indígenas, afrodescendientes o de otras minorías étnicas, si bien eran el objetivo de algunos compromisos, recibían menos atención.

La gran cantidad de compromisos de la Cumbre de Nairobi en todas las regiones que priorizan la violencia sexual y de género indica que puede tratarse de un punto de partida decisivo para la promoción de unos enfoques más amplios de la justicia sexual y reproductiva en todas las regiones y en todos los países. Tal y como demuestran los estudios de caso de Colombia, Nepal y

Uganda, existe jurisprudencia reciente y buenas prácticas que permiten abordar la violencia en un marco sexual y reproductivo, y que pueden constituir una fuente común de conocimientos e inspiración. De igual modo, la generalizada adopción de compromisos en materia de datos

abre oportunidades para garantizar que los datos reflejen adecuadamente la confluencia de dificultades a las que se enfrentan las poblaciones más marginadas y vulnerables, y sirvan para fundamentar la legislación, las políticas y los programas.

Los países están incorporando sus compromisos en los planes y las políticas nacionales

En los últimos dos años, al menos 77 de los países en desarrollo objeto de seguimiento por parte del UNFPA elaboraron planes nacionales de acción para la aplicación de sus compromisos de Nairobi, integraron los compromisos en las políticas nacionales o sectoriales, o desarrollaron sistemas para hacer un seguimiento de los progresos, a saber: Albania, Angola, Argentina, Bangladesh, Benin, Bolivia, Burkina Faso, Camboya, Camerún, Chad, Colombia, Comoras, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Djibouti, Ecuador, Egipto, Estados Federados de Micronesia, Fiji, Filipinas, Georgia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, India, Iraq,

Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Jordania, Kazajstán, Kenia, Kiribati, Kirguistán, Líbano, Macedonia del Norte, Madagascar, Malasia, Malawi, Malí, Marruecos, Mauritania, México, Myanmar, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Pakistán, Paraguay, Perú, Rwanda, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Dominicana, República Unida de Tanzania, Samoa, Senegal, Sierra Leona, Siria, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Sudán del Sur, Tailandia, Tonga, Túnez, Turquía, Turkmenistán, Uganda, Vanuatu, Viet Nam y Zimbabwe.



Un impulso hacia la justicia sexual y reproductiva

Tal y como señaló en su informe de 2021, la Comisión cree que la consecución de los compromisos de Nairobi depende del avance en el desarrollo de un marco unificador para la justicia sexual y reproductiva. El presente informe expone la aplicabilidad de dicho marco

en diversos contextos. En el último año, la Comisión ha comprobado que numerosos países han respondido al llamamiento de 2021 y han avanzado hacia la consecución de sus compromisos gracias a numerosas medidas que abarcan diferentes recomendaciones y compromisos. La Comisión valora dichos acontecimientos y el impulso acelerado que estos pueden generar como un paso clave hacia el marco de justicia sexual y reproductiva.

El llamamiento de 2021 de la Comisión de Alto Nivel

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.

- ▶ Establecer y emplear mecanismos para la rendición de cuentas.
- ▶ Invertir en movimientos populares para exigir justicia sexual y reproductiva.
- ▶ Fortalecer y forjar nuevas alianzas con parlamentarios.

2 Poner los derechos y el desarrollo en el centro. Desarrollar una cobertura universal de salud 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 universal de salud.
- ▶ Ampliar el apoyo a las matronas como inversión demostrada.
- ▶ Escuchar a los usuarios de los servicios sanitarios para defender sus derechos y mejorar la calidad de los servicios.

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 asistencia autogestionada.
- ▶ Aplicar innovaciones digitales al tiempo que se reduce la brecha digital.

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

▶ Subsanan las deficiencias de la acción humanitaria y planificar con antelación.

▶ Hacer partícipes a los jóvenes para llegar a ellos.

5 Garantizar la visibilidad de la financiación. 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.

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

▶ Explorar nuevas vías de financiación.

▶ Forjar alianzas con nuevos asociados.

6 Contar una historia nueva. 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 recopilar y usar los datos.

▶ Inspirar un amplio apoyo y acción.

La Cumbre de Nairobi ha desencadenado un aluvión de nuevas leyes en materia de derechos reproductivos en pos de la creación de un marco de justicia sexual y reproductiva conforme al **compromiso mundial 1**, relativo a la intensificación de la aplicación de la CIPD y el **llamamiento 1**, que persigue hacer de la justicia sexual y reproductiva la meta.

En América Latina, la Marea Verde, un movimiento regional por la ampliación de los derechos sexuales y reproductivos, continúa acelerando la consecución de cambios positivos. Comenzó en la Argentina a principios de los 2000, cuando, en las manifestaciones, activistas ondeaban pañuelos verdes como símbolo de la libertad reproductiva¹³¹. Se trataba de un guiño a los pañuelos blancos que usaban las madres argentinas en la década de 1970 para protestar

por la desaparición de sus hijos durante el régimen dictatorial de Jorge Rafael Videla. Estas iniciativas, que se prolongaron durante dos decenios, dieron sus frutos cuando en 2020 la Argentina legalizó el aborto hasta las 14 semanas de embarazo¹³².

Poco tiempo después, México siguió su ejemplo y, en septiembre de 2021, declaró inconstitucional la penalización del aborto¹³³. El último país al que ha llegado la Marea Verde es Colombia. En febrero de 2022, como resultado de una demanda presentada por grupos de activistas en 2020, la Corte Constitucional despenalizó el aborto hasta las 24 semanas de embarazo y ordenó al Congreso que redactara y promulgara nuevas leyes que ampliasen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Colombia se convirtió así en una de las naciones más progresistas de la

región en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos¹³⁴. Se trata de una tendencia mundial: desde 1994, 58 países han liberalizado su legislación sobre el aborto, incluidos ejemplos recientes como Benin, el Ecuador, Kenia, Nueva Zelandia y la República de Corea. Solo en cuatro países se han producido retrocesos en el derecho al aborto¹³⁵.

En lo que respecta al **compromiso mundial 2**, relativo a satisfacer las necesidades de planificación familiar, se han producido algunas mejoras evidentes. En 2022, Asia Central y Meridional, América Latina y el Caribe, África Septentrional y Asia Occidental han pasado de naranja a amarillo gracias a sus avances, aunque todavía queda mucho por hacer para conseguir la meta de cero necesidades insatisfechas (véase el anexo A para consultar los resultados del Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales).

En 2020, como parte de su compromiso de Nairobi de garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, el Pakistán realizó el primer análisis panorámico de su cadena de suministro de productos de planificación familiar para identificar los obstáculos y las soluciones. Además, en 2021 el Gobierno aprobó una ley contra las violaciones (investigación y enjuiciamiento) que amplía las compensaciones jurídicas y la justicia para las personas supervivientes, la eficacia de las medidas de prevención y las respuestas multisectoriales. Un foro parlamentario reúne a parlamentarios comprometidos con abordar las dinámicas demográficas, la planificación familiar y otros asuntos. Las recientes inundaciones catastróficas, sin embargo, ponen en peligro los avances. La Comisión considera esencial que, como parte de la ampliación del sistema humanitario del Comité Permanente entre Organismos, el UNFPA incremente su capacidad para prestar servicios de salud sexual y reproductiva y de lucha contra la violencia por razón de género en los establecimientos de salud, las clínicas móviles y los centros de atención integral contra la violencia de género.

En lo que respecta al **compromiso mundial 3**, que persigue lograr cero muertes maternas evitables, no se han registrado movimientos positivos en ninguna región, y la mejora del acceso a la planificación familiar debe traducirse aún en mejoras de los resultados de salud materna. La asistencia de personal sanitario especializado en el parto sigue siendo insuficiente en muchos países, sobre todo entre las poblaciones más pobres, las rurales y las que tienen un nivel de educación más bajo, tal y como figura en los perfiles de países como Haití, Nepal y la República Unida de Tanzania (véase el anexo B). Los países que han aumentado la asistencia de personal de partería o enfermería en los partos, normalmente en establecimientos de salud, han logrado cierto éxito. Por ejemplo, en Malawi, la tasa de mortalidad materna ha disminuido más de un 50%; los partos en establecimientos de salud han aumentado un 83%; y los partos atendidos por personal de partería o enfermería, un 36%¹³⁶.

El Gobierno sueco encargó a la Dirección Nacional de Salud y Bienestar que aplicara mejoras en los servicios de maternidad y salud de las mujeres. Las instrucciones se centran en garantizar la asistencia ininterrumpida y en crear directrices nacionales para que las matronas puedan acompañar a las pacientes antes, durante y después del parto en un cadena coherente de cuidados conforme al modelo de atención por matronas¹³⁷.

En consonancia con el **compromiso mundial 2** y **el llamamiento 1**, la Vicepresidenta de los Estados Unidos anunció una iniciativa para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas. El país presenta algunas de las tasas más altas del mundo desarrollado, con niveles desproporcionados entre las mujeres negras e indígenas¹³⁸. El Gobierno puso en marcha recientemente una iniciativa en la que se detallan 50 medidas, entre las que destacan las centradas en las fuerzas estructurales que causan las desigualdades de salud materna, como los factores de perturbación ambiental

y la inseguridad económica, alimentaria o de la vivienda¹³⁹.

La Comisión agradeció a la OMS que publicara el manual *Critical considerations for achieving universal access to sexual and reproductive health in the context of universal health coverage through a primary health care approach* (Consideraciones fundamentales para lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva en el contexto de la cobertura de salud universal mediante un enfoque centrado en la atención primaria de salud), el cual supone un esfuerzo transversal y una contribución directa al **llamamiento 2**, que persigue poner los derechos y el desarrollo en el centro. Dicho manual proporciona directrices para la inclusión de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva en los paquetes de prestaciones sanitarias, la planificación y la implantación de paquetes integrados de servicios de salud sexual y reproductiva, y procesos de rendición de cuentas y medidas que garanticen el acceso universal a todos los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva. El portal Learning by Sharing, desarrollado gracias a una larga colaboración entre la OMS y el UNFPA, ofrece un repositorio de estudios cualitativos de casos sobre la integración de la salud sexual y reproductiva en reformas más generales de la cobertura sanitaria universal¹⁴⁰.

La pandemia de COVID-19 dio pie a muchas iniciativas diferentes de cuidado personal en materia de salud sexual y reproductiva, como la autogestión de los abortos médicos. En lo que respecta al **llamamiento 3**, que persigue una forma diferente de pensar, la Asia Pacific Alliance elaboró una guía práctica sobre promoción de buenas prácticas de cuidado personal para iniciativas de salud sexual y reproductiva lideradas por la sociedad civil. En dicha guía se hace hincapié en que el cuidado personal contribuye a conseguir sistemas sanitarios sólidos.

En lo que respecta al **compromiso mundial 4**, relativo al acceso a los servicios y la información para adolescentes y jóvenes, y en consonancia con el **llamamiento 4**, que persigue ir más allá,

la Comisión toma nota de algunas mejoras en el acceso de la juventud a información y educación integrales y adecuadas a su edad, así como a servicios integrales, de calidad, oportunos y sensibles a las particularidades de la adolescencia. En Asia Central y Meridional, el indicador ha pasado de rojo en 2021 a naranja en 2022, aunque queda mucho trabajo por hacer tanto en esta región como en otras.

En 2022 se celebró la Cumbre sobre la Transformación de la Educación, en la que 130 países se comprometieron a transformar la educación, algo fundamental para los resultados de salud sexual y reproductiva. Los perfiles de países ponen de relieve que los países con las tasas de educación más bajas son los que presentan las tasas más altas de embarazos adolescentes, matrimonios infantiles y necesidades insatisfechas de planificación familiar, así como las tasas más bajas de partos atendidos por personal sanitario especializado. Garantizar que las adolescentes, independientemente de su origen, puedan seguir escolarizadas, resulta fundamental para los compromisos de Nairobi y los ODS. Ello incluye medidas para fomentar la equidad, la inclusión y la no discriminación, así como planes de estudios que transformen las relaciones de género e integren una educación sexual integral y aborden los prejuicios, las normas y los estereotipos de género.

En 2021, la República Unida de Tanzania anunció que las niñas embarazadas y las madres adolescentes podrían continuar con su educación, lo que puso fin a una norma discriminatoria que las excluía de la escuela¹⁴¹. También es revolucionaria la manera en la que se está impartiendo la educación en salud sexual y reproductiva mediante animaciones en 3D tanto en las escuelas como fuera de estas, abordando las dificultades y desigualdades que siguen limitando los derechos y libertades de la juventud, incluidas la violencia por razón de género y otras prácticas nocivas como la mutilación genital femenina; el matrimonio precoz, infantil y forzado;

y el embarazo adolescente. En las animaciones se utiliza un modelo instantáneamente identificable como femenino para ofrecer información e inspiración al público.

En 2023, en el 56º período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo, se debatirá sobre la población, la educación y el desarrollo sostenible. En el 67º período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer se abordarán la innovación y los cambios tecnológicos, así como la educación en la era digital para conseguir la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. La Comisión considera que ambas citas son oportunidades importantes para continuar posicionando la educación sexual integral en la agenda multilateral y alcanzar logros que reflejen su importancia para la consecución del desarrollo sostenible, la igualdad de género y el progreso en materia de derechos y empoderamiento de todas las mujeres y niñas.

En determinadas regiones y países se ha avanzado hacia el **compromiso mundial 10**, que persigue proporcionar datos desglosados de calidad y oportunos. La región de Asia Central y Meridional ha pasado de rojo en 2021 a naranja en 2022, al igual que Oceanía. En Uzbekistán, el UNFPA apoyó al Instituto de Investigaciones Científicas sobre la *Mahalla* y la Familia para el desarrollo del concepto de resiliencia demográfica, que ayudará a hacer un seguimiento y a abordar las tendencias que están emergiendo y acelerándose, como el envejecimiento, la urbanización y la migración. La resiliencia demográfica anticipa los cambios demográficos, comprende sus implicaciones y orienta el diseño de políticas basadas en pruebas y en los derechos humanos. Supone un cambio desde enfoques centrados únicamente en la población a políticas demográficas y socioeconómicas integradas que buscan garantizar la prosperidad y el bienestar de todas las personas.

En 2021, en Etiopía, en el marco de la consecución del **compromiso mundial 12**, cuyo objeto es

defender los derechos en contextos humanitarios y frágiles, se contrató a más de 100 profesionales sanitarios y 10 equipos sanitarios móviles para reforzar la prestación de servicios de salud materna y salud sexual y reproductiva en 175 establecimientos de salud afectados por situaciones de emergencia. Se brindaron servicios vitales a más de un millón de personas en las zonas más desatendidas. El UNFPA también presta servicios de salud sexual y reproductiva a las poblaciones afectadas en Sudán del Sur, incluso en emplazamientos de protección de civiles, y cuenta con una red de centros de atención integral que ofrecen servicios integrados a supervivientes de la violencia de género.

En Bangladesh, en el campamento de refugiados de Cox's Bazar, los activistas de la comunidad rohinyá han señalado que la falta de privacidad, junto con unas normas de género perjudiciales, exponen a las personas a varias formas de violencia, particularmente a las mujeres y niñas. Un programa llamado SASA! (iniciales en inglés de *comenzar, concienciar, contribuir y actuar*) ha brindado capacitación a más de 2.300 líderes religiosos y activistas, tanto de comunidades masculinas como femeninas, dentro de los campamentos y en las comunidades de acogida adyacentes con el objetivo de impugnar las normas que subyacen a la violencia por razón de género. Desde diciembre de 2020, los activistas han llevado sus mensajes sobre la igualdad de género y la erradicación de la violencia a casi 100.000 personas.

Las organizaciones de la sociedad civil continúan abogando por la implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos de Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis (PSIM). En 2022, las conclusiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer hicieron un llamamiento a la adopción de “medidas concretas para hacer efectivo el derecho de todas las mujeres y las niñas a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental incluso en contextos humanitarios”.

A pesar de que los **compromisos mundiales 6 y 7** y el **llamamiento 5** establecen que la justicia sexual y reproductiva depende de la financiación nacional e internacional que se destine a ella, la constante falta de financiación¹⁴² de los servicios implica que más de 4.000 millones de personas en todo el mundo carecerán de acceso a al menos un servicio clave de salud sexual y reproductiva a lo largo de sus vidas. Cubrir completamente las necesidades de servicios de anticoncepción, maternidad y atención neonatal de todas las mujeres en los países de ingreso bajo y mediano mediante recursos públicos costaría al año solo 9 dólares de los Estados Unidos per cápita. Aun así, en muchos casos dichos servicios se siguen financiando exclusivamente a través de pagos directos¹⁴³.

En los países de ingreso bajo con los gastos sanitarios más altos, los fondos provenientes de donantes externos siguen siendo una fuente de financiación importante para los servicios de salud sexual y reproductiva. Los servicios de salud reproductiva (salud materna y perinatal y planificación familiar) reciben el 9% de la financiación que aportan los donantes mundiales para la salud¹⁴⁴. A fin de avanzar hacia una cobertura universal de salud, y garantizar tanto la sostenibilidad general como el acceso a los servicios sanitarios y la protección financiera, los servicios de salud deben financiarse predominantemente mediante fondos públicos nacionales que combinen mecanismos fiscales y de prepago. En los últimos decenios, el gasto público en salud per cápita ha incrementado de manera sostenible en los países de ingreso alto y medio, pero apenas lo ha hecho en los países de ingreso bajo.

En la era de los ODS, existen enormes carencias de financiación que siguen suponiendo algunos de los principales obstáculos para avanzar hacia la salud sexual y reproductiva y la cobertura universal de salud. Se requieren inversiones como la mejora de la medición y el seguimiento de las corrientes de recursos para los servicios de

salud sexual y reproductiva, incluidos los pagos directos, desglosando los datos por género y por los principales indicadores de equidad. Una base empírica ampliada debería revelar la repercusión que tienen las reformas de la financiación sanitaria en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y los resultados de salud¹⁴⁵.

En Marruecos, a partir de un acuerdo marco de protección social, el Gobierno planea ofrecer a toda la población un plan nacional y público de seguro médico para finales de 2022, así como garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva en todos los establecimientos de atención primaria de salud¹⁴⁶. En Francia, en el marco de la Ley de Financiación de la Seguridad Social de 2022, el Parlamento ha apoyado la provisión gratuita de anticonceptivos a las jóvenes y niñas de entre 15 y 25 años (frente a la horquilla anterior de 15 a 18 años). En Escocia, la nueva legislación para luchar contra la pobreza menstrual pone a disposición de quien pueda necesitarlos productos menstruales gratuitos. En Namibia, el Gobierno ha eliminado el impuesto del 15% sobre los productos menstruales.

En lo que respecta al **llamamiento 6**, que persigue contar una historia nueva e inspirar un amplio apoyo, el programa para la justicia de género de la ACT Alianza colabora estrechamente con sus miembros, foros y plataformas nacionales y regionales de índole confesional para sacar partido al poder basado en valores de los agentes confesionales para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En la Argentina, el Foro ACT se está enfrentando a discursos de odio y fundamentalismo que oprimen, manipulan y niegan libertades fundamentales a las mujeres y niñas en toda su diversidad. En Guatemala, el Foro ACT está inspirando un amplio apoyo y una serie de medidas a través de la lucha contra el fundamentalismo religioso, el chovinismo y la resistencia a los derechos de las mujeres y a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En Kenia, país que desempeñó un papel clave para movilizar, sensibilizar y consolidar las opiniones de la juventud durante la preparación de la Cumbre de Nairobi, la Coalición de Jóvenes de la CIPD25 revitalizó sus esfuerzos en 2021. Las organizaciones lideradas por la juventud y al servicio de esta han sido unas defensoras fundamentales del plan nacional de acción para la aplicación de los compromisos de Kenia. A escala mundial, una plataforma de activistas por la juventud está motivando a las personas jóvenes a mantener el impulso en pro de los compromisos de Nairobi a las puertas del aniversario y del proceso de examen de la CIPD30.

Los **llamamientos 5 y 6** reconocen el papel central que desempeña la participación del sector privado en los compromisos de Nairobi y, en general, en la lucha por la justicia sexual y reproductiva¹⁴⁷. Consecuentemente, el Universal Access Project (Proyecto para el acceso universal), una iniciativa de la United Nations Foundation, reúne a filántropos, promotores y empresas para impulsar cambios sistémicos, normativos y programáticos que garanticen que las mujeres y otros trabajadores tienen acceso a la información, los servicios y los productos sanitarios que precisan¹⁴⁸. Se necesitan más iniciativas de este tipo, junto con el desarrollo de mecanismos sólidos de rendición de cuentas que permitan, por ejemplo, medir los efectos de las exposiciones ambientales causadas por la industria en los resultados de salud sexual y reproductiva y en la salud en general. La Comisión hace hincapié en que el sector privado debe respetar las normas de derechos humanos.

Los sistemas de rendición de cuentas para el sector privado deben basarse en mediciones y normas comunes, y estar vinculados con los sistemas existentes, como los ODS. El uso de mediciones normalizadas puede generar presión grupal y ayudar a conseguir un cambio sistémico. Además, en consonancia con el llamamiento 6, los estudios de viabilidad de la salud, los derechos y la justicia sexuales y reproductivos

deben reforzarse mediante la participación de la sociedad civil y de otras partes interesadas, así como mediante la inclusión de las perspectivas de los empleados y los consumidores. El sector privado es también un asociado clave para garantizar una mayor divulgación y reformar las normas de género, en particular a través de los medios de comunicación.

A pesar de los muchos avances en relación con los compromisos mundiales y los llamamientos, la Comisión sigue encontrando preocupante el retroceso en materia de igualdad de género. Son muchas las mujeres que sufren más pobreza y menores libertades en materia de salud sexual y reproductiva¹⁴⁹. En 2022, la calificación del **compromiso mundial 1**, que persigue la aplicación acelerada de los compromisos de la CIPD, para Asia Oriental y Sudoriental ha pasado de amarillo en 2021 a naranja. En el caso del **compromiso mundial 12**, relativo a las respuestas humanitarias, ha pasado de verde a naranja. Europa y América del Norte también han retrocedido en lo que respecta al compromiso mundial 12, al pasar de amarillo a rojo, principalmente debido a la guerra en Ucrania y a las dificultades para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas desplazadas.

Reforzar la presentación de informes y la rendición de cuentas

Como parte de los exámenes nacionales voluntarios que se presentan ante el Foro Político de Alto Nivel de las Naciones Unidas¹⁵⁰, los países presentan informes sobre sus avances hacia el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos en consonancia con los ODS. Son varios los países que han integrado y reflejado específicamente la aplicación de los compromisos de Nairobi en sus exámenes. La Comisión elogia a los países por emplear dicho mecanismo de rendición de

cuentas con tal fin. Asimismo, no quiere dejar de reconocer los exámenes de Madagascar, la República Democrática Popular Lao, Sierra Leona, Túnez y Zimbabwe correspondientes al año 2021, y los exámenes de Botswana, Jordania y Malí correspondientes al año 2022, por subrayar sus compromisos de Nairobi y sus avances en la aplicación.

En su examen nacional voluntario de 2021, Sierra Leona dejó constancia de que asumía el compromiso mundial de lograr cero necesidades insatisfechas de planificación familiar para 2030, así como la creación de una dependencia de planificación familiar en el Ministerio de Salud para supervisar las asignaciones presupuestarias. El Ministerio de Planificación y Desarrollo Económico ha procurado mejorar la transparencia mediante actualizaciones frecuentes sobre los compromisos de Nairobi. De conformidad con su compromiso de lograr cero muertes maternas evitables para 2030, Sierra Leona informó acerca de sus planes de capacitar y contratar a 1.000 matronas, 180 profesionales de enfermería anestésistas y 72 auxiliares de quirófano para 2025. Entre 2019 y 2020, se capacitó a un total de 406 matronas, 24 auxiliares de quirófano y 50 profesionales de enfermería anestésistas. El objetivo es reducir la mortalidad materna un 50% para 2028. Entre 2013 y 2019, la tasa de mortalidad materna ya disminuyó un 38,5%.

En su examen nacional voluntario de 2022, Jordania indicó que se había preparado una propuesta de plan nacional para el período comprendido entre 2021 y 2030 con el fin de poner en práctica los compromisos de Nairobi y de lograr cero necesidades insatisfechas de planificación familiar, cero muertes maternas y cero casos de violencia familiar para 2030.

Desde la Cumbre Nairobi, el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos ha ganado impulso como mecanismo responsable de exigir a los Estados Miembros responsabilidades con respecto al seguimiento.

En el 39º período de sesiones del Examen Periódico Universal, posterior al informe que la Comisión de Alto Nivel publicó el año pasado, se examinó la situación de Antigua y Barbuda, Eswatini, Irlanda, Papua Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania, San Vicente y las Granadinas, Samoa, Suriname, Tayikistán, Tailandia y Trinidad y Tabago. De las 2.176 recomendaciones que formuló el Consejo a dichos países, al menos 959 (el 44%) estaban relacionadas con los compromisos nacionales de Nairobi. Burkina Faso, Panamá, Eslovenia y España formularon recomendaciones en las que se mencionaba explícitamente la Cumbre de Nairobi, y otros países replicaron la terminología de los compromisos de Nairobi.

En el 40º período de sesiones se examinaron los informes de Haití, Islandia, la República Árabe Siria, la República de Moldova, el Sudán, Sudán del Sur, Togo, Uganda y Zimbabwe. Recibieron 2.249 recomendaciones, de las que un mínimo de 781 (el 35%) estaban relacionadas con la Cumbre de Nairobi. Esta gran armonización genera oportunidades únicas para integrar los compromisos de la Cumbre de Nairobi en los procesos nacionales de implementación, supervisión y presentación de informes relativos al Examen Periódico Universal, a los que se someterán los grupos de países enumerados de cara a su próximo examen, dentro de cuatro años.

Parlamentarios de varios países, incluidos Bangladesh, Dinamarca, Noruega, la República Democrática del Congo y el Pakistán, han celebrado sesiones específicas sobre el seguimiento de los compromisos nacionales de Nairobi. Para contribuir a reducir los efectos adversos de la pandemia y acelerar el progreso en pro de los compromisos, en junio de 2022, el UNFPA y sus asociados se unieron a parlamentarios de Asia y África y acordaron movilizar y educar a las comunidades sobre la relevancia de los compromisos, abordar las demandas de servicios de salud sexual y reproductiva, exigir responsabilidades a los

líderes y proveedores de servicios para garantizar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y centrados en las personas, y evaluar y proponer leyes adecuadas para facilitar la aplicación de los compromisos¹⁵¹.

En la 144ª Asamblea de la Unión Interparlamentaria (UIP), parlamentarios de todo el mundo subrayaron la importancia de la equidad sanitaria, centrándose especialmente en la promoción de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. En marzo de 2022 se celebró en Nusa Dua (Indonesia) la 33ª sesión del Foro de Mujeres Parlamentarias de la Unión Interparlamentaria (UIP)¹⁵², donde alrededor de 110 parlamentarias nacionales debatieron con franqueza sobre las consecuencias de la COVID-19 para la salud, incluida la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Pusieron en común las medidas adoptadas para reforzar los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia, incluidos los esfuerzos para incrementar los presupuestos nacionales de salud, introducir legislación con

perspectiva de género y exigir responsabilidades a los programas gubernamentales¹⁵³. Entre las medidas parlamentarias relevantes se encuentran investigaciones sobre el aumento de embarazos adolescentes durante la pandemia en Seychelles, Sudáfrica y Uganda, y la eliminación de los obstáculos jurídicos y administrativos para la salud sexual y reproductiva. El Parlamento de Rwanda revisó la legislación relativa al registro civil y las estadísticas vitales y contribuyó a garantizar que los individuos tengan identidad jurídica y pueden así acceder a los derechos y servicios fundamentales¹⁵⁴.

En octubre de 2022 se celebró en Kigali (Rwanda) la 145ª Asamblea de la UIP, en la que se adoptó la Declaración de Kigali, que alienta a los parlamentarios a intensificar sus esfuerzos para fomentar la igualdad de género. En virtud de dicha declaración, los miembros de la UIP se comprometieron a erradicar la discriminación, la violencia y otras prácticas nocivas por razón de género, así como a garantizar el acceso a la justicia, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres y niñas¹⁵⁵.

La Cumbre de Presidentas de Parlamentos tiende puentes hacia la justicia

En septiembre de 2022 se celebró en Tashkent (Uzbekistán) la 14ª Cumbre de Presidentas de Parlamentos¹⁵⁶, en la que se adoptó una declaración que abordaba la justicia, la salud y los derechos sexuales y reproductivos como elementos centrales de la justicia social y la consecución del desarrollo sostenible a escala nacional, regional y mundial.

La declaración insta a priorizar las medidas destinadas a remediar las vulnerabilidades causadas por las carencias de las mujeres y las niñas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, particularmente durante la labor de recuperación y respuesta ante crisis. Asimismo, subraya la promoción y la protección del acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos como un requisito previo para fomentar la igualdad de género, la justicia social y el desarrollo sostenible.

Mobilizar apoyos regionales mediante el Plan de Acción de Maputo y el Protocolo de Maputo, relativo a los Derechos de la Mujer en África

El Plan de Acción de Maputo (2016-2030) responde al objetivo de garantizar el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en todo el continente africano mediante 10 estrategias clave. Dichas estrategias están concebidas para poner en práctica los compromisos recogidos en el Marco Político Continental para la Promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en África¹⁵⁷. Cabe destacar que uno de los compromisos versa sobre la traslación de los compromisos de la CIPD y Beijing+20 a la legislación y las políticas nacionales en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.

El análisis por países de los compromisos de la región mostró que el 41% está relacionado con los tres ceros del UNFPA¹⁵⁸: cero necesidades insatisfechas de planificación familiar, cero muertes maternas evitables y cero casos de violencia por razón de género. En general, el 49% coincide con los compromisos de la Cumbre de Nairobi con la diversidad demográfica, la financiación de la CIPD, la violencia por razón de género, los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles, y la cobertura universal de salud.

Los compromisos de la Cumbre de Nairobi que asumieron los gobiernos africanos coinciden en gran medida con el Plan de Acción de Maputo y sus intervenciones estratégicas, aunque con algunas diferencias importantes. Los compromisos reflejan una gran aceptación política en lo que respecta a erradicar la violencia sexual y de género y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, garantizar el acceso a los anticonceptivos, prevenir la mortalidad materna e infantil, y poner fin a los matrimonios infantiles, forzados y precoces y con la mutilación genital femenina. Existe un compromiso significativo con la creación de programas adaptados a la juventud, incluido el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y con la recopilación de datos que fundamenten el diseño y la ejecución de programas y que garanticen, en algunos casos, la inclusión de los grupos vulnerables. La educación sexual integral y la cobertura universal de salud, no obstante, no aparecen de manera significativa en los compromisos de Nairobi, como sí ocurre en las recomendaciones del Plan de Acción de Maputo y en el compromiso de África Oriental y Meridional sobre una educación sexual integral.

Parece que existe cierta desconexión entre la falta de compromiso sobre el aborto en el proceso de la CIPD25 y el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (Protocolo de Maputo). Este último es el principal instrumento jurídico para la protección de los derechos de las mujeres y las niñas en África. A diferencia de la mayoría de tratados internacionales sobre los derechos de la mujer, dicho protocolo menciona explícitamente el derecho al aborto.

La observación general núm. 2 sobre el artículo 14 del Protocolo de Maputo aborda varios aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a servicios de aborto en condiciones de seguridad, servicios de anticoncepción y una educación sexual para jóvenes, e insta a los gobiernos africanos a garantizar la eliminación de los obstáculos para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. La observación general núm. 2 es un hito histórico, pues rompe el silencio en torno a algunos aspectos controvertidos de la salud sexual y reproductiva que no suelen abordarse en el sistema africano de derechos humanos. Desde la aprobación del Protocolo de Maputo, siete países han reformado su legislación para adecuarla —y en un caso para ir más allá— a los criterios jurídicos de la Unión Africana que permiten el aborto en casos de violación, incesto o anomalía fetal grave, o bien cuando la vida o la salud física o mental de la mujer está en peligro¹⁵⁹.

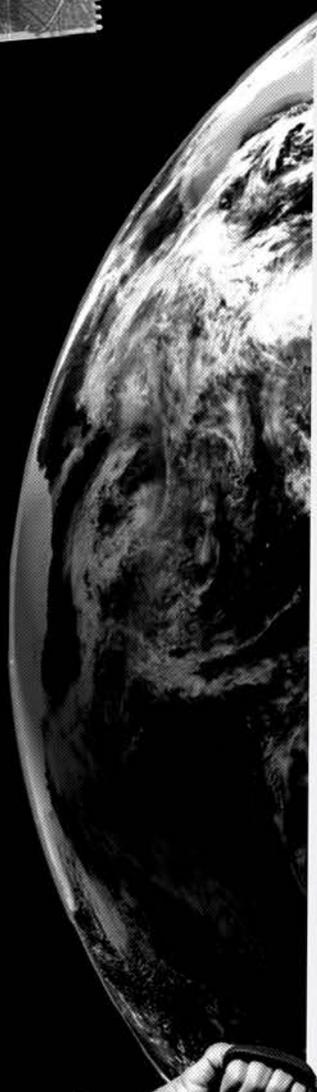
En algunas partes de África, la concepción de la sexualidad desde un punto de vista estrictamente heteronormativo ha llevado a la criminalización de las personas de sexualidades diversas y no heteronormativas, lo que supone una vulneración de los derechos individuales a la igualdad y a la no discriminación, a la privacidad y a la dignidad. Otros asuntos preocupantes son los relacionados con las carencias en los servicios y la información para las personas en situación de vulnerabilidad o que históricamente han sido víctimas de discriminación, como las adolescentes, las migrantes, las mujeres con discapacidad, las personas que viven en barrios marginales, las personas sin hogar, las personas refugiadas y las personas y comunidades con una orientación sexual o identidad de género diversas. Otro desafío lo entraña el hecho de que solo el 13,2% de los compromisos de África aborden la financiación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos o la agenda de la CIPD.



NUEVO

LLAMAMIENTO

II GAN-M G 31K
TEI P 130mm XV 7
PRC 16/3/3 PRS 6
PST 0 C 2
ST GRAV 8 BC441



8-6471



5

Conclusión

La Cumbre de Nairobi puso de manifiesto que los mecanismos nacionales, los donantes y las organizaciones internacionales de desarrollo y humanitarias deben abordar mejor las injusticias subyacentes interrelacionadas y los desafíos emergentes que favorecen los malos resultados en materia de salud sexual y reproductiva. En la Cumbre también se destacaron las repercusiones negativas de una reticencia generalizada a tratar cuestiones complejas en las que se entremezclan la religión, la condición socioeconómica; la discapacidad; la identidad de género; la vida social, cultural y familiar; y la limitada inversión nacional e internacional en justicia sexual y reproductiva.

En aras de una agenda más coherente, los compromisos de Nairobi crearon una hoja de ruta para avanzar hacia estrategias integrales de justicia sexual y reproductiva que den respuesta a las complejidades actuales. El informe de la Comisión de 2021 fue un paso más allá al proporcionar un marco para acelerar el cumplimiento de estos compromisos e identificar los aspectos en los que es necesario seguir trabajando.

Como demuestra el presente informe, el llamamiento de 2021 de la Comisión sigue siendo pertinente y crucial en la actualidad. Debemos seguir trabajando por la justicia sexual y reproductiva mediante la adopción de mecanismos de rendición de cuentas más eficaces; el aumento de la inversión en los movimientos populares y la creación de alianzas con los parlamentarios; la ampliación de la cobertura universal de salud, lo que incluye la salud sexual y reproductiva; y la mejora de la transparencia en la financiación. Tal como nos han enseñado las continuas crisis

humanitarias y los crecientes desafíos de los movimientos antidemocráticos transnacionales, es preciso cambiar nuestra forma de pensar y explorar las innovaciones digitales y la atención autogestionada siempre que sea posible.

Los compromisos prevén un análisis más profundo y soluciones a la discriminación arraigada en las normas, el derecho y la práctica. Entre las recomendaciones se podría incluir también la exigencia de que cualquier intervención orientada a lograr los compromisos muestre cómo responde a los obstáculos económicos y las necesidades específicas de las distintas comunidades afectadas que se han considerado en este informe.

Por último, la Comisión insta a los países a seguir trabajando para dar prioridad a quienes se enfrentan a las disparidades más graves en materia de justicia sexual y reproductiva, y a impulsar la acción con nuevas y poderosas narrativas que reflejen la complejidad de la vida de las personas y las fuerzas interrelacionadas que las oprimen. La justicia sexual y reproductiva es un concepto nuevo que ofrece amplias posibilidades de éxito. Se trata de un conjunto de enfoques optimistas y sólidos destinados a transformar nuestra forma de pensar y de actuar. Invitamos a las partes interesadas a adoptar este marco y a transformar nuestra respuesta colectiva.

La Comisión se muestra esperanzada por las nuevas intervenciones de los Estados basadas en estos conceptos y confía en que más Estados y partes interesadas adopten una visión firme de la justicia sexual y reproductiva para todas las personas.

Anexos



**ane
xos**

E COM

LS08ECOM7854

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 y en 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 el primer informe de la Comisión, "*Ninguna excepción, ninguna exclusión: garantizar la salud, los derechos y la justicia sexuales y reproductivos para todas las personas*", se ha incluido un Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales que complementa el informe descriptivo. 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 compromisos¹. 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. Los triángulos indican el cambio y la dirección de 2021 a 2022. En el primer informe de la Comisión, se presentó 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. En el informe actual, la Comisión continúa la reflexión sobre los indicadores y actualiza las puntuaciones globales regionales correspondientes a cada compromiso, de acuerdo con los datos más recientes disponibles, como se muestra en este anexo. Asimismo, la Comisión ha elaborado un conjunto selecto de perfiles de países que se incluyen en el anexo B. Estos perfiles deben considerarse ejemplos que presentan exámenes minuciosos de los datos disponibles, incluidos datos desglosados, con el fin de seguir dilucidando el concepto de justicia sexual y reproductiva, y de contribuir a fomentar el diálogo sobre la manera de promover los compromisos de Nairobi sobre el terreno y garantizar así que nadie se quede atrás.

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



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.

| COMPROMISO | 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 |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| 2 | ▲ | ● | ● | ▲ | ▲ | ● | ● |
| 3 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4 | ▲ | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 5 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 8 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 9 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 10 | ▲ | ● | ● | ● | ● | ▲ | ● |
| 11 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 12 | ● | ▼ | ▼ | ● | ● | ● | ● |
| PUNTUACIÓN GLOBAL | ○ | ▼ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

2 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI



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

| | 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 de fecundidad de las adolescentes | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 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) | ▲ | ● | ▼ | ▲ | ▲ | ▼ | ▼ |
| Necesidades insatisfechas de métodos modernos, total (todas las mujeres) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PUNTUACIÓN GLOBAL | ▲ | ○ | ○ | ▲ | ▲ | ○ | ○ |

3 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI

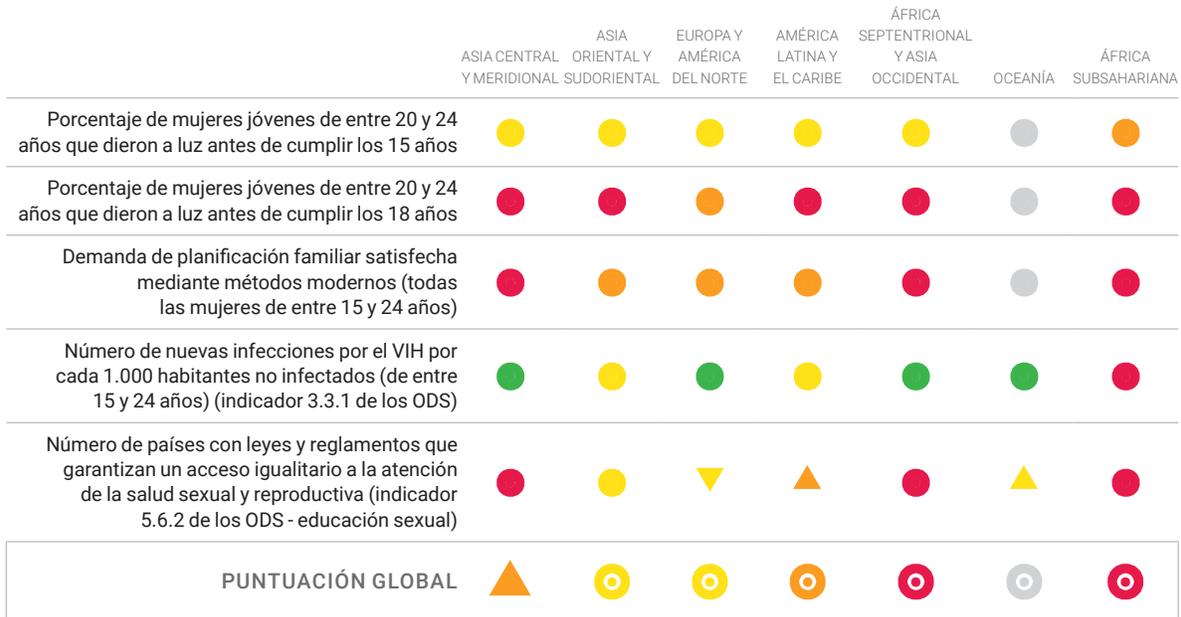


Cero muertes y morbilidades maternas evitables, como las fístulas obstétricas, mediante, entre otras cosas, la integración de un paquete integral de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva, que incluya el acceso al aborto en condiciones de seguridad al mayor grado permitido por la ley 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 universal de salud, 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.

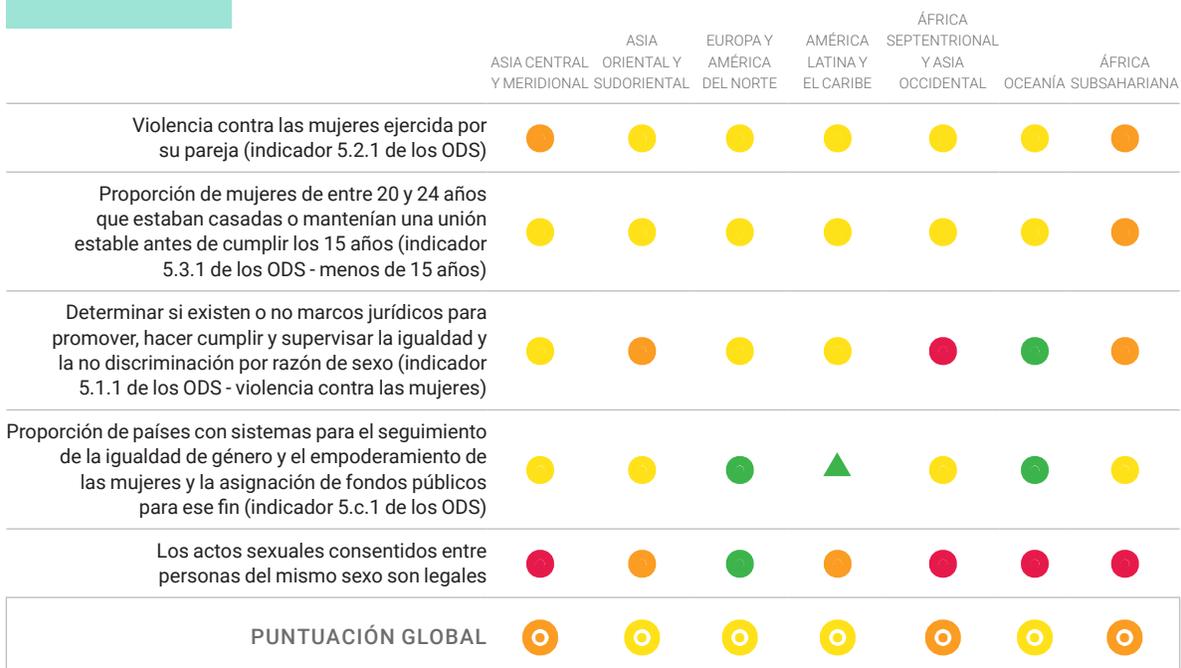
| | ASIA CENTRAL Y MERIDIONAL | ASIA ORIENTAL Y SUDORIENTAL | EUROPA Y AMÉRICA DEL NORTE | AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE | ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ASIA OCCIDENTAL | OCEANÍA | ÁFRICA SUBSAHARIANA |
|--|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Índice de cobertura universal de salud (indicador 3.8.1 de los ODS) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 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) | ▲ | ● | ● | ● | ● | ▼ | ● |
| Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (indicador 3.1.2 de los ODS) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Leyes mundiales sobre el aborto | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PUNTUACIÓN GLOBAL | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |



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.





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.**

| | 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 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 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) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 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) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PUNTUACIÓN GLOBAL | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |



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.

| | 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) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Representación en las instituciones públicas (tasa de personas jóvenes parlamentarias, cámara baja o unicameral) (indicador 16.7.1 de los ODS) | ● | ● | ● | ▼ | ● | ● | ● |
| 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) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 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) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Existencia de instituciones nacionales independientes de derechos humanos en cumplimiento de los Principios de París (indicador 16.a.1 de los ODS - A estatus) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Protección frente a los delitos de odio (ILGA) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Protección frente a la incitación (ILGA) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PUNTUACIÓN GLOBAL | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

10 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI



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 ellas los sistemas de macrodatos, y en la mejora de los sistemas de datos para fundamentar las políticas destinadas a lograr 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 |
|--|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Índice de Open Data Watch - puntuación global (cobertura y apertura de las estadísticas oficiales) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Exhaustividad del registro de los nacimientos (indicador 17.19.2 de los ODS) | ▲ | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Exhaustividad del censo (indicador 17.19.2 de los ODS) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Exhaustividad del registro de las defunciones (indicador 17.19.2 de los ODS) | ● | ● | ● | ● | ● | ▲ | ● |
| Conjunto de datos operacionales comunes | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ● | ● | ▲ |
| PUNTUACIÓN GLOBAL | ▲ | ○ | ○ | ○ | ○ | ▲ | ○ |

11 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI



Comprometernos 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”).

| | 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 |
|---|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Empoderamiento económico | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Educación | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Políticas de juventud y participación política de los jóvenes | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Seguridad y protección | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PUNTUACIÓN GLOBAL | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

12 COMPROMISO MUNDIAL DE NAIROBI



Velar por que **las necesidades y los derechos humanos 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.

| | 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 |
|--|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| 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 | ● | ▼ | ▼ | ● | ● | ● | ● |
| PUNTUACIÓN GLOBAL | ○ | ▼ | ▼ | ○ | ○ | ○ | ○ |

REPÚBLICA DE ALBANIA

ANEXO B

PERFILES DE PAÍSES

POBLACIÓN TOTAL^I

2.836.790

POBLACIÓN DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOR^I

29,38%

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
(de entre 15 y 49 años)^I

657.490

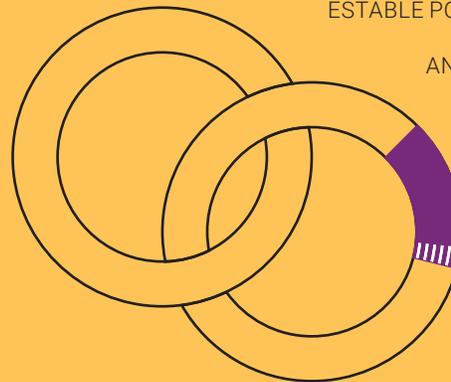
MUJERES (de entre 20 y 24 años)
QUE ESTABAN CASADAS O
MANTENÍAN UNA UNIÓN
ESTABLE POR PRIMERA VEZ^{II}

ANTES DE CUMPLIR
LOS 18 AÑOS

11,8%

ANTES DE
CUMPLIR
LOS 15 AÑOS

1,4%



POBLACIÓN DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD
(hombres + mujeres)^I

377.170

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

15

(por cada 100.000 nacidos vivos)^{II}

100.000

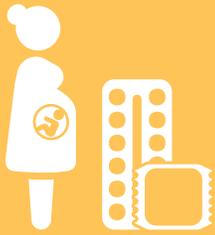


TASA TOTAL DE FECUNDIDAD^I (nacimientos por mujer)

1,38

TASA DE FECUNDIDAD (entre 15 y 19 años)
DE LAS ADOLESCENTES (nacimientos por cada 1.000 niñas)^I

14,03



11,9% DE NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (todas las mujeres) ^{III}

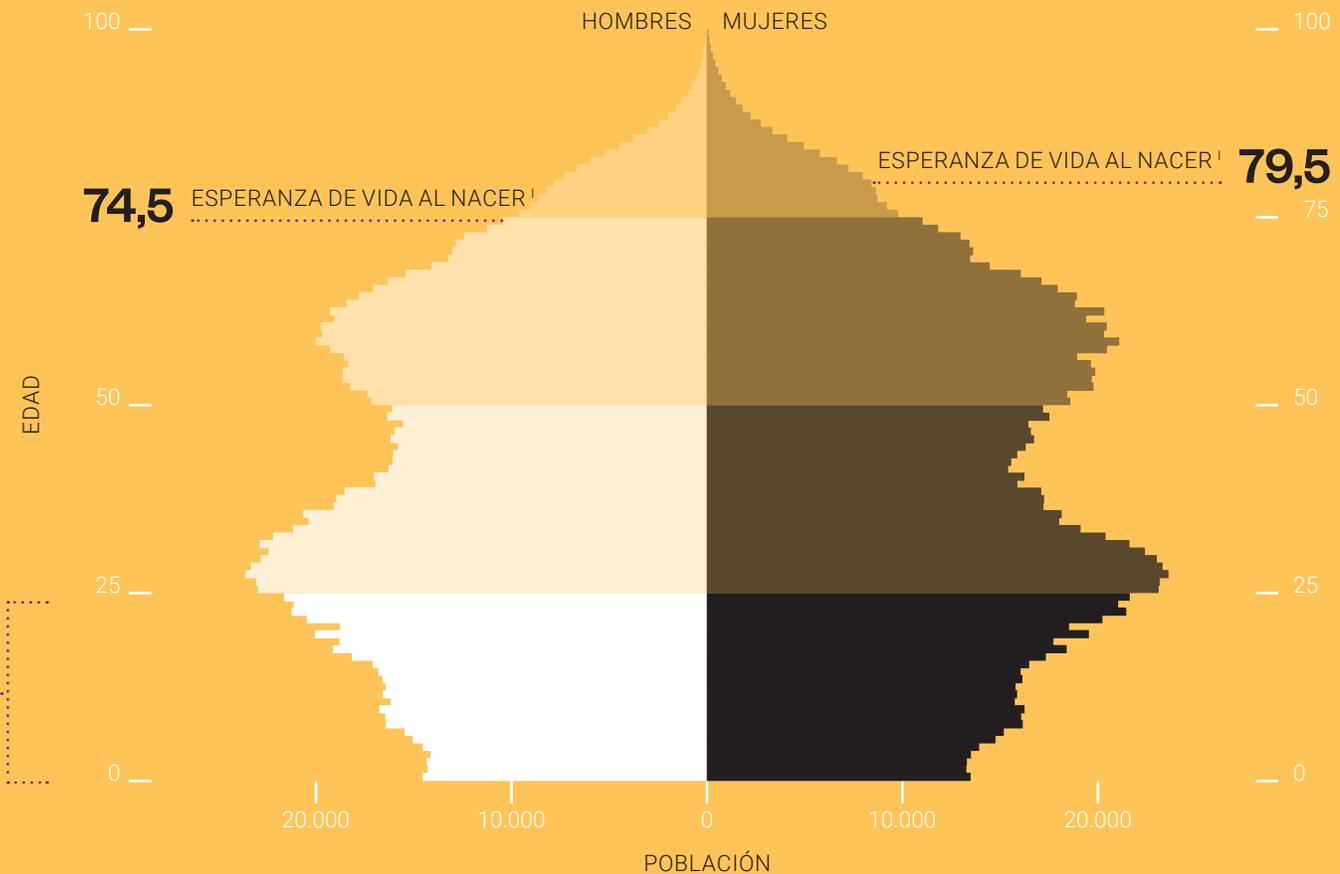


10,5% DE DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA MEDIANTE MÉTODOS MODERNOS (todas las mujeres) ^{III}



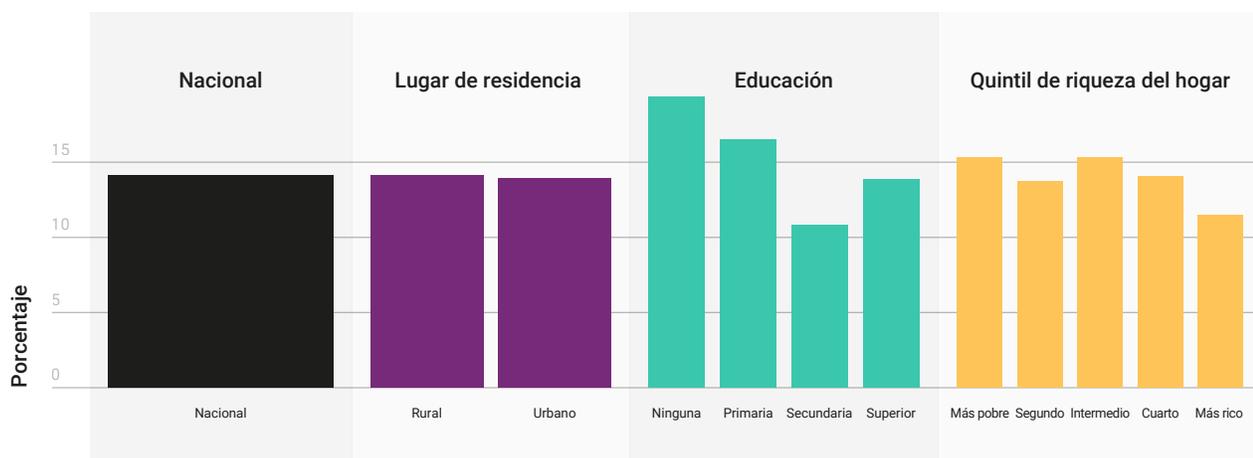
99,8% DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO ^{II}

Como parte de los compromisos derivados de la CIPD25, la República de Albania se ha comprometido a **poner fin** a las necesidades insatisfechas de planificación familiar y las muertes maternas evitables, así como a **aumentar la financiación** destinada a la salud reproductiva, materna y de los adolescentes.



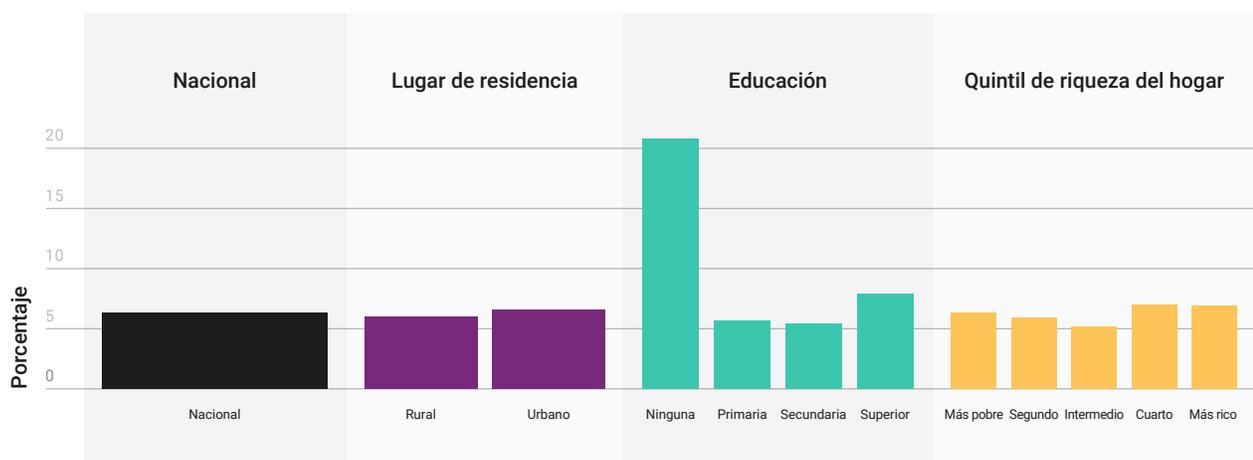
La tasa total de fecundidad de Albania —el número de niños que nacerían de una mujer si esta viviera hasta el final de la edad de procrear— es de 1,38. En Albania, se utilizan principalmente los métodos de anticoncepción tradicionales. Las necesidades insatisfechas de planificación familiar registradas en las zonas urbanas y rurales son relativamente equiparables, si bien son mayores entre las mujeres sin estudios y las mujeres de los hogares más pobres. La demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos es más alta entre las mujeres sin estudios, mientras que el uso de los métodos tradicionales es más habitual entre las mujeres con estudios superiores.

Necesidades insatisfechas de planificación familiar, todas las mujeres



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, todas las mujeres

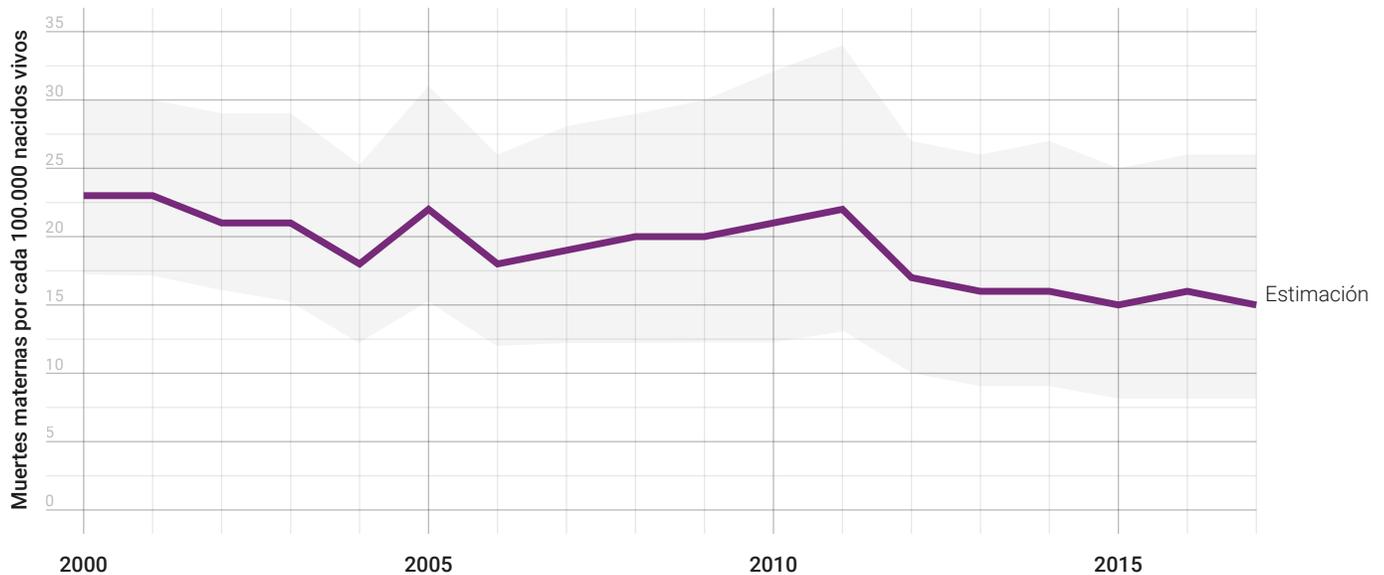


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

La tasa de mortalidad materna en Albania descendió entre 2000 y 2017, año en el que se registraron 15 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, según las estimaciones. Al reconocer la repercusión que tienen los abortos en condiciones de riesgo, el compromiso número 3 de la Cumbre de Nairobi resalta 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 universal de salud, 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”. El aborto está permitido en Albania.

Tasa de mortalidad materna (2000-2017)

■ Intervalo de incertidumbre del 80%



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2019

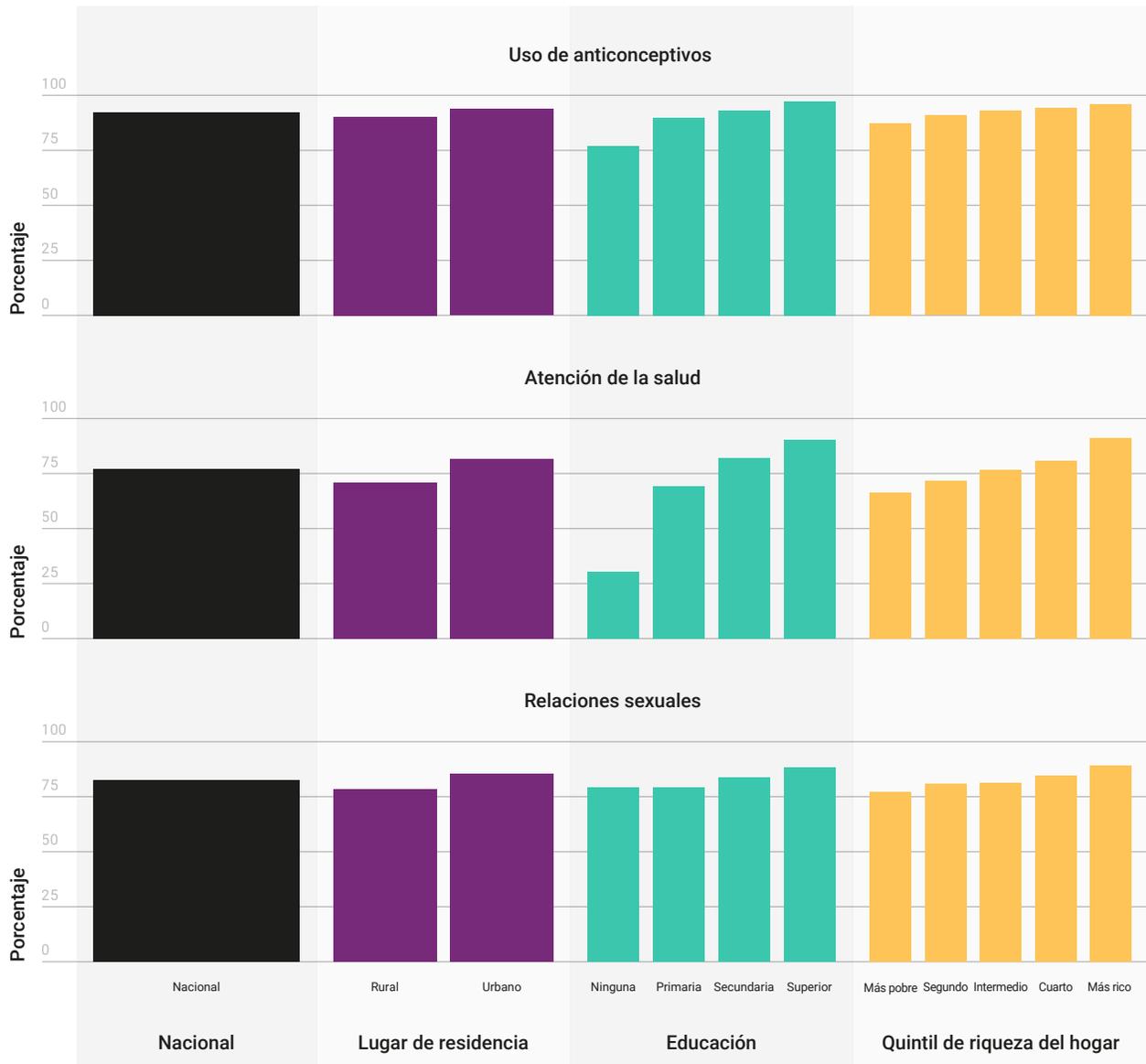
En Albania, el 93% de las mujeres de entre 15 y 49 años que están casadas o mantienen una unión estable toman sus propias decisiones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. El 84% de las mujeres casadas o que mantienen una unión estable disfrutan de autonomía para decidir sobre el uso de anticonceptivos, y el 84% puede negarse a mantener relaciones sexuales. Los porcentajes son ligeramente inferiores entre las mujeres sin estudios y las mujeres de los hogares más pobres. El indicador 5.6.2 de los ODS refleja la medida en que las leyes predominantes facilitan o impiden el acceso pleno e igualitario a la salud y los derechos. Albania ha logrado un 86% de leyes y reglamentos habilitantes que garantizan a los hombres y las mujeres un acceso pleno e igualitario a la atención materna, y un 100% a los servicios de anticoncepción y planificación familiar, y educación sexual.

Grado en que Albania dispone 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



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022

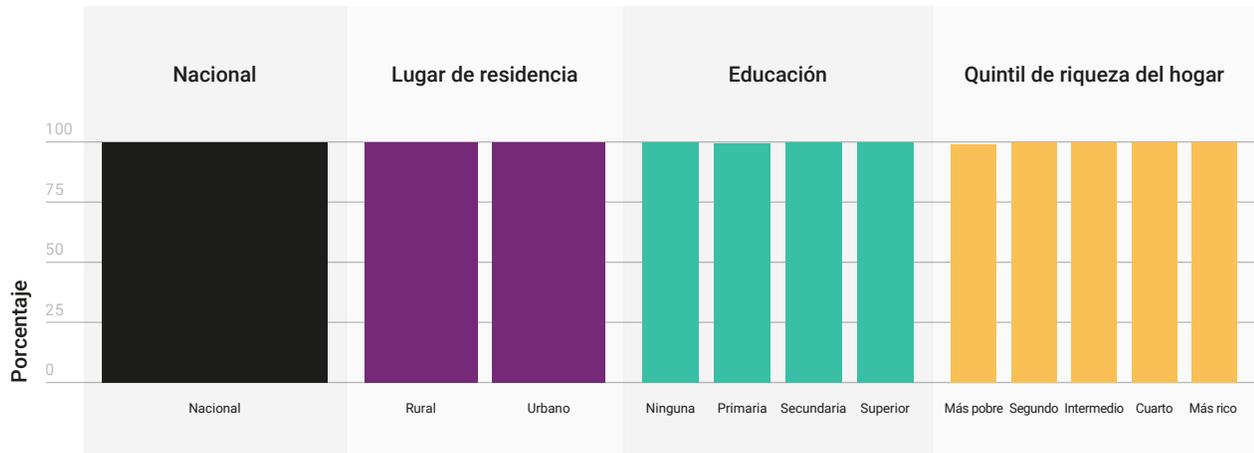
Proporción de mujeres casadas que toman sus propias decisiones informadas sobre la atención de la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

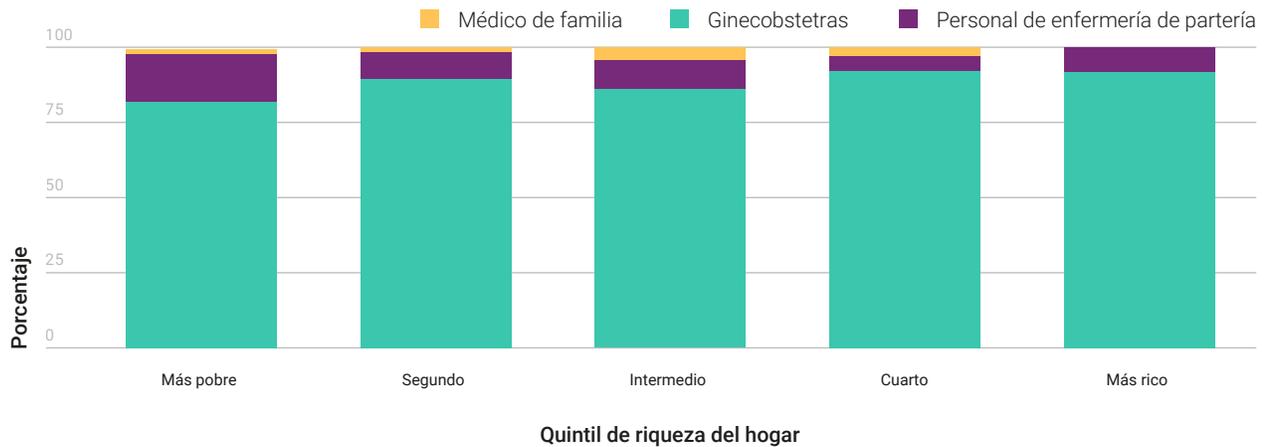
En Albania, prácticamente todos los partos de mujeres de entre 15 y 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos dos años contaron con la asistencia de personal sanitario especializado. El porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado es el mismo entre las mujeres de las zonas urbanas y rurales, así como con distintos niveles de estudios y riqueza del hogar. En Albania, la mayoría de nacimientos tienen lugar con la asistencia de ginecobstetras, y se registra un porcentaje solo ligeramente mayor de nacimientos con la asistencia de personal de partería entre las mujeres de los hogares más pobres.

Partos asistidos por personal sanitario especializado



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Personal de atención al parto especializado por quintil de riqueza

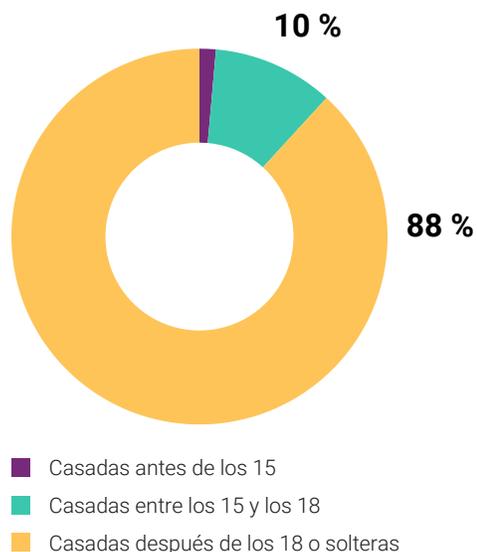


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

En la Cumbre de Nairobi, Albania se comprometió a ampliar e implantar la educación sexual integral en el ámbito nacional para 2022.

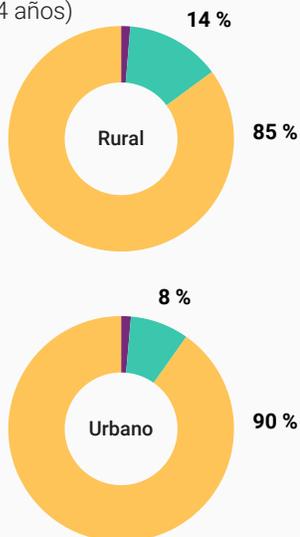
En Albania, el 11,8% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad estaban casadas antes de cumplir los 18 años, y un 1,4%, antes de cumplir los 15 —lo que supone uno de los porcentajes más altos de la región—. El matrimonio antes de los 18 años es más frecuente entre las mujeres que solo han terminado la educación primaria, así como en las de los hogares más pobres y de ingresos medianos.

Distribución de la edad de matrimonio (mujeres de 20 a 24 años)

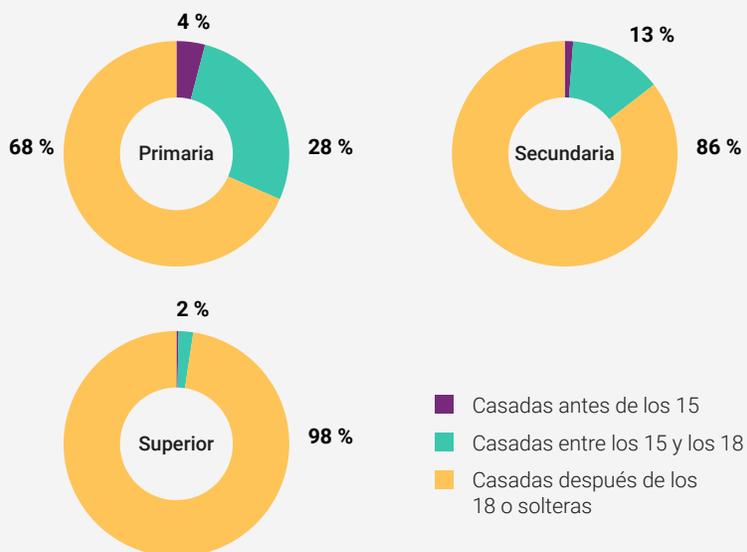


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Distribución de la edad de matrimonio por lugar de residencia (mujeres de 20 a 24 años)

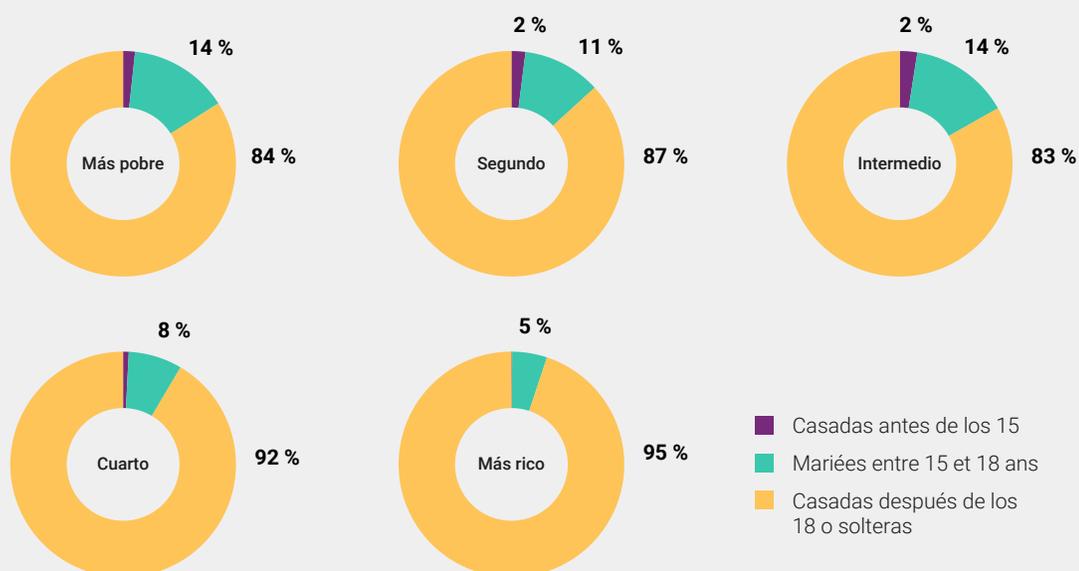


Distribución de la edad de matrimonio por nivel educativo (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Distribución de la edad de matrimonio por quintil de riqueza del hogar (mujeres de 20 a 24 años)

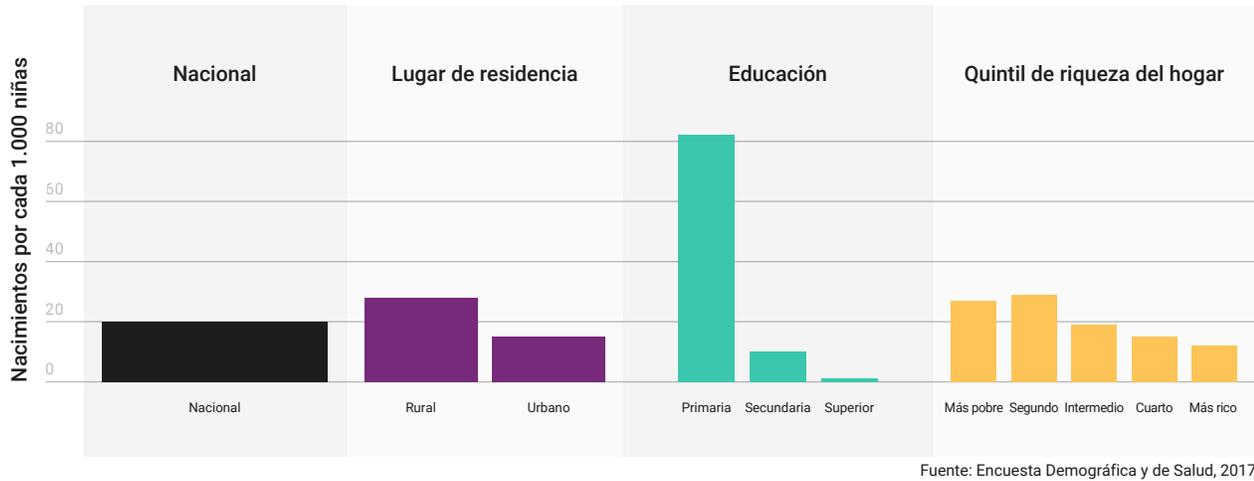


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

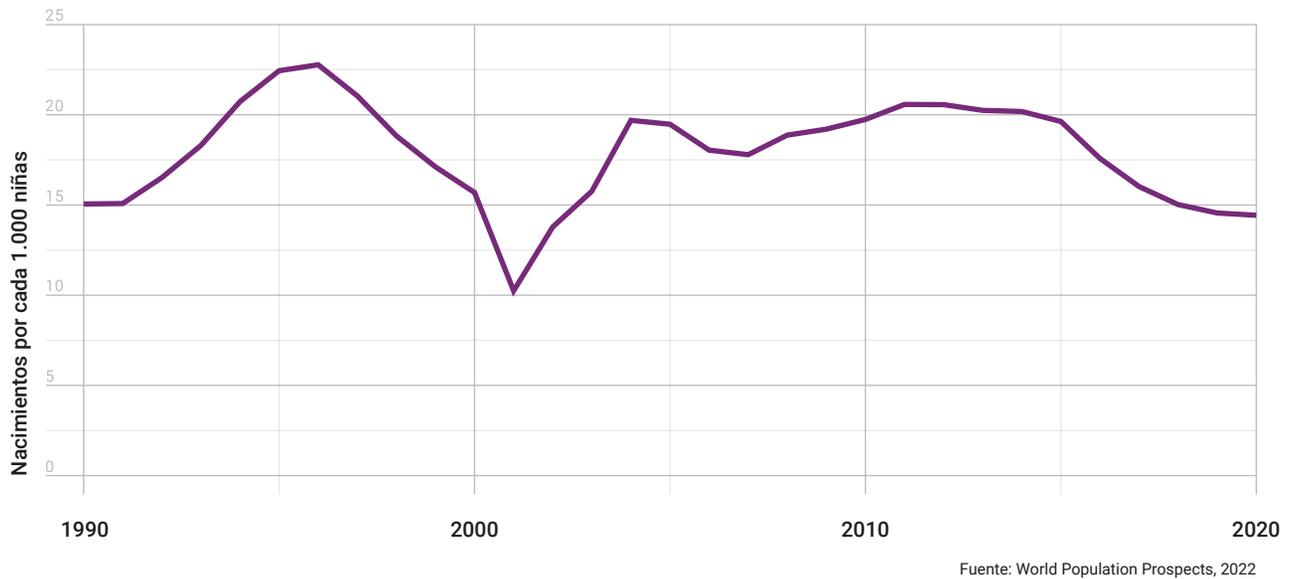
Desde la Cumbre de Nairobi, se han utilizado los foros sobre desarrollo sostenible, salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia por razón de género en favor de la promoción de la agenda de la CIPD y los compromisos de Nairobi, y del fortalecimiento de la cooperación de las partes interesadas.

La tasa de fecundidad de las adolescentes en 2020 se mantiene aproximadamente igual que en 1990. La más alta se registra entre las niñas que solo han completado la educación primaria, y es mayor en las zonas rurales del país que en las urbanas. La tasa de fecundidad de las adolescentes entre las niñas de los hogares más pobres es dos veces superior a la de los hogares más ricos.

Tasa de fecundidad de las adolescentes

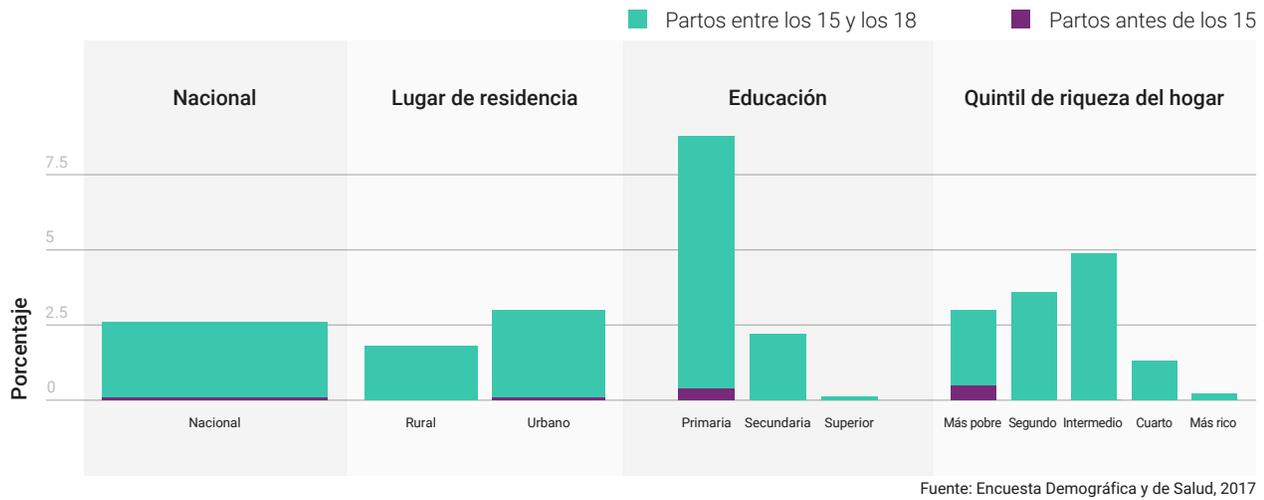


Tasa de fecundidad de las adolescentes, 1990-2020



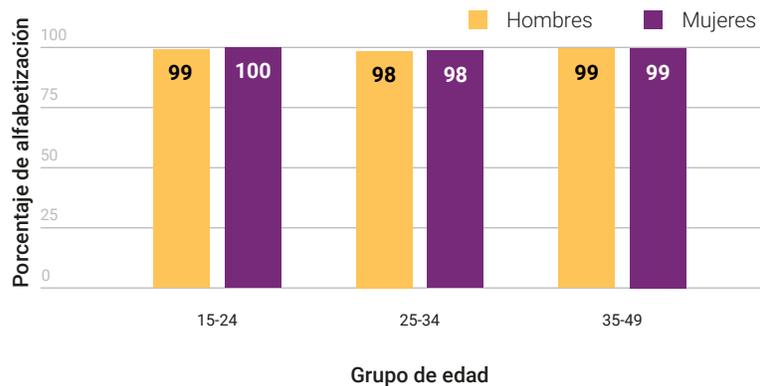
El 2,6% de las mujeres de entre 20 y 24 años en Albania dieron a luz antes de cumplir los 18 años. La mayoría de estos nacimientos se producen entre mujeres que han terminado solo la educación primaria, y las de hogares de ingresos medianos.

Partos antes de los 15 y los 18 (mujeres de 20 a 24 años)



La tasa de alfabetización de Albania es extremadamente alta en todos los grupos de edad y en ambos sexos. La educación secundaria completa la educación básica que comienza en el nivel de primaria y pretende sentar los cimientos del aprendizaje a lo largo de la vida y del desarrollo humano, al ofrecer una formación más centrada en las materias o competencias, que imparten docentes especializados. En 2018, el año más reciente sobre el que se dispone de datos, la tasa neta de asistencia a la escuela secundaria en Albania^{IV} era de 87.

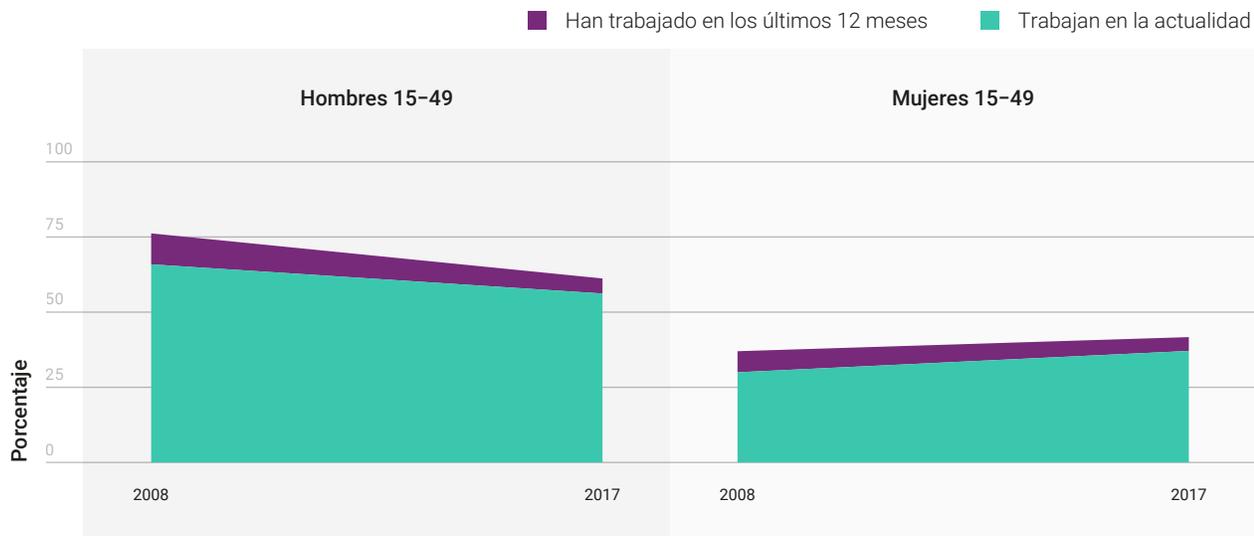
Tasa de alfabetización por edad y sexo



IV Proporción de niños en edad escolar oficial que están matriculados en la escuela con relación a la población en edad escolar oficial correspondiente.

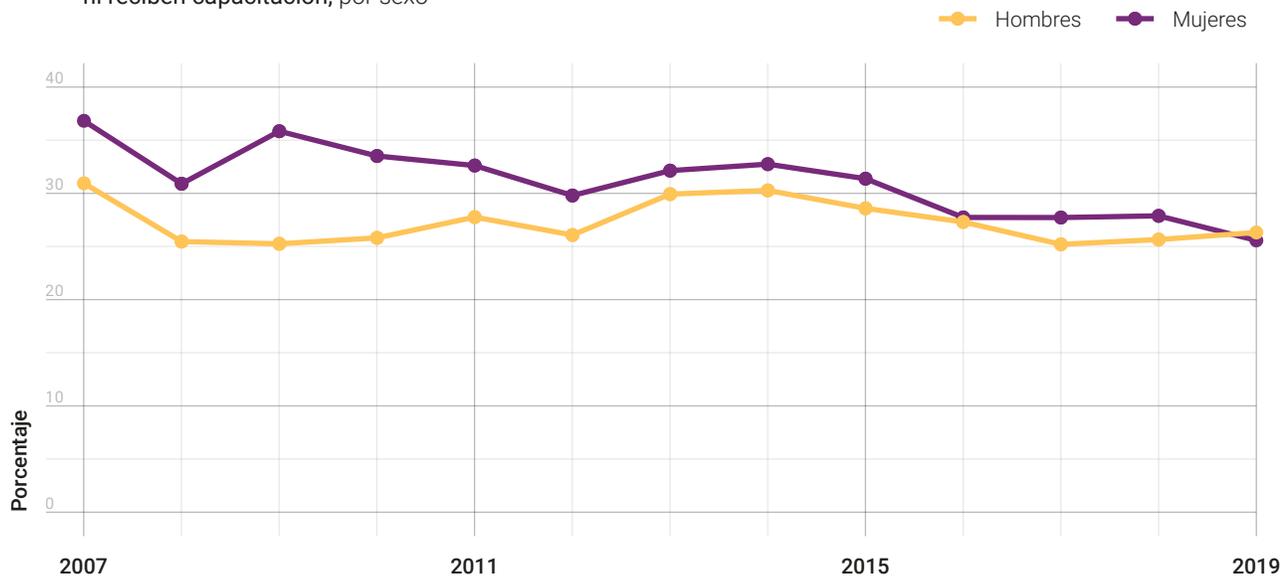
Entre 2001 y 2016, las tendencias de empleo correspondientes a los hombres experimentaron un descenso en Albania, mientras que las de las mujeres aumentaron. Durante este período, descendió el porcentaje de hombres que habían trabajado en los últimos 12 meses, y el de mujeres no experimentó ningún cambio. El grupo de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (es decir, la población nini) cuantifica el porcentaje de jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación y sin empleo. En Albania, este porcentaje ha descendido gradualmente entre las mujeres, y en 2019 era prácticamente idéntico para ambos sexos.

Tendencias del empleo (personas que trabajan en la actualidad y han trabajado en los últimos 12 meses) por sexo



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2008-2017

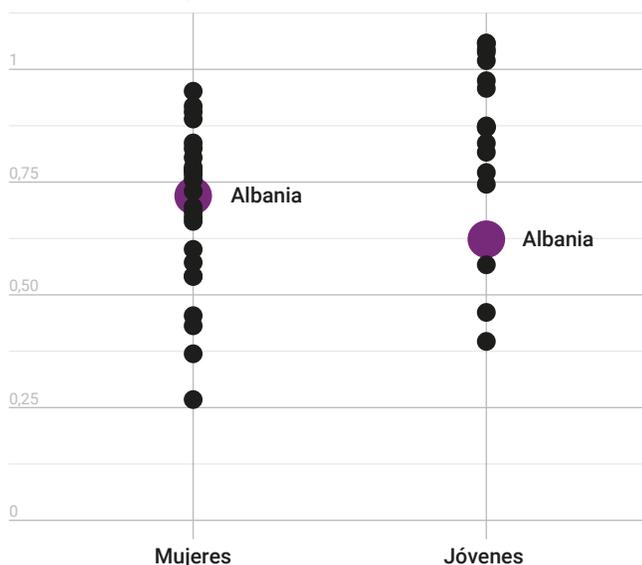
Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, por sexo



Fuente: Encuesta sobre la fuerza de trabajo, 2007-2019

El ODS 16 aspira a promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas. Una de las metas que lo componen consiste en garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades. La proporción de mujeres parlamentarias en Albania se acerca a la mediana en comparación con otras de la región, mientras que la proporción de personas jóvenes parlamentarias representa la cuarta más baja de la región (indicador 16.7.1 de los ODS).

Relación entre la proporción de población en el parlamento y la proporción de la población nacional, cámara baja o unicameral, países europeos y norteamericanos



Fuente: Unión Interparlamentaria, 2022

Debido al rápido envejecimiento de la población y a la migración interna continua, Albania hace frente al desafío inmediato de garantizar acceso asequible a servicios de atención de calidad para todas las personas mayores en situación de necesidad. Entre 2020 y 2050, la población de 65 años o mayor aumentará de 420.000 a 623.000, y pasará a representar del 15% al 26% de la población total^V. Como parte de los compromisos derivados de la CIPD25, Albania se ha comprometido a implantar el Plan Nacional de Acción para los Ancianos 2020-2025, mediante la asignación del presupuesto correspondiente y el seguimiento de su ejecución paso a paso, así como la preparación de las disposiciones jurídicas necesarias para 2023. Desde la Cumbre de Nairobi, se ha elaborado y aprobado el proyecto del Plan Nacional de Acción para los Ancianos 2020-2024.

A fin de promover los compromisos de la CIPD25, en abril de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social de Albania creó un protocolo que garantizaba el funcionamiento sin interrupciones de los refugios de mujeres en el país durante la pandemia de COVID-19. Este protocolo designaba los refugios para la protección contra la violencia doméstica como servicios esenciales.

Con respecto a los compromisos de la CIPD25 y las principales deficiencias y desafíos para la consecución del ODS 3, en el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible para 2022-2026 del Gobierno del Albania, se señala como prioridad garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo con las políticas de derechos humanos y reproductivos de la Unión Europea.

^V Organización Internacional del Trabajo, https://www.ilo.org/budapest/whats-new/WCMS_847680/lang-en/index.htm

REPÚBLICA DOMINICANA

11.281.880

POBLACIÓN TOTAL I

POBLACIÓN DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOR I

44,03%

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (de entre 15 y 49 años) I

2.911.760

POBLACIÓN DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD (hombres + mujeres) I

1.922.790

MUJERES (de entre 20 y 24 años) QUE ESTABAN CASADAS O MANTENÍAN UNA UNIÓN ESTABLE POR PRIMERA VEZ II

ANTES DE CUMPLIR LOS 18 AÑOS

31,5%

ANTES DE CUMPLIR LOS 15 AÑOS

9,4%



TASA DE MORTALIDAD MATERNA 95

(por cada 100.000 nacidos vivos) II

TASA TOTAL DE FECUNDIDAD I (nacimientos por mujer)

2,25

TASA DE FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES (de entre 15 y 19 años) I (nacimientos por cada 1.000 niñas)

63,02





9,7% DE NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (todas las mujeres) ^{III}

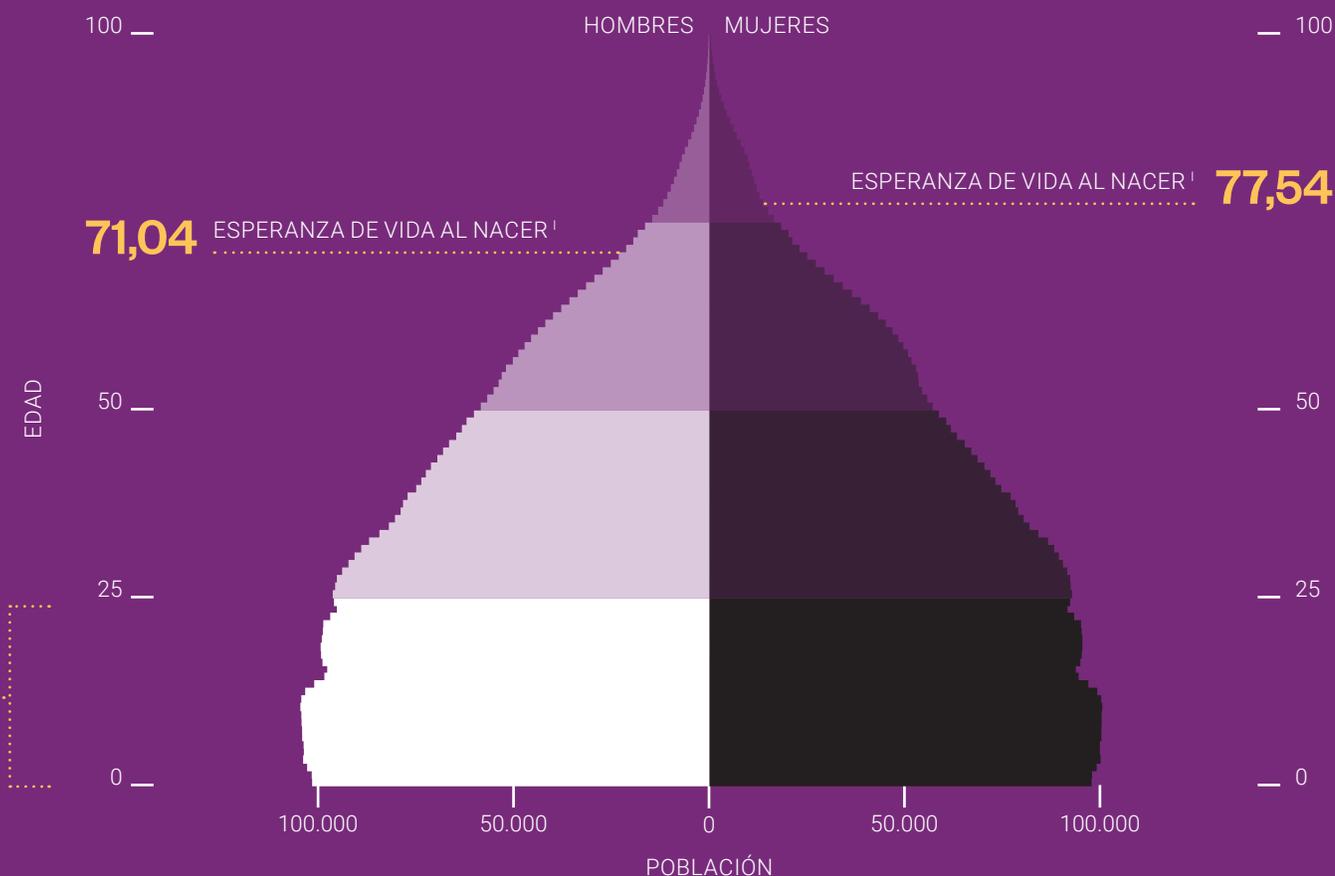


81,9% DE DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA MEDIANTE MÉTODOS MODERNOS (todas las mujeres) ^{III}



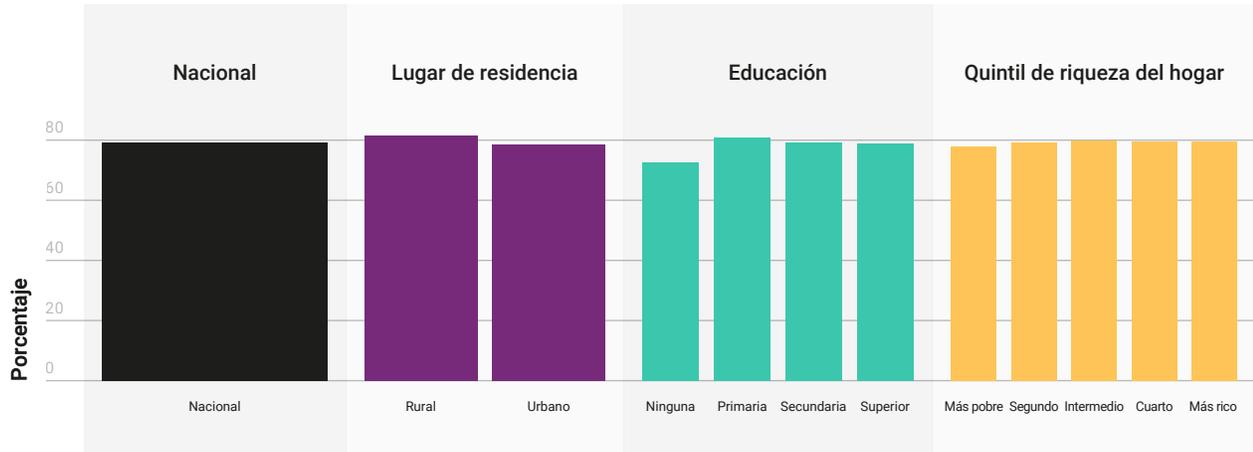
99,2% DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO ^{II}

Durante la Cumbre de Nairobi, la República Dominicana se comprometió a promover el **reconocimiento y la realización efectiva** de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Esto incluye el fortalecimiento de la respuesta a la mortalidad materna, los abortos peligrosos, los embarazos en la adolescencia, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH.



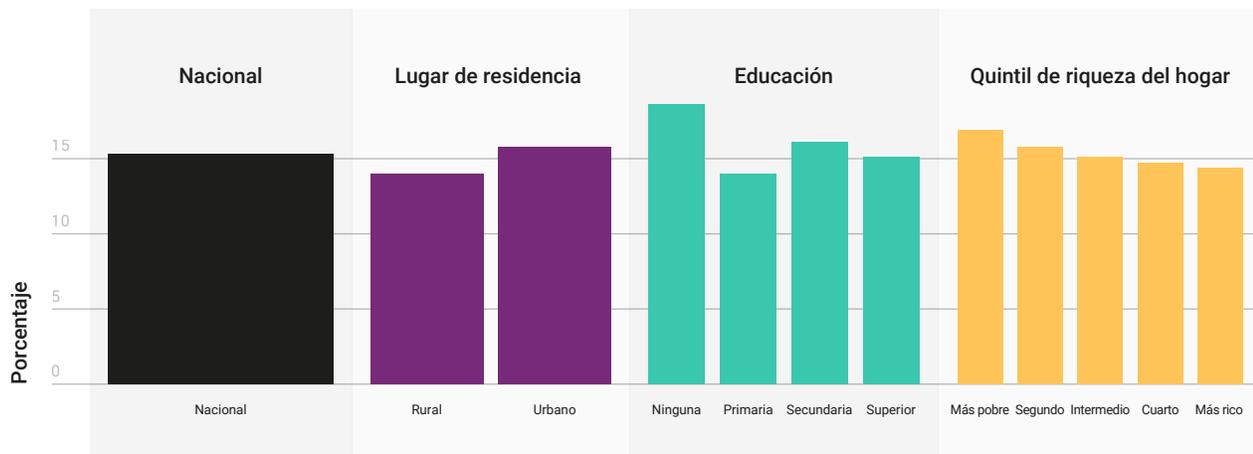
En la República Dominicana, las necesidades insatisfechas de planificación familiar son ligeramente mayores en las zonas urbanas que en las rurales. La incidencia más alta se registra entre las mujeres sin estudios o que solo han completado la educación preescolar, y en las mujeres de los hogares más pobres. La demanda satisfecha de planificación familiar mediante métodos modernos es más alta entre las mujeres de las zonas rurales y las que han completado, como mínimo, la educación primaria, y es muy similar en los quintiles de riqueza del hogar.

Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, todas las mujeres



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Necesidades insatisfechas de planificación familiar, todas las mujeres

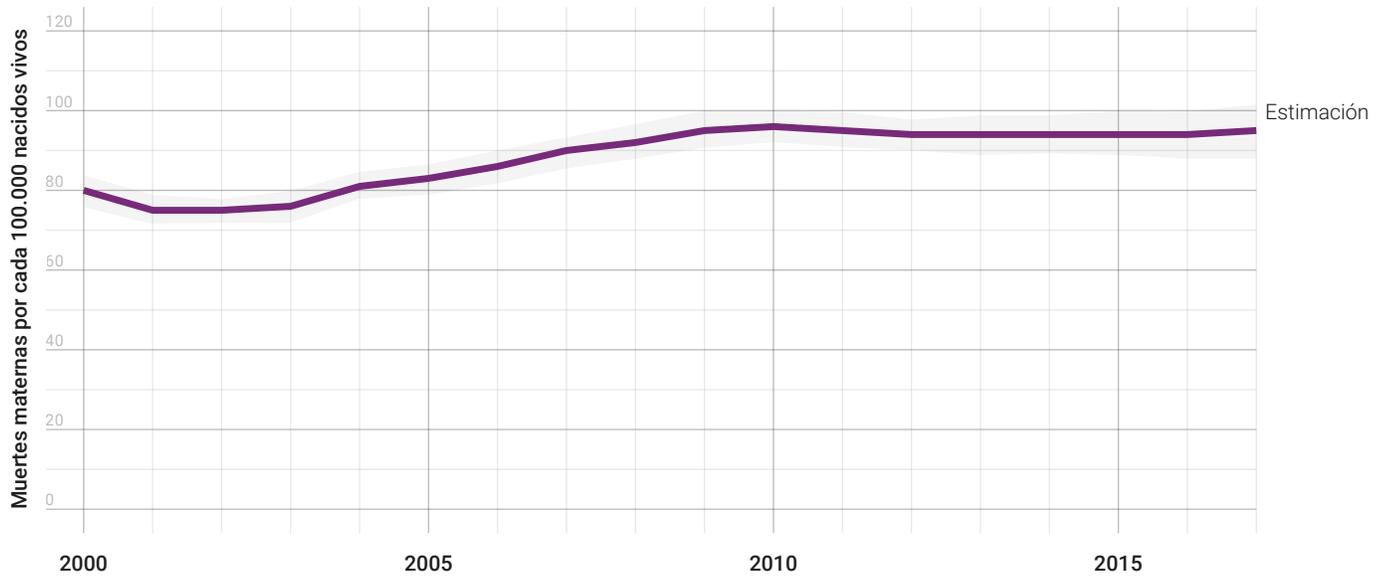


Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

La tasa de mortalidad materna de la República Dominicana no experimentó grandes cambios entre 2000 y 2017, el año más reciente sobre el que se dispone de datos y en el que se estimaron 95 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, una de las tasas más bajas de la región. Al reconocer la repercusión que tienen los abortos en condiciones de riesgo, el compromiso número 3 de la Cumbre de Nairobi resalta 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 universal de salud, 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”. El aborto no está permitido en la República Dominicana.

Tasa de mortalidad materna (2000-2017)

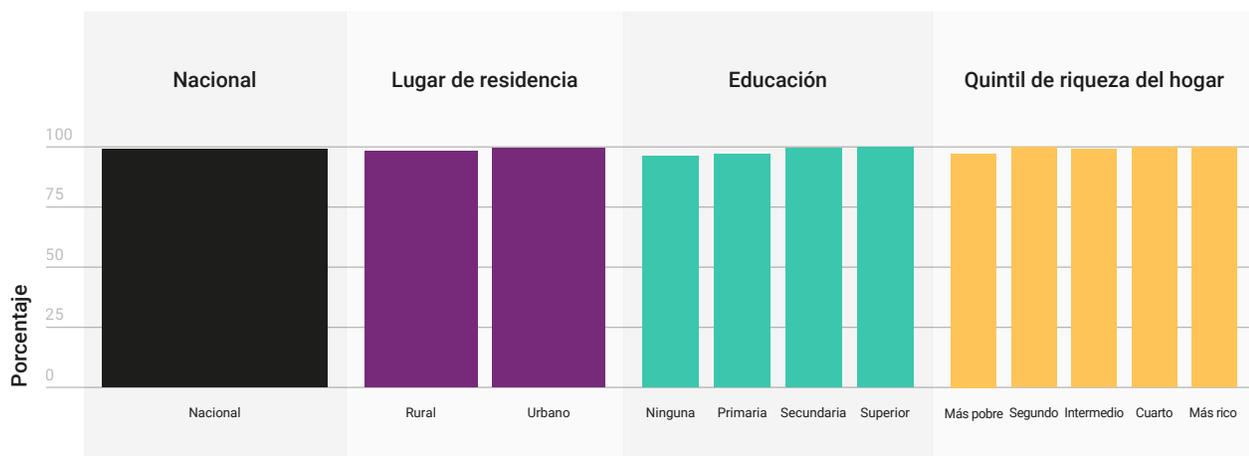
■ Intervalo de incertidumbre del 80%



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2019

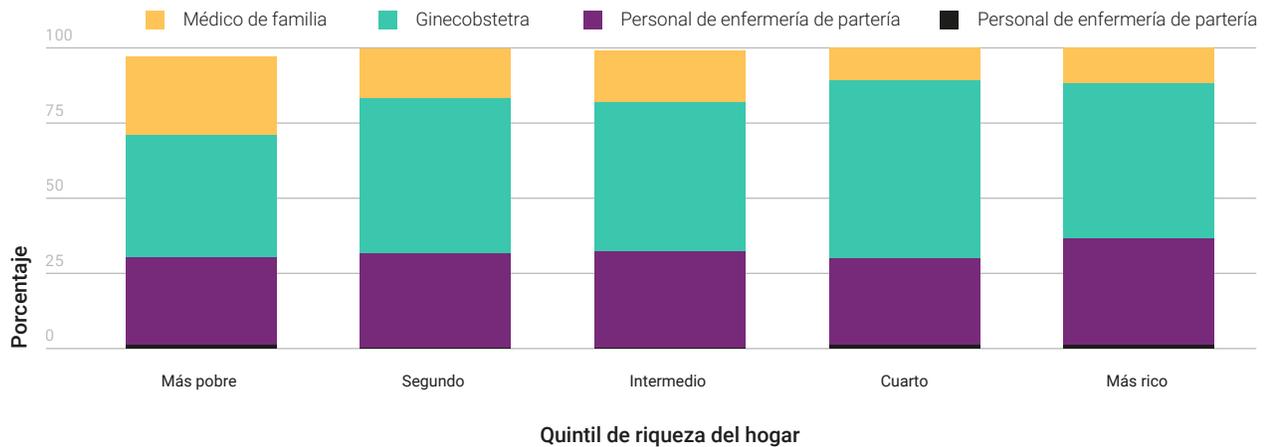
La República Dominicana registra uno de los porcentajes más altos de la región de partos atendidos por personal sanitario especializado entre las mujeres de 15 a 49 años que han dado a luz a un nacido vivo en los últimos dos años. El porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado depende de la zona geográfica, el nivel de estudios y la riqueza del hogar. Aproximadamente el 30% de los nacimientos en la República Dominicana se llevan a cabo con la asistencia de enfermeras matronas, porcentaje que se mantiene considerablemente constante con independencia de la riqueza del hogar. Conforme aumenta la riqueza del hogar, mayor es la porción de partos atendidos por ginecólogos y obstetras con relación a los atendidos por médicos generales.

Partos asistidos por personal sanitario especializado



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Personal de atención al parto especializado por quintil de riqueza

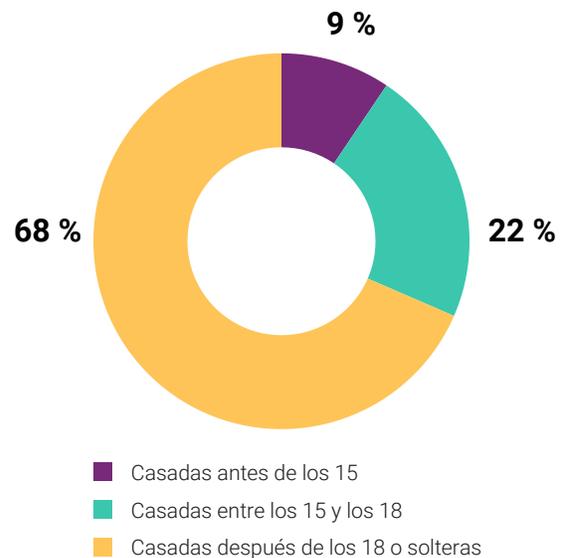


Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

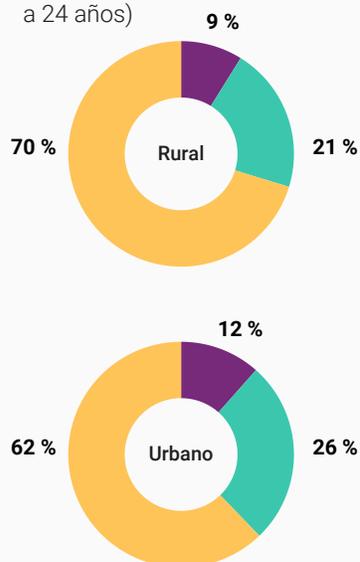
Desde la Cumbre de Nairobi, la juventud se ha movilizado para examinar y compartir sus reflexiones sobre los avances en la ejecución del Programa de Acción de la CIPD y el Consenso de Montevideo. Se ha promovido el objetivo de los tres ceros mediante la formulación del Plan nacional para la reducción de embarazos en adolescentes, el plan para la reducción de la violencia contra las mujeres y las niñas, y la ley para prevenir, atender, castigar y erradicar la violencia contra las mujeres.

En la República Dominicana, el 31% de mujeres de entre 20 y 24 años de edad estaban casadas antes de cumplir los 18 años, y un 9%, antes de cumplir los 15, lo que supone uno de los porcentajes más altos de la región. El matrimonio infantil es más común entre las mujeres que solo han completado la educación primaria y las de los hogares más pobres.

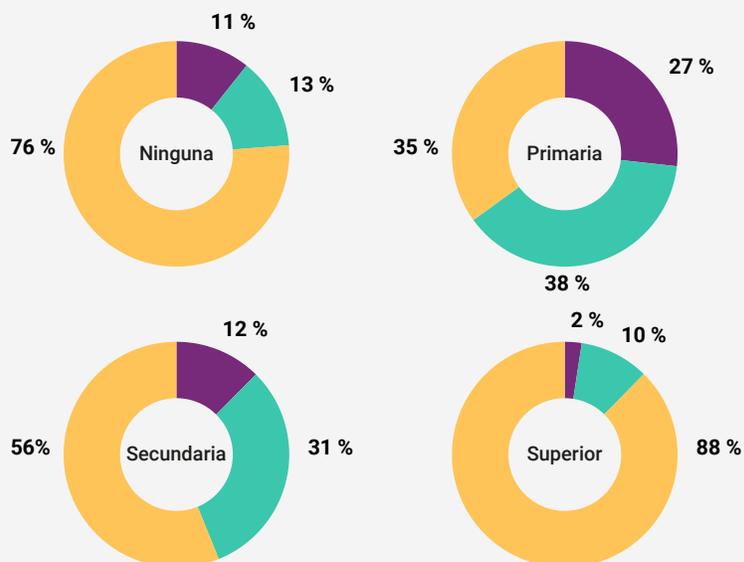
Distribución de la edad de matrimonio (mujeres de 20 a 24 años)



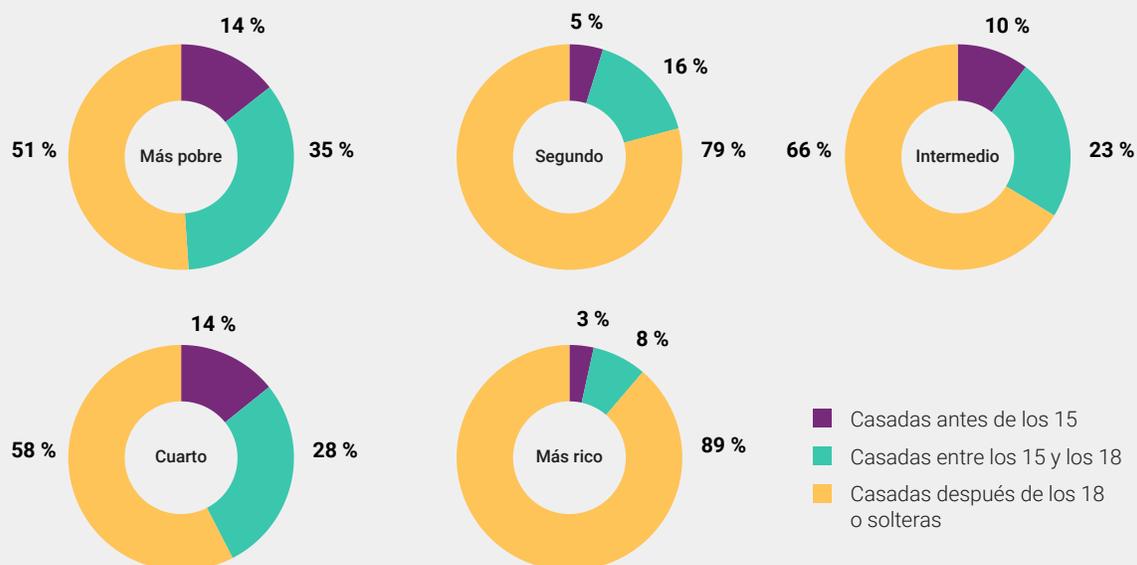
Distribución de la edad de matrimonio por lugar de residencia (mujeres de 20 a 24 años)



Distribución de la edad de matrimonio por nivel educativo (mujeres de 20 a 24 años)



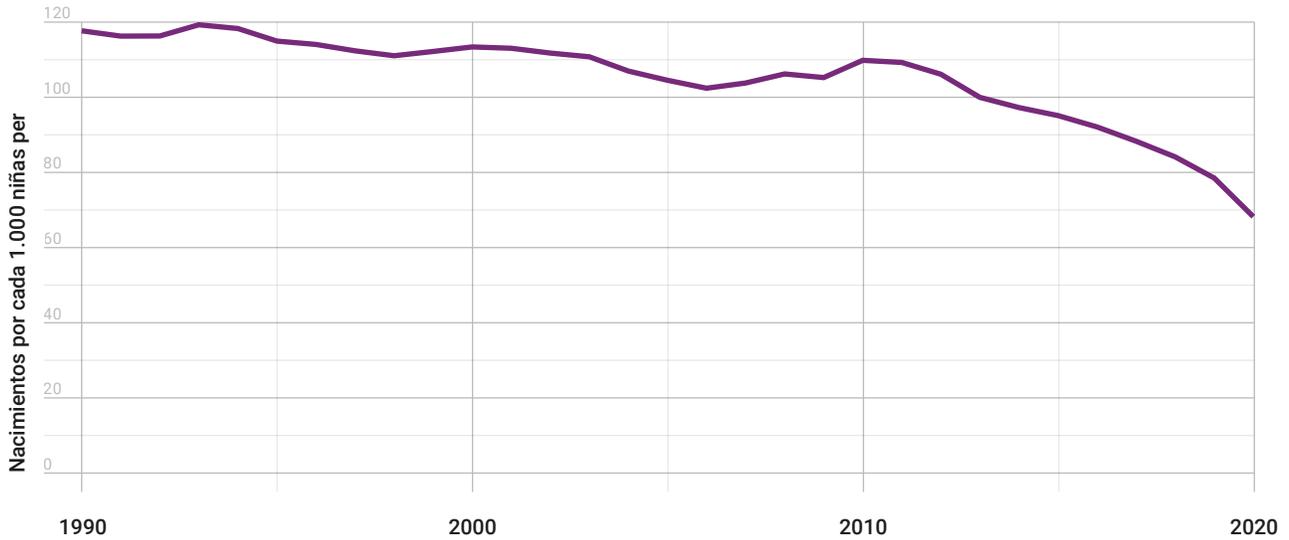
Distribución de la edad de matrimonio por quintil de riqueza del hogar (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

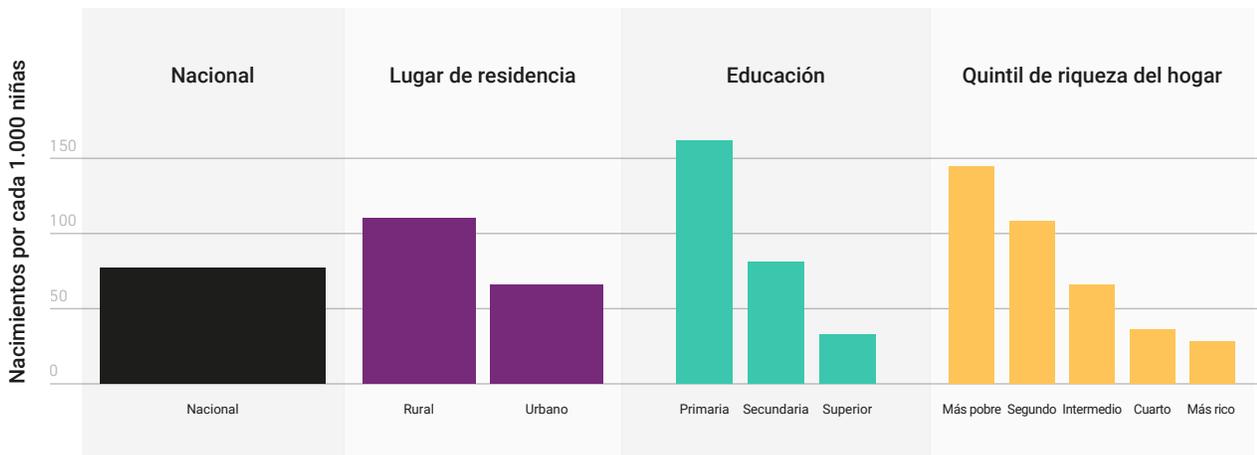
La tasa de fecundidad de las adolescentes en la República Dominicana descendió entre 1990 y 2020. La tasa de fecundidad de las adolescentes es 1,7 veces más alta en las zonas rurales que en las urbanas, y es 5 veces mayor entre las niñas que solo han completado la educación primaria que entre las que tienen una educación superior, así como entre las niñas de los hogares más pobres en comparación con las de los hogares más acomodados.

Tasa de fecundidad de las adolescentes, 1990-2020



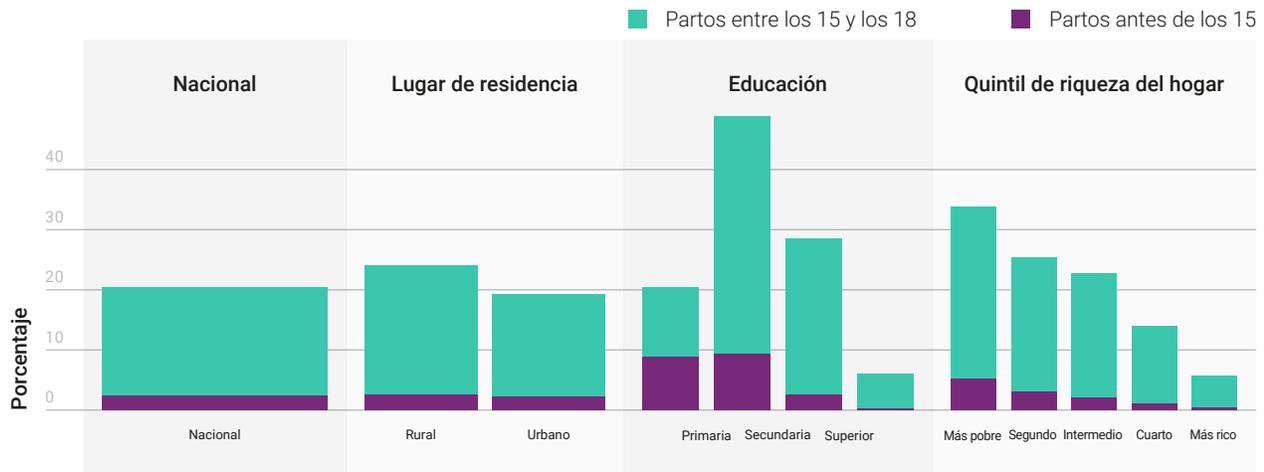
Fuente: World Population Prospects, 2022

Tasa de fecundidad de las adolescentes



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Partos antes de los 15 y los 18 (mujeres de 20 a 24 años)



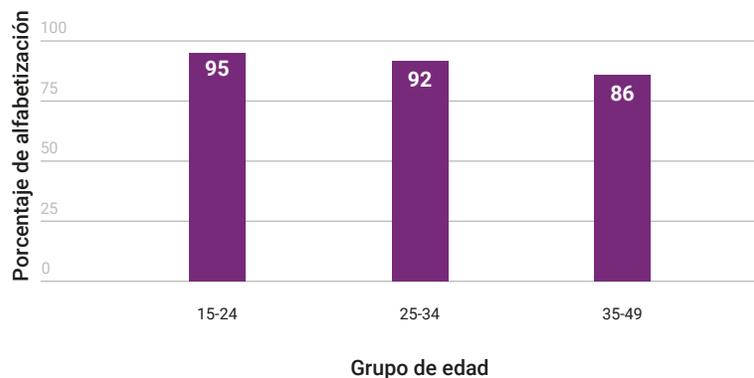
Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

El 23,7% de las mujeres de entre 20 y 24 años de la República Dominicana dieron a luz antes de cumplir los 18 años, y un 3,1%, antes de cumplir los 15, lo que sitúa ambos porcentajes entre los más altos de la región. La mayoría de estos nacimientos se producen entre mujeres que solo han completado la educación primaria y las de los hogares más pobres. Los nacimientos antes de cumplir los 18 años son 8 veces más frecuentes entre las mujeres que solo han finalizado la educación primaria que entre las que cuentan con estudios superiores; son asimismo 6 veces más comunes entre las mujeres de los hogares más pobres que entre las de los hogares más acomodados.

Siguen existiendo desafíos sustanciales con relación a la desigualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, y los indicadores de violencia por razón de género revelan niveles preocupantes, con un aumento del 122% en el número de casos entre 2015 y 2019^{IV}. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la República Dominicana es uno de los países de la región con la incidencia más alta de feminicidios.

La tasa de alfabetización de las mujeres en la República Dominicana es más elevada entre las mujeres de entre 15 y 24 años.

Tasa de alfabetización por edad

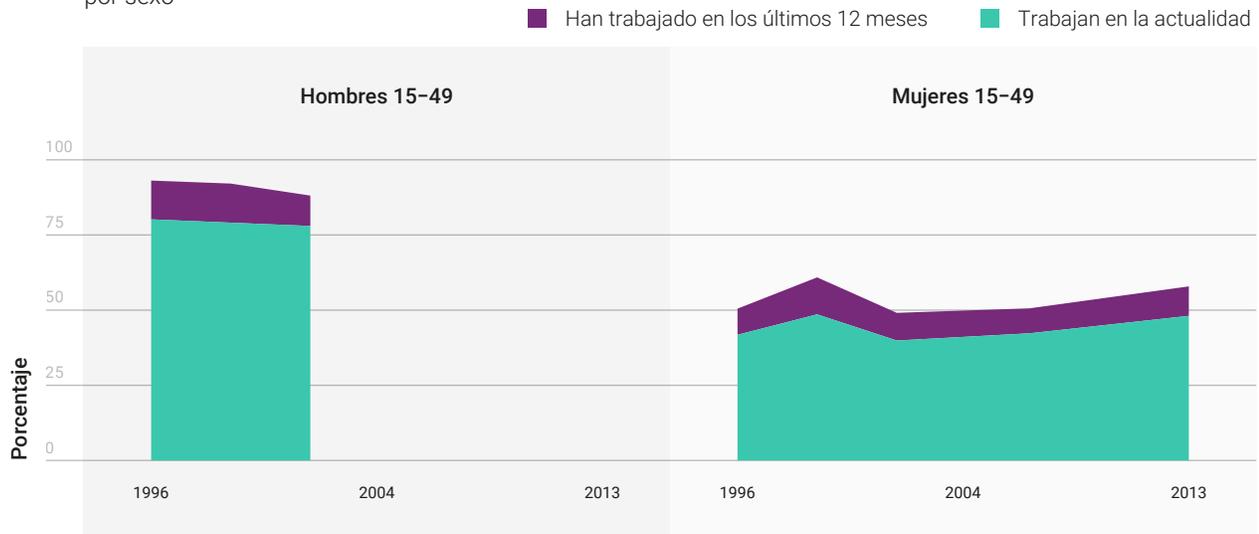


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 1996-2013

IV Las Naciones Unidas en la República Dominicana

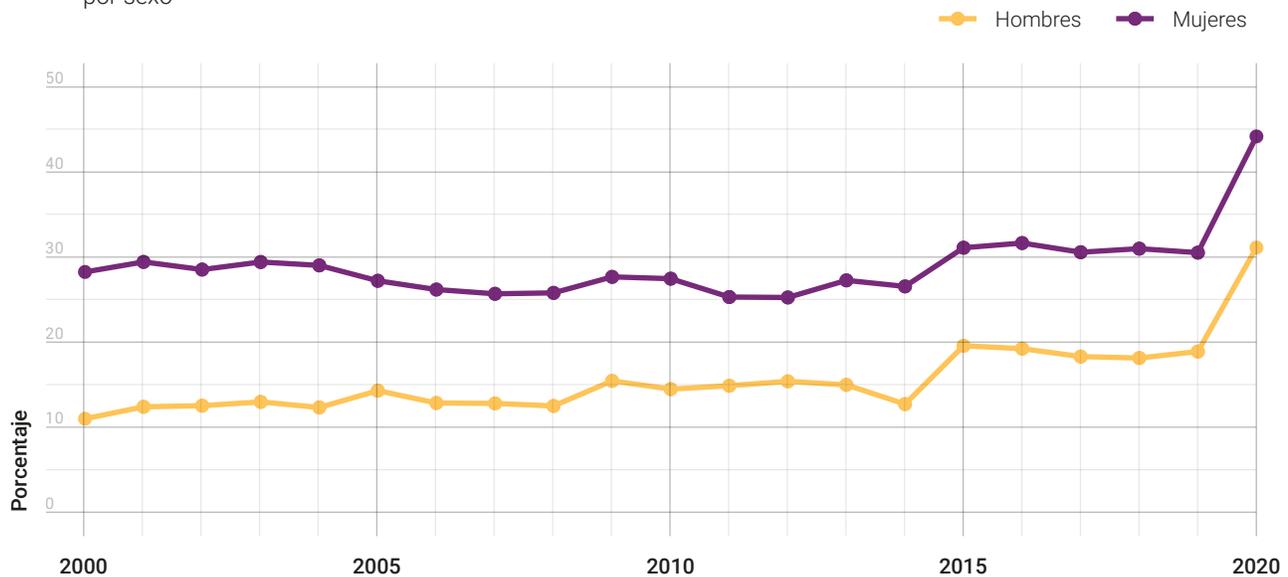
Las tendencias del empleo entre las mujeres se mantuvieron relativamente estables entre 2001 y 2016; no obstante, representan aproximadamente la mitad de la tasa de empleo de los hombres. El grupo de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (es decir, la población nini) cuantifica el porcentaje de jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación y sin empleo. En la República Dominicana, este porcentaje ha aumentado en ambos sexos, si bien las mujeres registran un porcentaje superior al de los hombres.

Tendencias del empleo (personas que trabajan en la actualidad y han trabajado en los últimos 12 meses) por sexo



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2000-2016

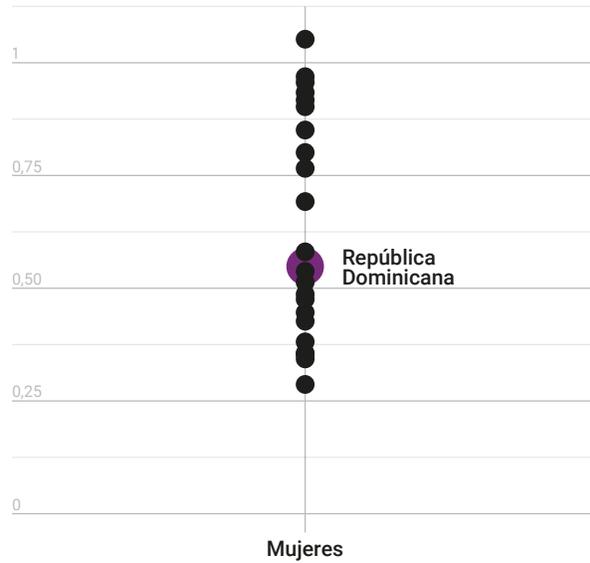
Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, por sexo



Fuente: Encuesta nacional sobre la fuerza de trabajo, 2000-2014, y encuesta nacional continua sobre la fuerza de trabajo, 2015-2020

El ODS 16 aspira a promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas. Una de las metas que lo componen consiste en garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades. La proporción de mujeres parlamentarias en la República Dominicana se acerca a la mediana en comparación con otras de la región, y no existe información sobre la proporción de personas jóvenes parlamentarias (indicador 16.7.1 de los ODS).

Relación entre la proporción de población en el parlamento y la proporción de la población nacional, cámara baja o unicameral, países europeos y norteamericanos



Como parte de los compromisos derivados de la CIPD25, la República Dominicana se ha comprometido explícitamente a integrar el enfoque de igualdad en el desempeño de las funciones esenciales del Sistema Nacional de Salud, lo cual incluye la financiación, reglamentación y provisión de servicios de salud individuales y colectivos. Con el propósito de respaldar el cumplimiento de este compromiso, se ha puesto en marcha un estudio nacional sobre la autopercepción étnica y racial en relación con la formulación de medidas gubernamentales en favor de las poblaciones afrodescendientes, así como de la identificación de organizaciones, movimientos y prácticas relacionadas con la afrodescendencia en el país.

REPÚBLICA DE HAITI

11.653.950

POBLACIÓN
TOTAL ^I

POBLACIÓN DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOR ^I

51,16%

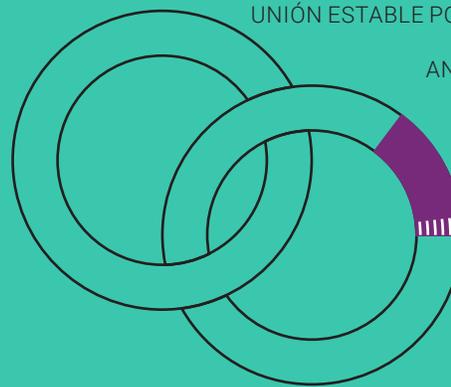
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
(de entre 15 y 49 años) ^I

3.141.200

POBLACIÓN DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD
(hombres + mujeres) ^I

2.240.100

MUJERES (de entre 20 y 24 años) QUE
ESTABAN CASADAS O MANTENÍAN UNA
UNIÓN ESTABLE POR PRIMERA VEZ ^{II}



ANTES DE CUMPLIR
LOS 18 AÑOS

14,9%

ANTES DE
CUMPLIR
LOS 15 AÑOS

2,1%

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

480

(por cada 100.000 nacidos vivos) ^{II}

100.000



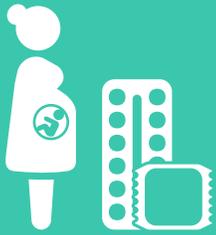
TASA TOTAL DE FECUNDIDAD (nacimientos por mujer)

2,77

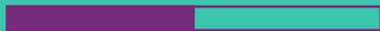


TASA DE FECUNDIDAD (de entre 15 y 19 años)
DE LAS ADOLESCENTES (nacimientos por cada 1.000 niñas)

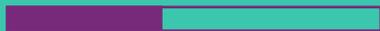
52,15



23,1% DE NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (todas las mujeres) ^{III}

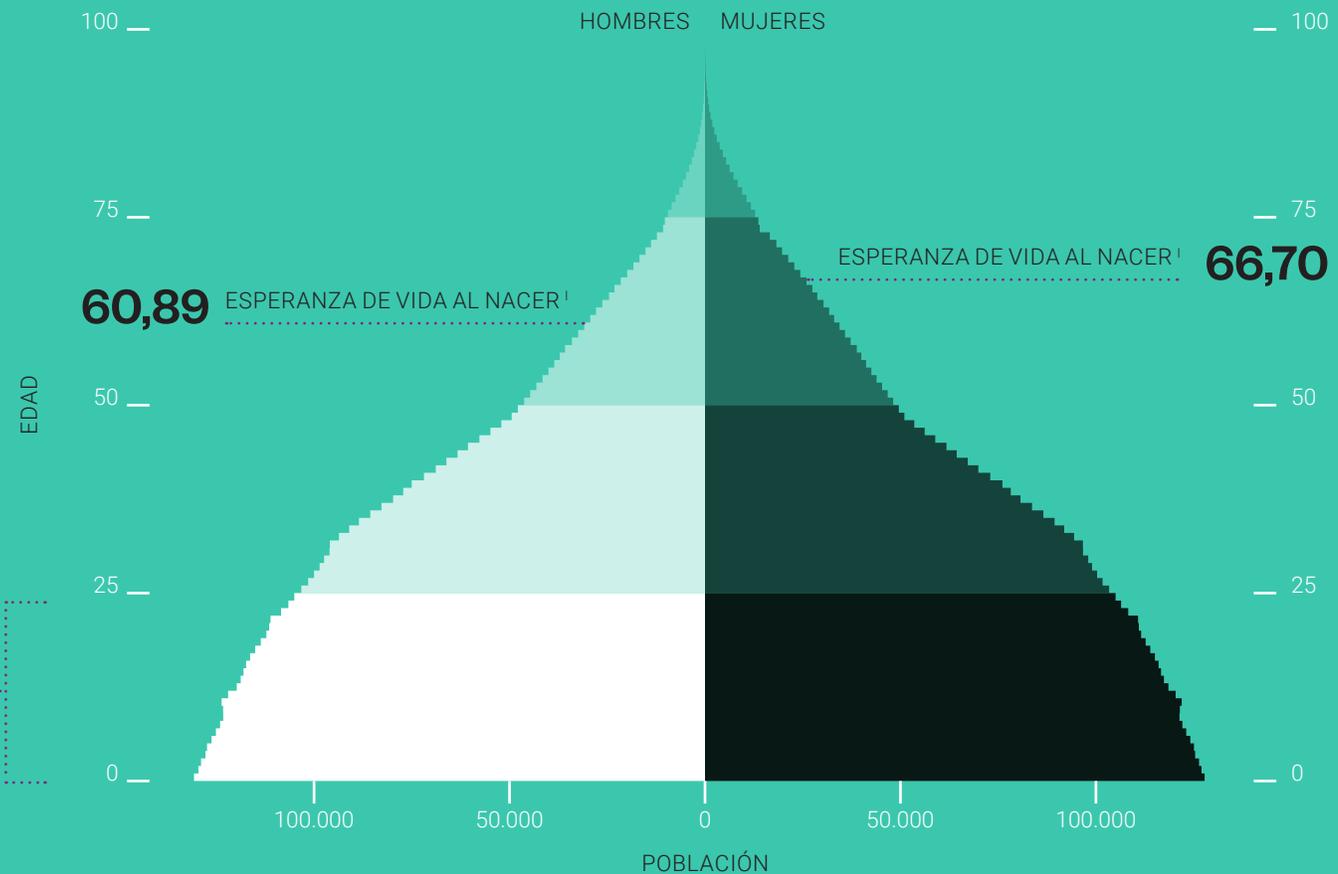


50,2% DE DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA MEDIANTE MÉTODOS MODERNOS (todas las mujeres) ^{III}



41,6% DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO ^{II}

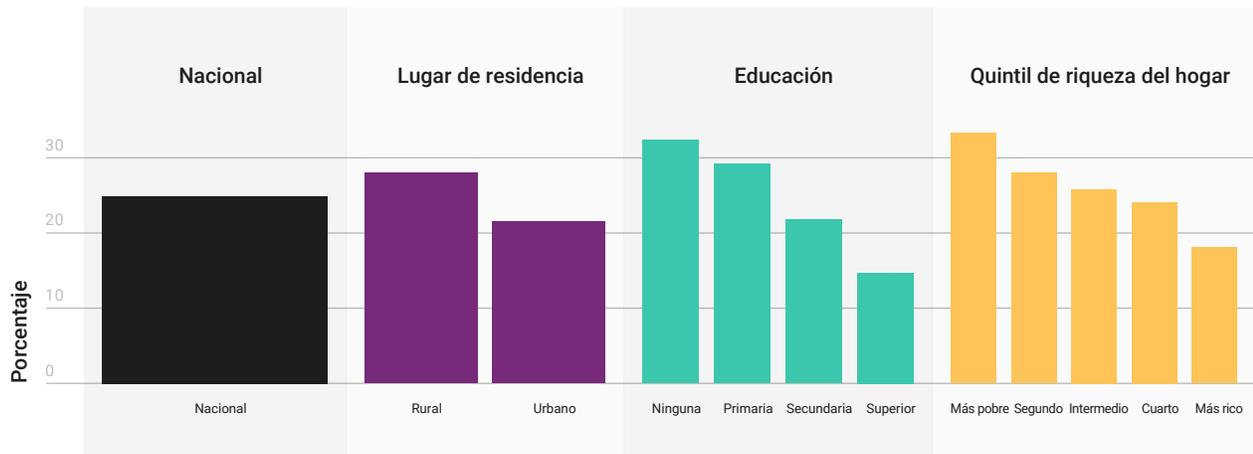
Las Naciones Unidas estiman que al menos **1,5 millones** de personas en la República de Haití se han visto afectadas directamente por los disturbios recientes, durante los que se ha utilizado la violencia por razón de género de manera sistemática, en particular las violaciones. La crisis económica ha ocasionado el aumento del precio de los alimentos, mientras que el combustible solo suele estar disponible en el mercado negro. Durante su intervención ante el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas el 26 de septiembre de 2022, la Representante Especial de las Naciones Unidas Helen La Lime advirtió de cómo “una crisis económica, una crisis de violencia de bandas y una crisis política han convergido y creado una catástrofe humanitaria”. Las poblaciones vulnerables, incluidas las mujeres y niñas embarazadas, son las que más sufren a causa del acceso restringido a los servicios de salud derivado de esta crisis. En este contexto, sin duda resultará mucho más difícil encontrar vías comunes y cumplir los compromisos contraídos por Haití en la CIPD25.



En la Cumbre de Nairobi, Haití se comprometió a ampliar el acceso a una serie de métodos de anticoncepción modernos y a priorizar la educación sexual integral.

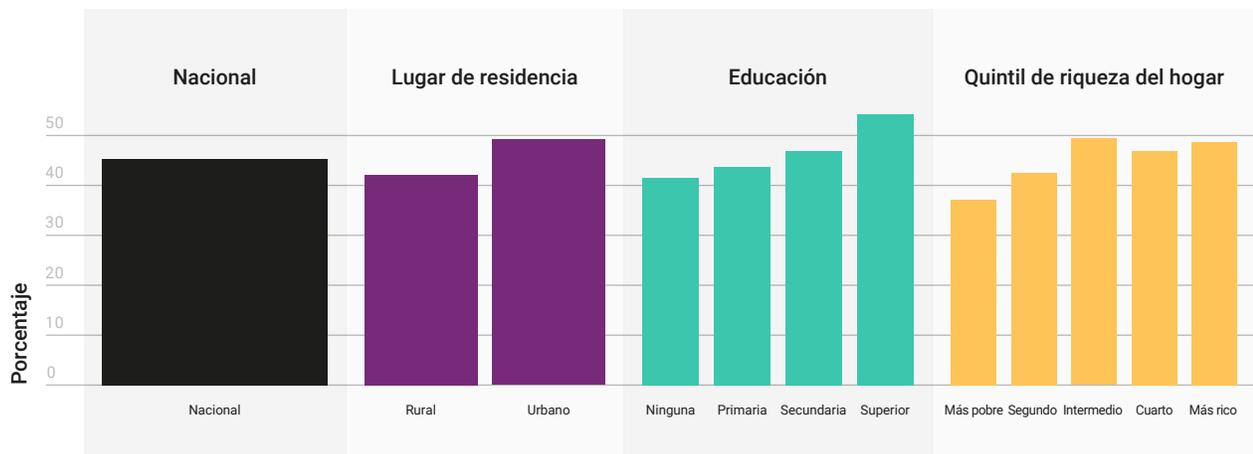
La tasa total de fecundidad de Haití —el número de niños que nacerían de una mujer si esta viviera hasta el final de la edad de procrear— es de 2,77. La tasa de fecundidad y las necesidades insatisfechas de planificación familiar registradas son más altas entre las mujeres de las zonas rurales, las mujeres sin estudios o que solo han completado la educación primaria, y las mujeres de los hogares más pobres y los segundos más pobres. El 31,8% de las mujeres casadas o que mantenían una unión estable estaban utilizando un método de anticoncepción moderno en 2016/2017, el año más reciente sobre el que se dispone de datos. El uso de métodos anticonceptivos modernos y la demanda satisfecha de métodos modernos es superior entre las mujeres haitianas de las zonas urbanas, las que han completado la educación secundaria o superior, y las de los hogares de ingreso mediano a más alto.

Necesidades insatisfechas de planificación familiar, todas las mujeres



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, todas las mujeres



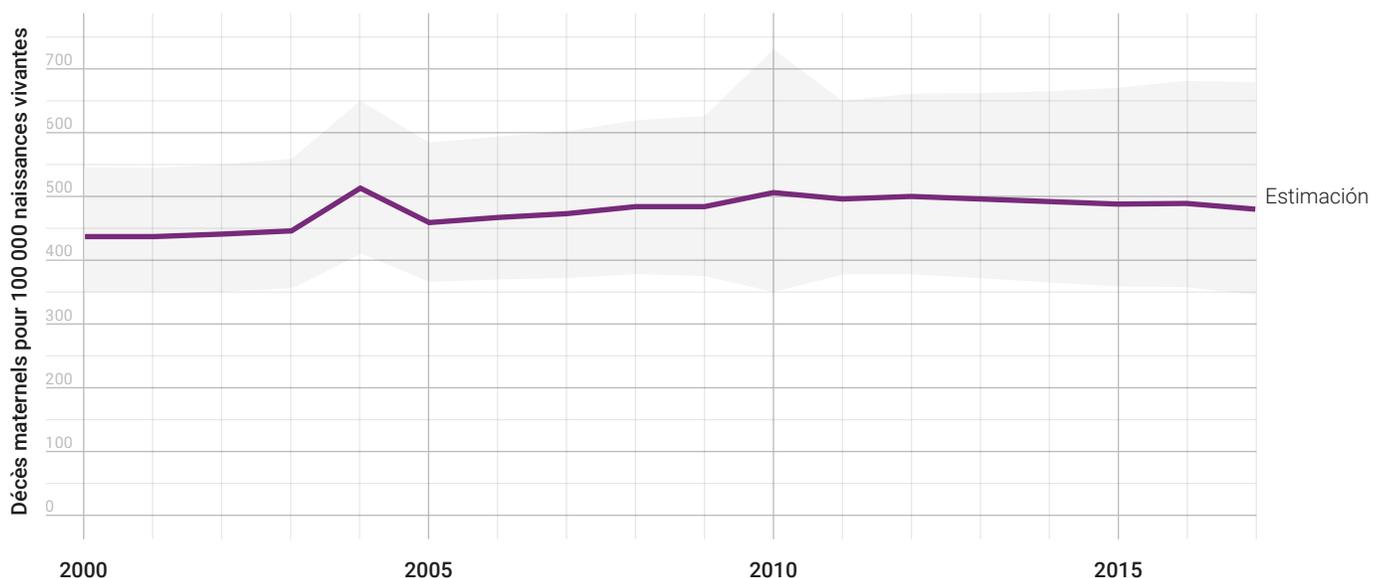
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

En la Cumbre de Nairobi, Haití se comprometió a priorizar la financiación selectiva destinada a aumentar y facilitar el acceso a la atención obstétrica de calidad con el fin de reducir la mortalidad materna.

La tasa de mortalidad materna en Haití se mantuvo relativamente estable entre 2000 y 2017, el año más reciente sobre el que se dispone de datos y en el que se estimaron 480 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, la tasa más alta entre los países de la región. Al reconocer la repercusión que tienen los abortos en condiciones de riesgo, el compromiso número 3 de la Cumbre de Nairobi resalta 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 universal de salud, 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”. El aborto no está permitido en Haití. En la actualidad, con la intensificación de los combates en la capital y muchos de los servicios esenciales y establecimientos sanitarios todavía dañados o destruidos en el sur del país tras el terremoto del año pasado, las necesidades humanitarias son cada vez mayores: Más de 4,9 millones de personas necesitan asistencia en la actualidad, entre las que se incluyen alrededor de 1,3 millones de mujeres en edad reproductiva.

Tasa de mortalidad materna (2000-2017)

■ Intervalo de incertidumbre del 80%



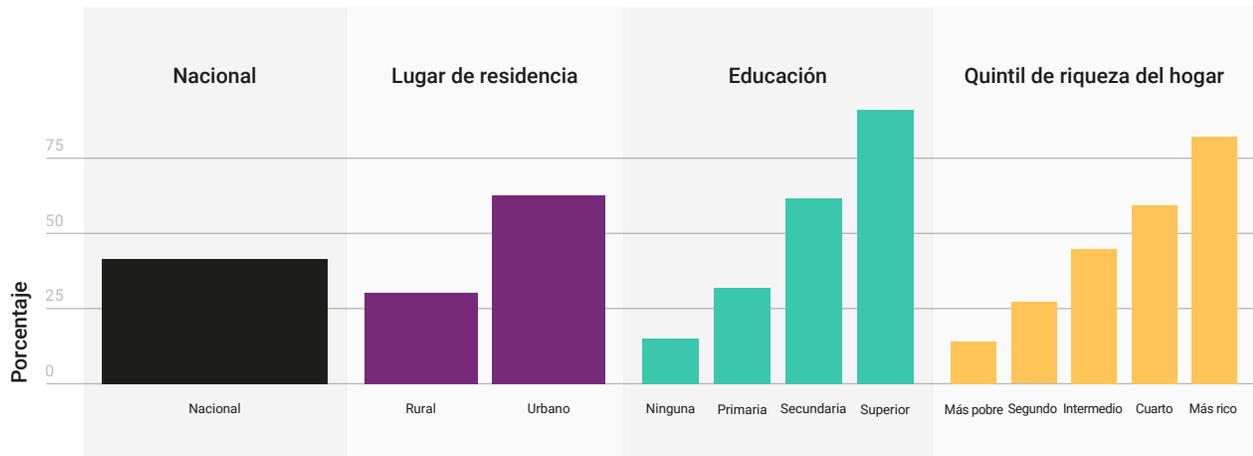
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2019

En el contexto actual, se ha vuelto peligroso, cuando no imposible, acceder a los pocos centros de salud y hospitales que aún están en funcionamiento. La imposibilidad de recibir servicios de salud sexual y reproductiva está poniendo en peligro la vida de las mujeres y las niñas en situación de necesidad, en especial las supervivientes de la violencia sexual y las aproximadamente 85.000 mujeres que están embarazadas en la actualidad —de las cuales, 30.000 darán a luz en los tres próximos meses, en medio de la crisis—^{IV}.

IV <https://www.unfpa.org/es/news/en-mitad-de-la-violencia-y-del-colapso-economico-las-mujeres-y-ninas-en-haiti-necesitan-ayuda>

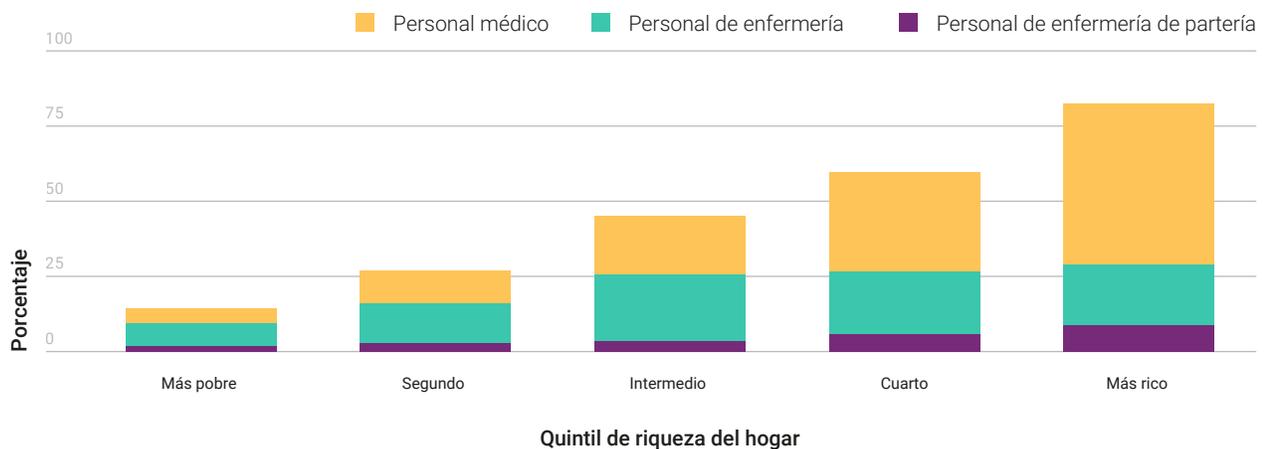
En 2017, el año más reciente sobre el que se disponen de datos, el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado era del 41,6%. Entre las mujeres casadas de 15 a 49 años de edad con un hijo nacido vivo en los últimos dos años, se registraron el doble de partos atendidos por personal sanitario especializado en las zonas urbanas que en las rurales. El porcentaje de nacimientos con asistencia especializada es 6 veces más alto entre las mujeres con educación superior que entre las que no tienen estudios, y casi 6 veces mayor entre las mujeres de los hogares más acomodados en comparación con las de los más pobres. Conforme aumenta la riqueza del hogar, mayor es la porción de partos atendidos por personal médico, de enfermería y partería. Entre las mujeres de los hogares más pobres, la mayoría de nacimientos contaron con la asistencia de personal de enfermería, mientras que la mayoría de las mujeres de los hogares más acomodados recibieron la asistencia de personal médico durante el parto.

Partos asistidos por personal sanitario especializado



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

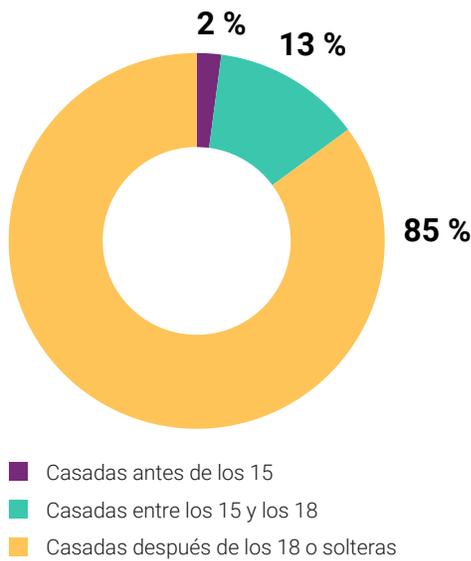
Personal de atención al parto especializado por quintil de riqueza



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

En Haití, el 15% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad estaban casadas antes de cumplir los 18 años, y un 2% antes de cumplir los 15. Se ha producido un descenso en la tasa de fecundidad de las adolescentes, del 75,88% en 1990 al 52,15% en 2022; la tasa de fecundidad de las adolescentes en Haití se encuentra a medio camino entre las de los países de la región que registran las tasas más altas y más bajas.

Distribución de la edad de matrimonio (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

Los compromisos contraídos por Haití en la CIPD25 incluyen:



La inversión en el empoderamiento económico de las mujeres y las niñas, el fomento del liderazgo de las mujeres y la adopción de todas las medidas requeridas para reducir la discriminación y las desigualdades de género.



La adopción y aplicación de leyes contra la violencia por razón de género.

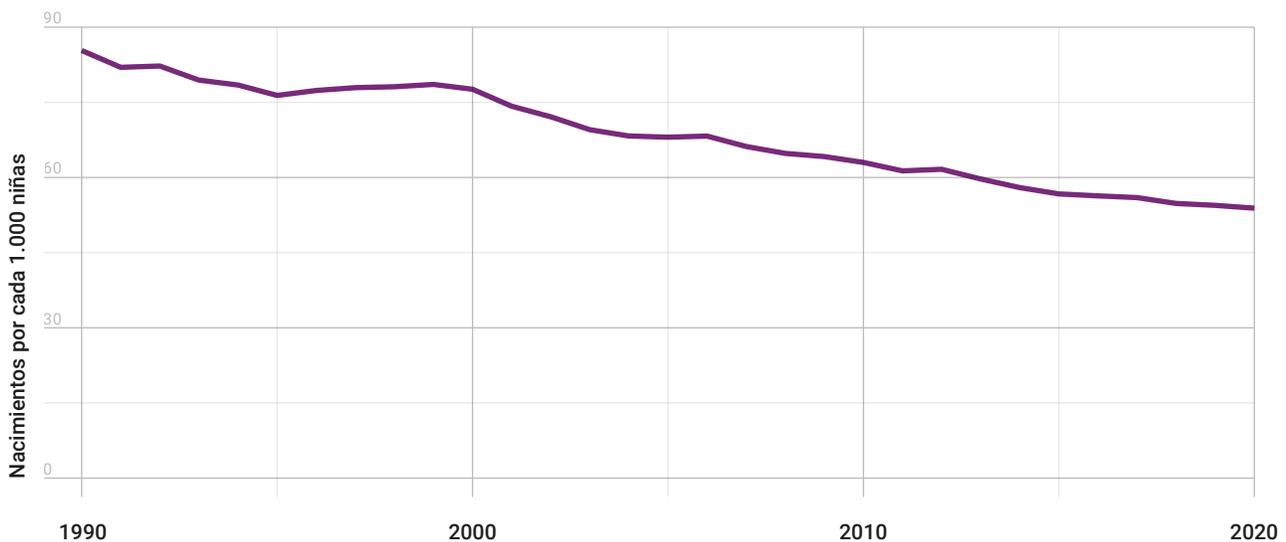


La participación de los jóvenes en todas las decisiones que les atañen.



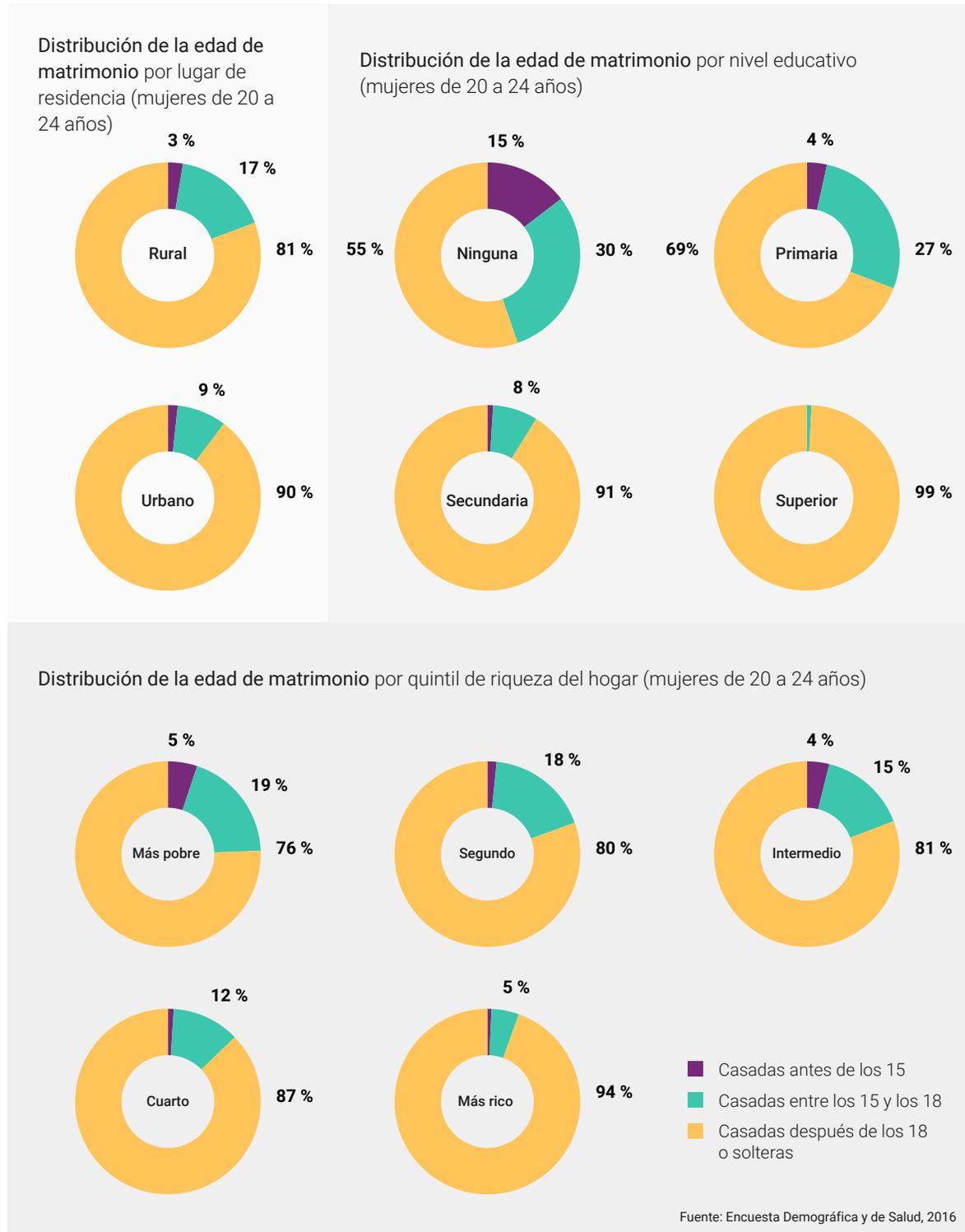
La garantía del acceso de los jóvenes a un trabajo decente en los sectores público, privado e informal.

Tasa de fecundidad de las adolescentes (1990-2020)



Fuente: World Population Prospects, 2022

La mayoría de las mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas antes de cumplir los 18 años proceden de las zonas rurales. Aproximadamente el 45% de las mujeres casadas antes de cumplir los 18 años no tienen estudios, mientras que el 31% ha completado la educación primaria. La incidencia del matrimonio antes de cumplir los 18 años también es más alta entre las mujeres de los hogares más pobres. El matrimonio antes de cumplir los 15 años es 7 veces más frecuente entre las niñas de los hogares más pobres que en las de los hogares más acomodados; el matrimonio antes de los 18 años es 4 veces más frecuente entre las niñas de los hogares más pobres que en las de los más acomodados.

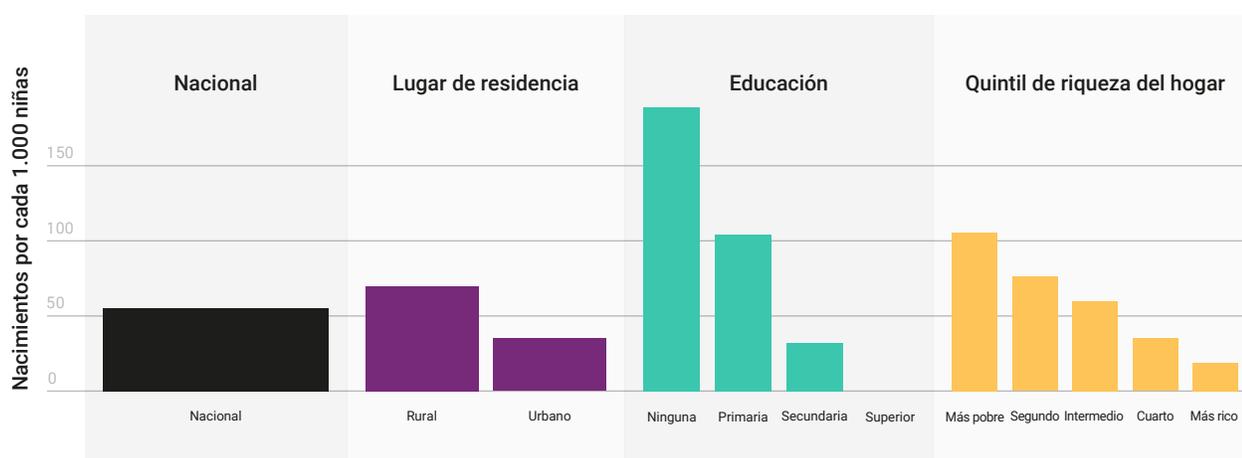


Desde la Cumbre de Nairobi, la herramienta del marco de resultados que ha de utilizarse en el seguimiento de la implementación del Consenso de Montevideo y los diez compromisos de Nairobi contraídos por Haití ha recibido la validación nacional. Grupos de jóvenes influyentes han suscrito un pacto de compromiso sobre la participación política. Asimismo, se han formulado una política y un plan estratégico sobre la juventud con el fin de fortalecer el marco de asociación entre los agentes en favor de los jóvenes. La juventud ha promovido un aumento de la inversión destinada a combatir el matrimonio precoz en las adolescentes, el VIH, los embarazos en la adolescencia, la violencia por razón de género y la violación de los derechos reproductivos. Se ha formado un comité nacional multisectorial con la participación de organizaciones de la sociedad civil y otras entidades estatales.

Haití fue objeto de examen durante el 40º período de sesiones del Grupo de Trabajo del Examen Periódico Universal (EPU) en enero de 2022. El país recibió 221 recomendaciones, de las que un mínimo de 63 (el 29% de la totalidad) estaban relacionadas con la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25.

La tasa de fecundidad de las adolescentes en las zonas rurales de Haití en las zonas rurales duplica a la de las zonas urbanas, y es siete veces más alta entre las niñas sin estudios que entre las que han completado la educación secundaria o cuentan con estudios superiores. La tasa de fecundidad de las adolescentes más alta corresponde a las mujeres de los hogares más pobres; es casi 6 veces más alta entre las niñas sin estudios que entre las que han completado la educación secundaria o superior, y 5,5 veces más alta entre las niñas de los hogares más pobres que en las de los hogares más acomodados.

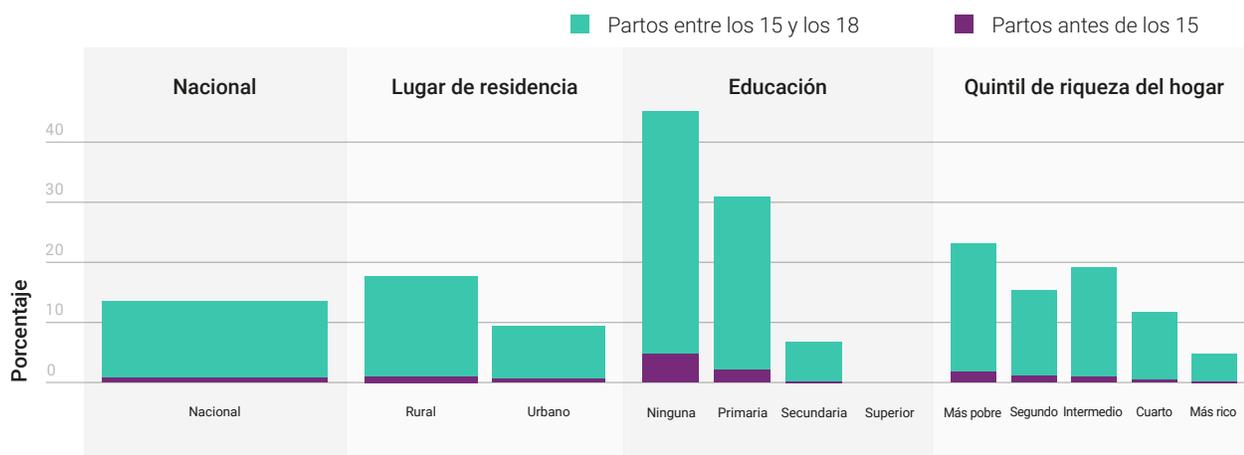
Tasa de fecundidad de las adolescentes



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

El porcentaje de niñas que dan a luz antes de cumplir los 18 años es más alto entre las niñas de las zonas rurales que de las urbanas. La mayoría de nacimientos antes de cumplir los 18 años se producen entre las niñas sin estudios, seguido de las que solo han completado la educación primaria. Los nacimientos entre las niñas casadas de entre 15 y 19 años son también más frecuentes entre las niñas de los hogares más pobres y los segundos más pobres. Los nacimientos antes de cumplir los 18 años son casi cinco veces más frecuentes entre las niñas de los hogares más pobres.

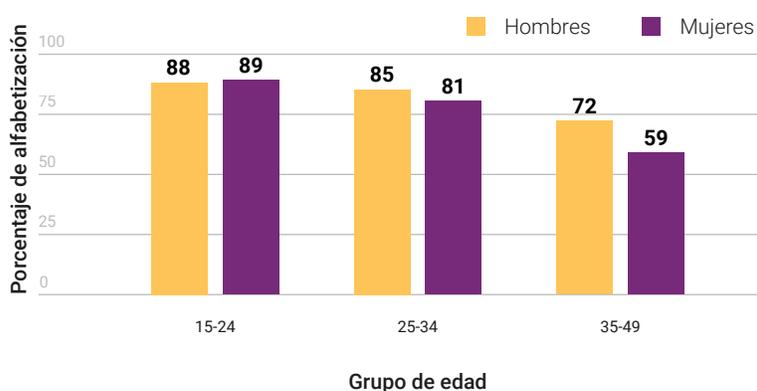
Partos antes de los 15 y los 18 (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

La tasa de alfabetización en Haití entre las personas de entre 15 y 24 años es superior en las mujeres que en los hombres. No obstante, entre las personas de 25 a 24 años y de 25 a 49 años, la tasa de alfabetización de los hombres es más alta que la de las mujeres.

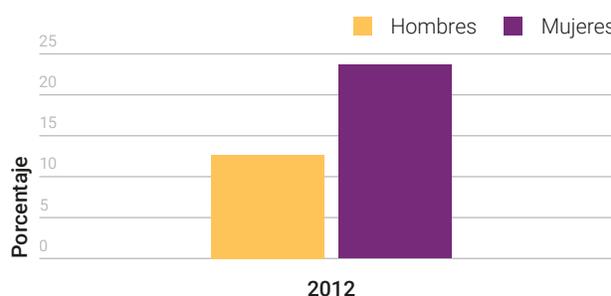
Tasa de alfabetización por edad y sexo



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

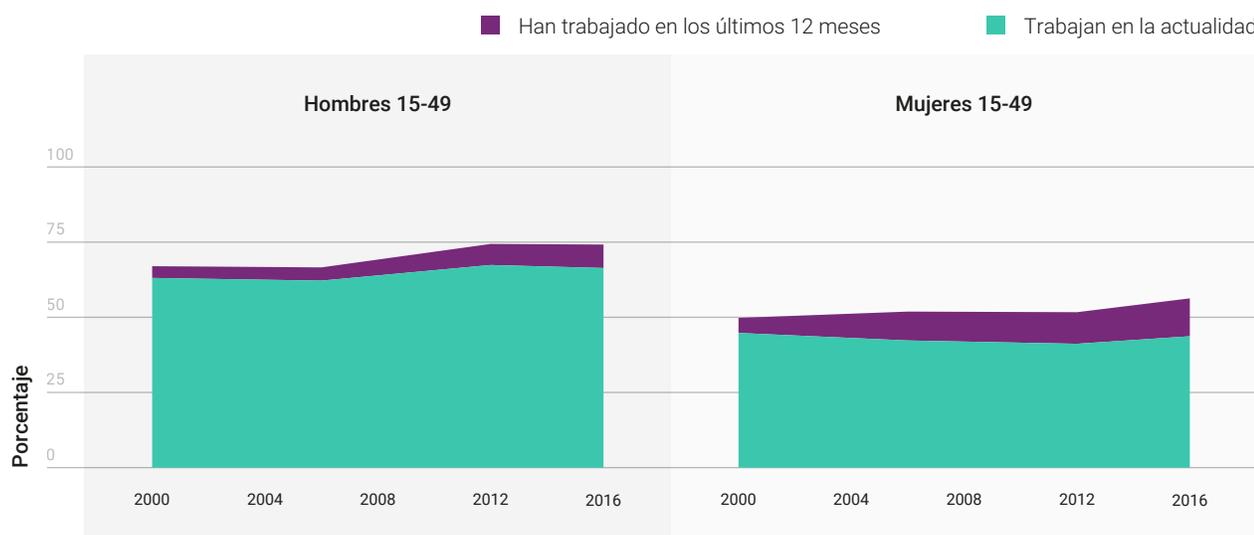
Las tendencias del empleo correspondientes tanto a los hombres como a las mujeres han permanecido relativamente estables en Haití entre 2001 y 2016. Se ha producido un aumento mayor en el porcentaje de mujeres que habían trabajado en los últimos 12 meses que en el de hombres. El grupo de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (es decir, la población nini) cuantifica el porcentaje de jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación y sin empleo. En Haití, el porcentaje de mujeres jóvenes que no cursan estudios, no están empleadas ni reciben capacitación es casi el doble que el de hombres.

Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, por sexo



Fuente: Encuesta sobre las condiciones de vida de los hogares tras el seísmo, 2012

Tendencias del empleo (personas que trabajan en la actualidad y han trabajado en los últimos 12 meses) por sexo



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2000-2016

La falta de estabilidad, seguridad y justicia obstaculiza sustancialmente el progreso económico. Desafortunadamente, esto resulta cada vez más obvio debido a la ralentización continua de la economía del país, lo que afecta en mayor medida a las personas y comunidades más vulnerables y marginadas.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estima que cerca de 30.000 mujeres embarazadas se enfrentan al riesgo de no poder acceder a cuidados de salud esenciales, y casi 10.000 podrían sufrir complicaciones obstétricas potencialmente mortales, si no mortales, sin la asistencia de personal médico especializado. Las personas supervivientes a la violencia sexual podrían quedarse sin apoyo médico y psicosocial. Pese a la situación de seguridad extremadamente complicada y a la escasez de combustible, el UNFPA y otras organizaciones están colaborando con los hospitales, las autoridades sanitarias y los asociados para instalar suministros de energía solar en los establecimientos de Haití, lo que ha mejorado el almacenamiento frigorífico y ha facilitado la continuidad de los servicios de maternidad en la medida de lo posible.

REINO HACHEMITA DE JORDANIA

11.315.550

POBLACIÓN
TOTAL^I

POBLACIÓN DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOR^I

50,22%

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
(de entre 15 y 49 años)^I

2.888.550

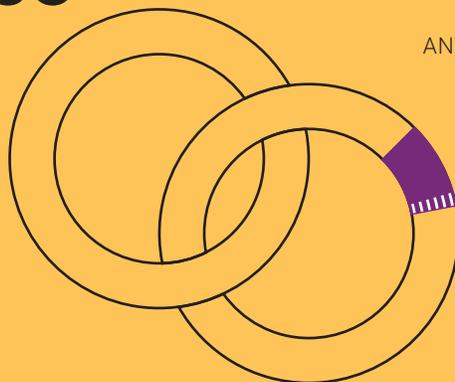
MUJERES (de entre 20 y 24 años) QUE
ESTABAN CASADAS O MANTENÍAN UNA
UNIÓN ESTABLE POR PRIMERA VEZ^{II}

ANTES DE CUMPLIR
LOS 18 AÑOS

9,7%

ANTES DE
CUMPLIR
LOS 15 AÑOS

1,5%



POBLACIÓN DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD
(hombres + mujeres)^I

2.084.520

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

46

(por cada 100.000 nacidos vivos)^{II}

100.000



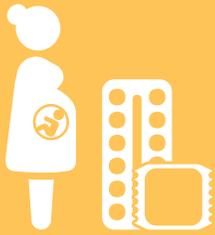
TASA TOTAL DE FECUNDIDAD^I (nacimientos por mujer)

2,79



TASA DE FECUNDIDAD (de entre 15 y 19 años)
DE LAS ADOLESCENTES (nacimientos por cada 1.000 niñas)

25,59



8% DE NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (todas las mujeres) ^{III}

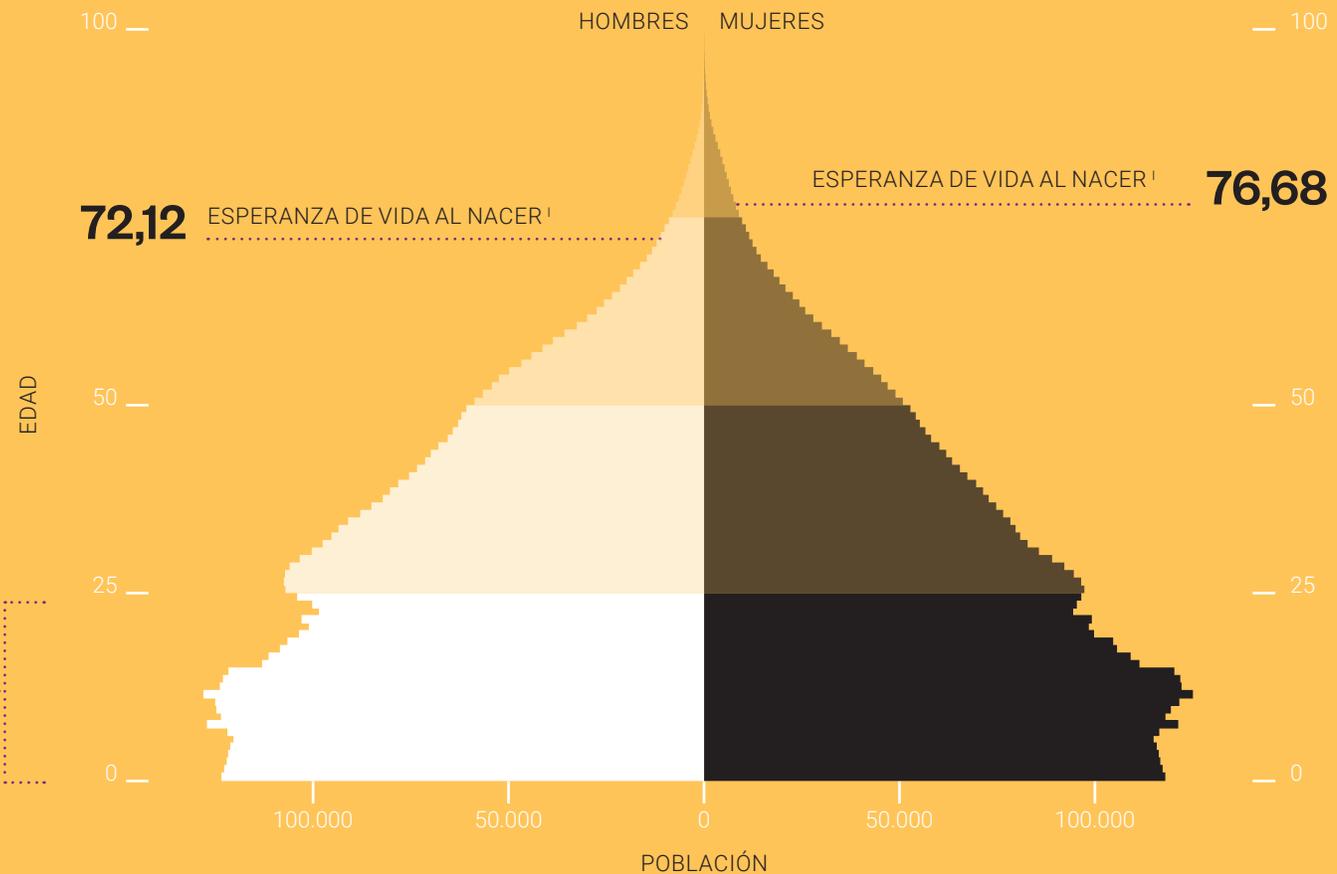


57% DE DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA MEDIANTE MÉTODOS MODERNOS (todas las mujeres) ^{III}



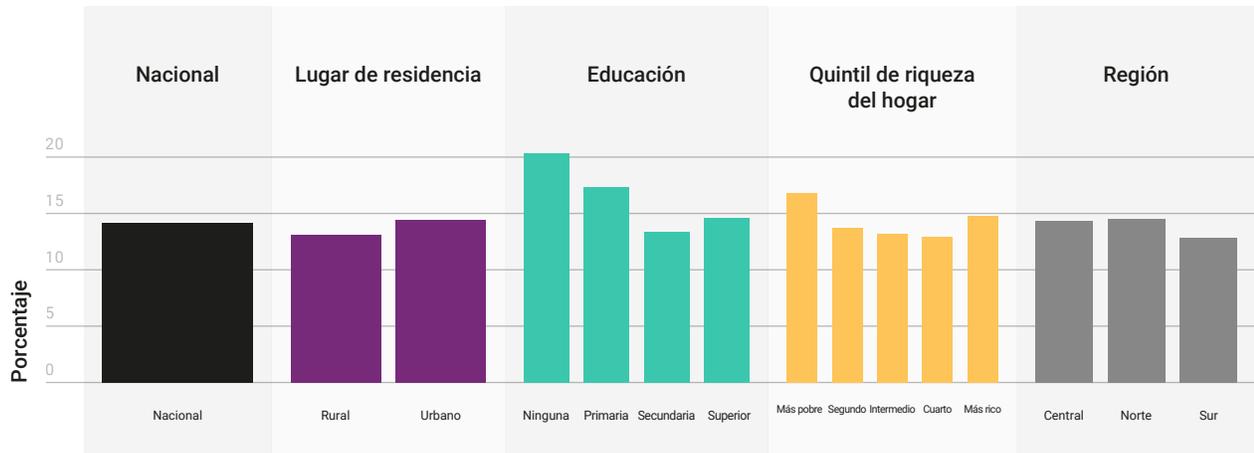
99,7% DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO ^{II}

El Reino Hachemita de Jordania se ha comprometido a intensificar los esfuerzos para lograr una aplicación y financiación plenas, eficaces y aceleradas del Programa de Acción de la CIPD, las Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Jordania ha reafirmado asimismo su compromiso con el Programa de Acción de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El país asumió una amplia variedad de compromisos durante la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, entre los que se incluyen la prestación de servicios de información, asesoramiento y planificación familiar de calidad con un enfoque basado en los derechos humanos, especialmente en las **zonas remotas y a los grupos vulnerables**. Jordania también ha reafirmado su compromiso con la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas.



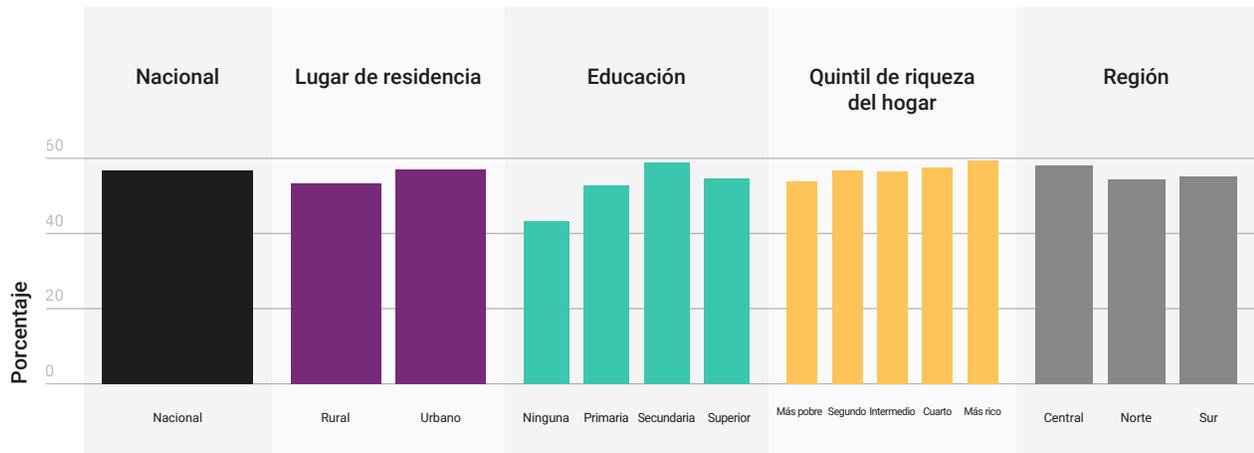
En 2017, el año más reciente sobre el que se dispone de datos, el 14,2% de las mujeres que estaban casadas o mantenían una unión estable tenían una necesidad insatisfecha de planificación familiar. La incidencia más alta se registra entre las mujeres sin estudios y en las de los hogares más pobres. En 2017, la necesidad de planificación familiar del 56,7% de las mujeres casadas o que mantenían una unión estable se satisfacía mediante métodos modernos. Esta cifra es más alta entre las mujeres que habían completado la educación secundaria y superior, y entre las de los hogares más acomodados.

Necesidades insatisfechas de planificación familiar, todas las mujeres



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, todas las mujeres

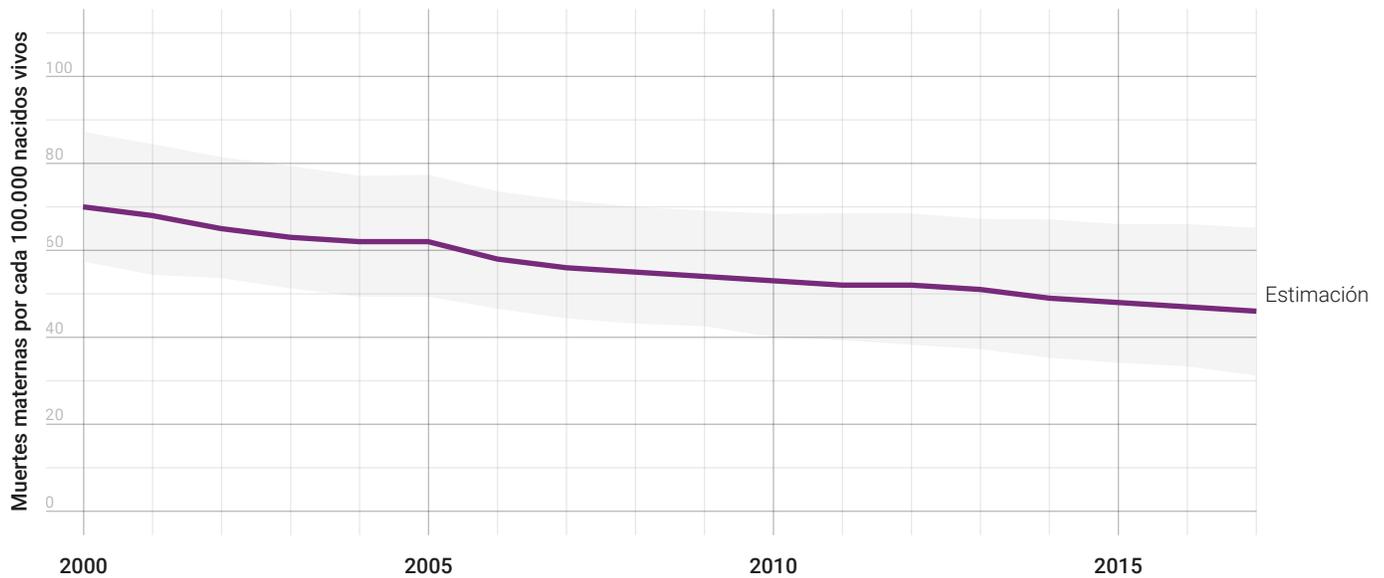


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

La tasa de mortalidad materna de Jordania descendió entre 2000 y 2017, el año más reciente sobre el que se dispone de datos y en el que se estimaron 46 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que supone una cifra baja para la región, donde la tasa de mortalidad materna más alta es de 295 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Al reconocer la repercusión que tienen los abortos en condiciones de riesgo, el compromiso número 3 de la Cumbre de Nairobi resalta 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 universal de salud, 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”. El aborto en Jordania solo está permitido bajo ciertas circunstancias, entre las que se incluye la preservación de la salud de la madre.

Tasa de mortalidad materna (2000-2017)

■ Intervalo de incertidumbre del 80%

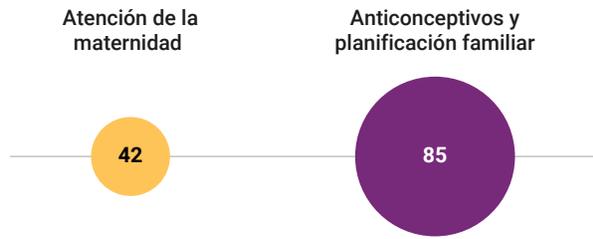


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

Desde la Cumbre de Nairobi, las partes interesadas han examinado las oportunidades de promover los compromisos de Jordania. Se ha puesto en marcha un sistema de seguimiento y evaluación de la CIPD y los ODS. En su examen nacional voluntario de 2022 del avance hacia el desarrollo sostenible, Jordania señaló que había elaborado un proyecto de plan nacional para poner en práctica los compromisos de la Cumbre de Nairobi 2021-2030 y alcanzar las metas que persiguen lograr cero necesidades insatisfechas de planificación familiar, cero muertes maternas (evitables) y cero casos de violencia en la familia para 2030.

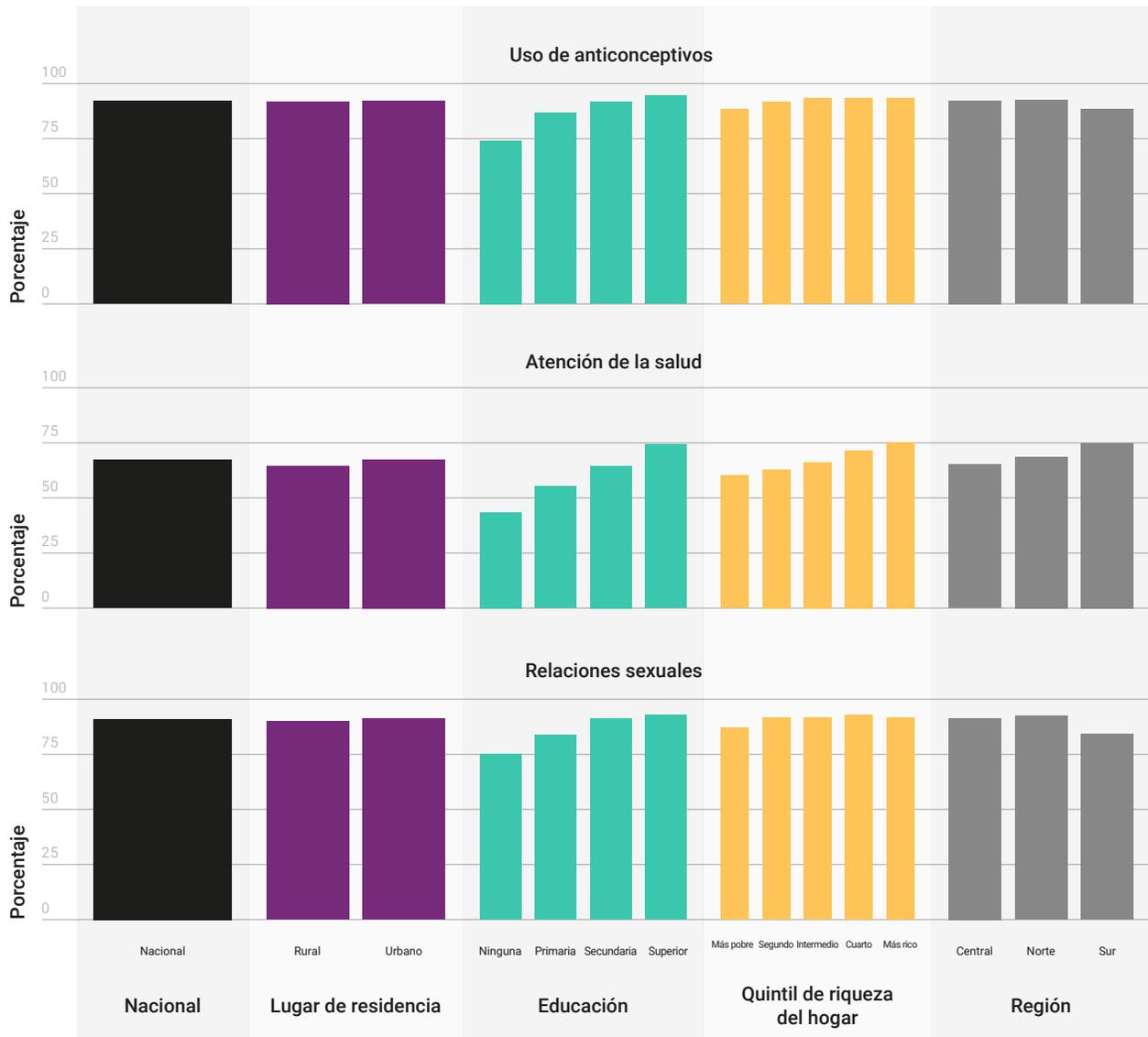
En Jordania, el 91,2% de las mujeres casadas de entre 15 y 49 años toman sus propias decisiones sobre las relaciones sexuales; el 92,3%, sobre el uso de anticonceptivos; el 67,3%, sobre la atención de la salud; y el 58,2%, sobre estas tres decisiones. Los porcentajes son superiores entre las mujeres con educación secundaria y superior. El indicador 5.6.2 de los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) refleja la medida en que las leyes predominantes facilitan o impiden el acceso pleno e igualitario a la salud y los derechos. En promedio, Jordania ha logrado un 42% de leyes y reglamentos habilitantes que garantizan a los hombres y las mujeres un acceso pleno e igualitario a la atención materna, y un 85%, a los servicios de anticoncepción y planificación familiar.

Grado en que Jordania dispone 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



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022

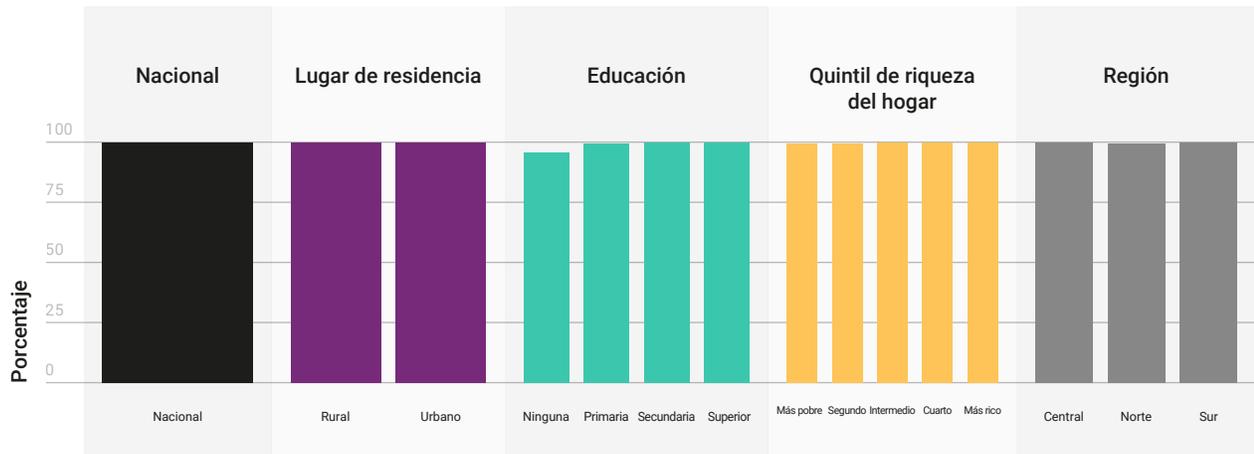
Proporción de mujeres casadas que toman sus propias decisiones informadas sobre la atención de la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

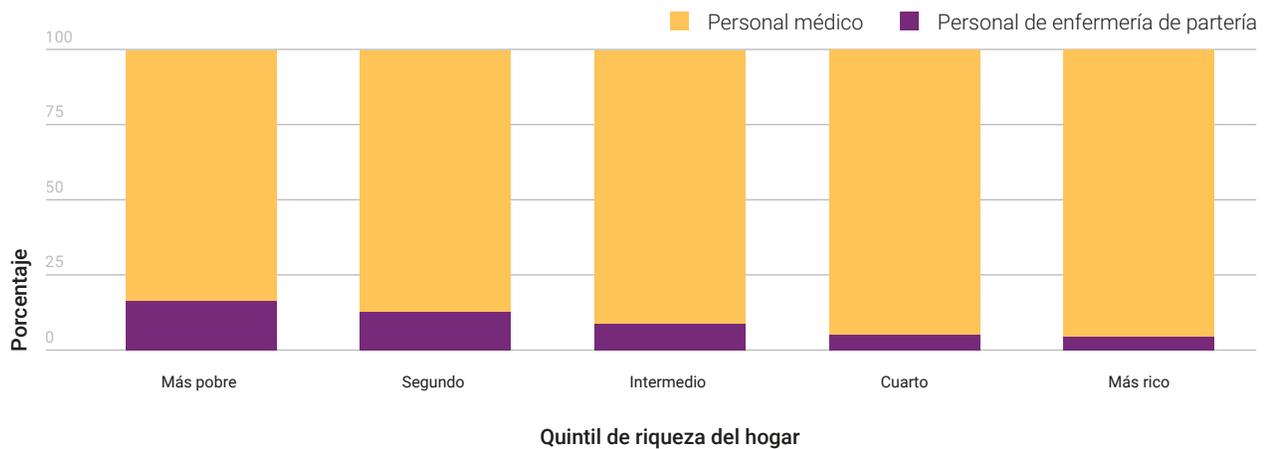
En 2017, el porcentaje de nacimientos en Jordania atendidos por personal sanitario especializado fue del 99,7% —el más alto de la región—, y apenas se observan variaciones entre zonas geográficas, lugar de residencia y quintiles de riqueza, con un porcentaje solo ligeramente más bajo entre las mujeres sin estudios. Si bien la porción de partos atendidos por personal médico es mayor conforme aumenta la riqueza del hogar, en general suele ser el personal médico quien asiste en los partos en Jordania.

Partos asistidos por personal sanitario especializado



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Personal de atención al parto especializado por quintil de riqueza



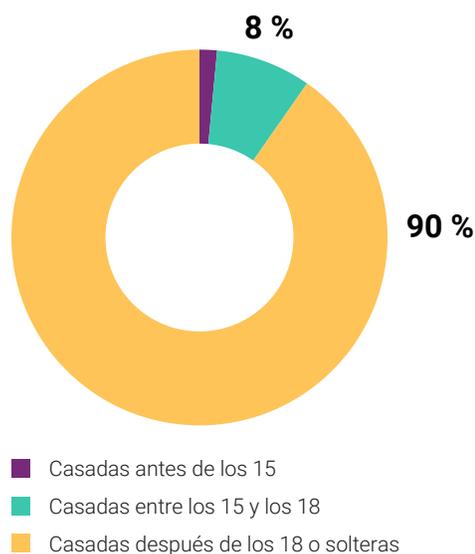
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Jordania ha conseguido logros importantes en el campo de la salud reproductiva, en especial en la reducción de la tasa de mortalidad materna, gracias a la prestación de servicios avanzados de atención de la salud a las madres en los hospitales. En el informe de su examen nacional voluntario de 2022, Jordania indicó que se había preparado un plan nacional para el período comprendido entre 2021 y 2030 con el fin de poner en práctica los compromisos de la Cumbre de Nairobi y de lograr cero necesidades insatisfechas de planificación familiar, cero muertes maternas y cero casos de violencia en la familia para 2030. Asimismo, en 2022 Jordania presentó su Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para 2020-2030.

En la Cumbre de Nairobi, Jordania reafirmó su compromiso de garantizar que la población adolescente y joven disponga de información exhaustiva y apropiada para su edad que le permita tomar decisiones responsables sobre su salud sexual y reproductiva.

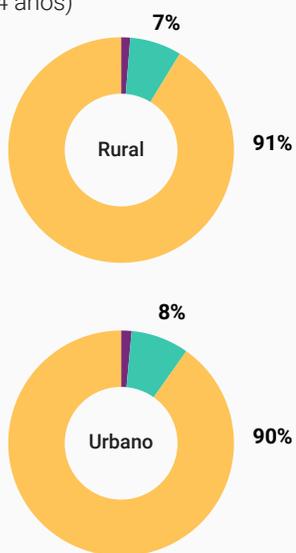
En Jordania, el 9,8% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad estaban casadas antes de cumplir los 18 años, y un 1,5%, antes de cumplir los 15 —lo que supone uno de los porcentajes más bajos de la región—. Apenas se observan diferencias en el porcentaje de matrimonios antes de cumplir los 15 y los 18 años según el lugar de residencia. El matrimonio antes de los 18 años es más frecuente entre las mujeres que solo han terminado la educación primaria o que no tienen estudios, así como en las de los hogares más pobres y los segundos más pobres.

Distribución de la edad de matrimonio (mujeres de 20 a 24 años)

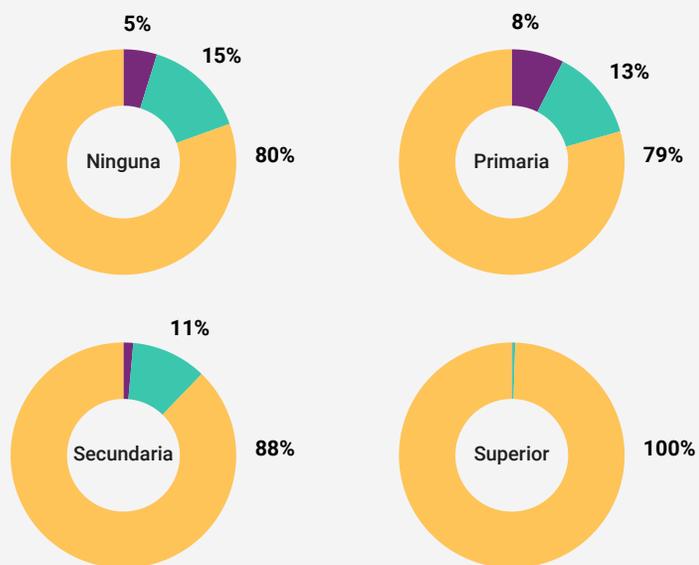


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

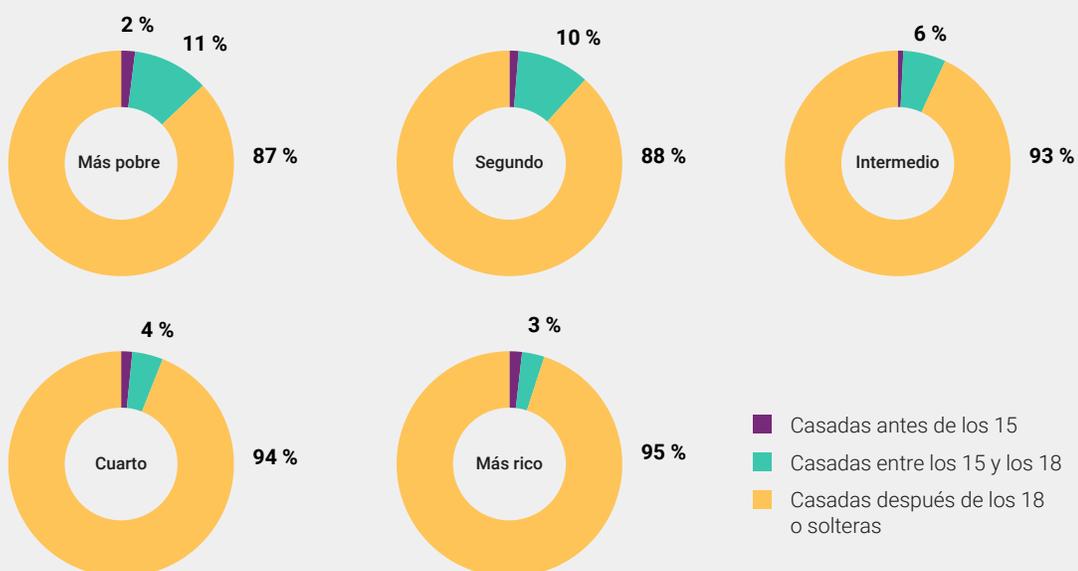
Distribución de la edad de matrimonio por lugar de residencia (mujeres de 20 a 24 años)



Distribución de la edad de matrimonio por nivel educativo (mujeres de 20 a 24 años)



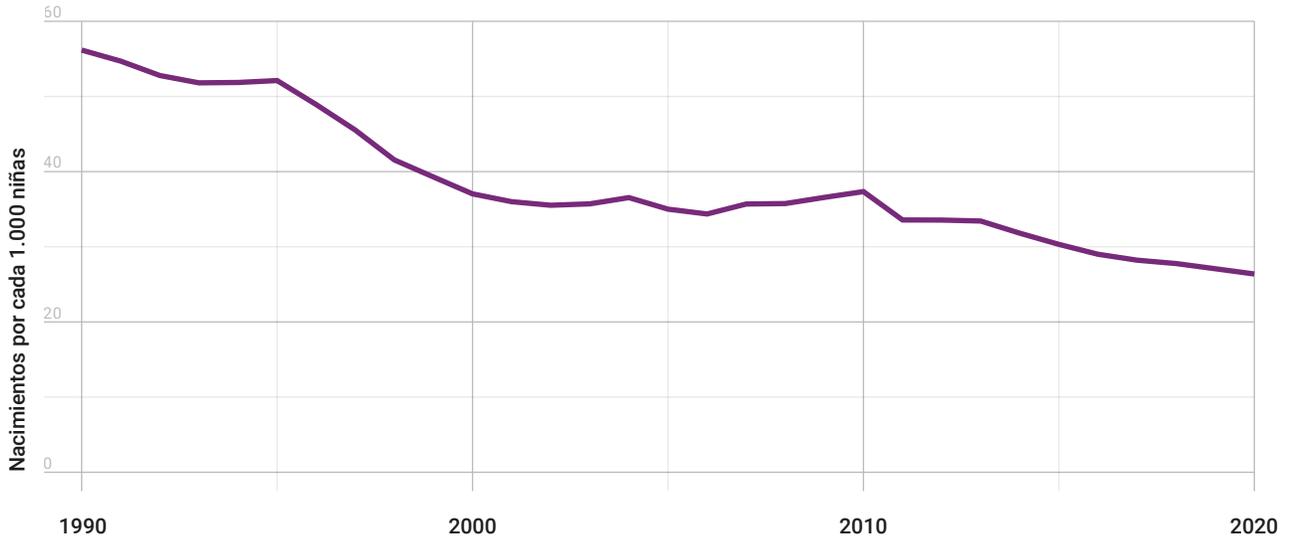
Distribución de la edad de matrimonio por quintil de riqueza del hogar (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

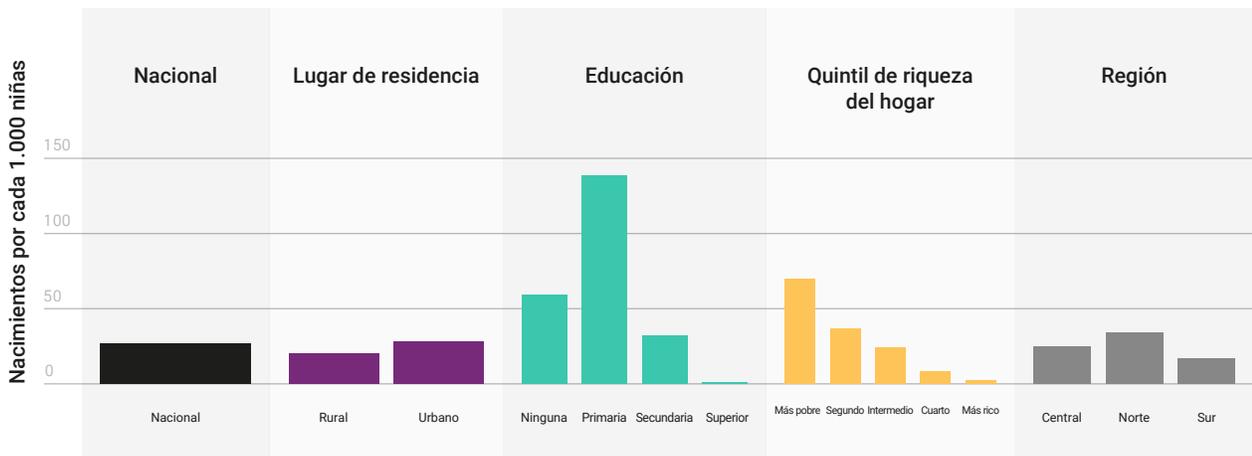
La tasa de fecundidad de las adolescentes en Jordania descendió gradualmente entre 1990 y 2020, y, según las estimaciones, en 2022 se situó en 24 nacimientos por cada 1.000 niñas. La tasa de fecundidad de las adolescentes es más alta en las zonas urbanas que en las rurales, y alcanza el valor más alto entre las adolescentes que solo han completado la educación primaria y las de los hogares más pobres.

Tasa de fecundidad de las adolescentes, 1990-2020



Fuente: World Population Prospects, 2022

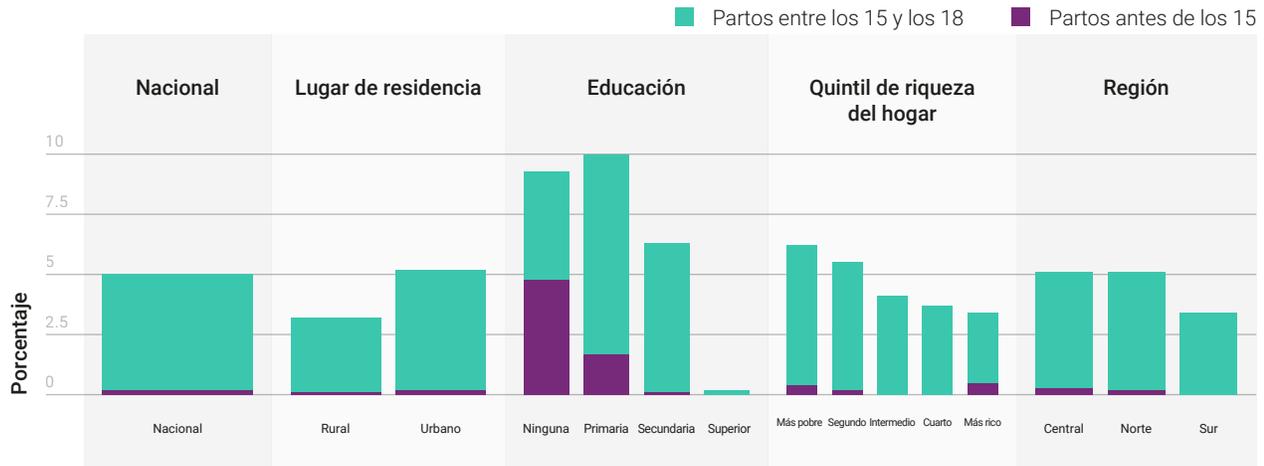
Tasa de fecundidad de las adolescentes



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Entre las niñas que dieron a luz antes de cumplir los 18 años, el porcentaje es más elevado en las zonas urbanas que en las rurales, y el más alto se registra entre las que solo han completado la educación primaria o no tienen estudios y las de los hogares más pobres. Entre las mujeres sin estudios, el porcentaje de embarazos antes de cumplir los 15 y antes de los 18 es el prácticamente el mismo. Conforme aumenta el nivel de educación y riqueza, disminuye el porcentaje de nacimientos antes de cumplir los 15 años.

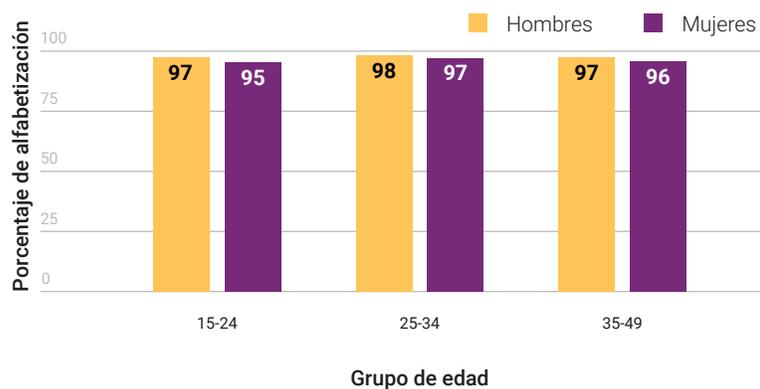
Partos antes de los 15 y los 18 (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

En la Cumbre de Nairobi, Jordania se comprometió a contar con la participación continuada de los jóvenes en la formulación de estrategias y planes nacionales, y a ayudar a la juventud a participar en la adopción de decisiones.

Tasa de alfabetización por edad y sexo

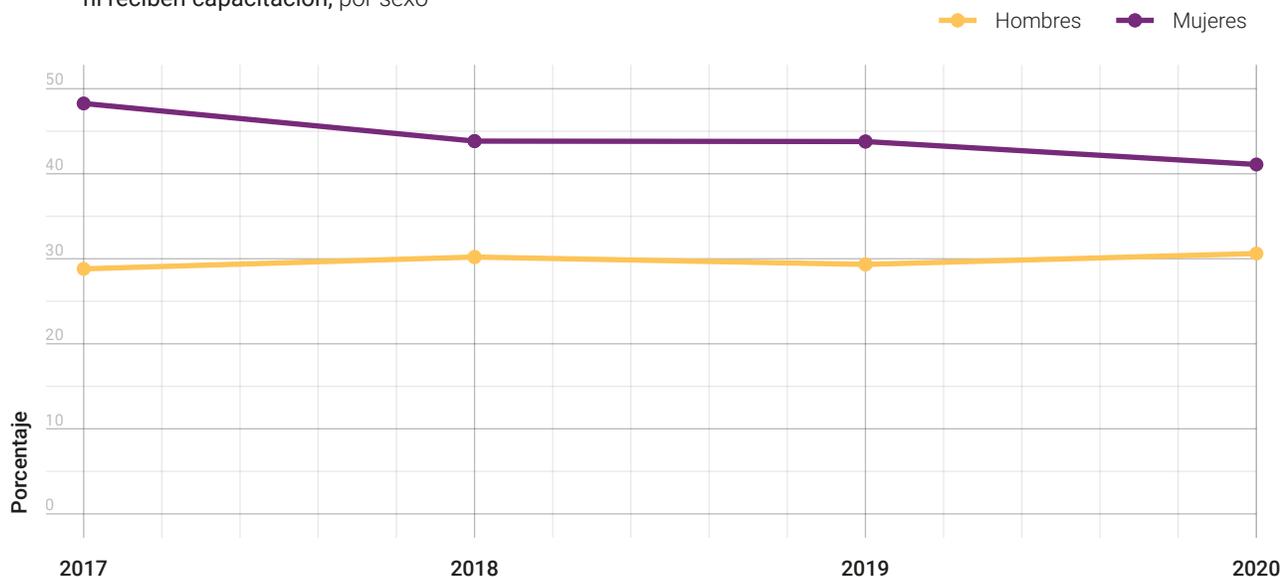


La tasa de alfabetización de Jordania es superior al 95% entre los hombres y las mujeres, si bien en los hombres es un poco más alta.

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

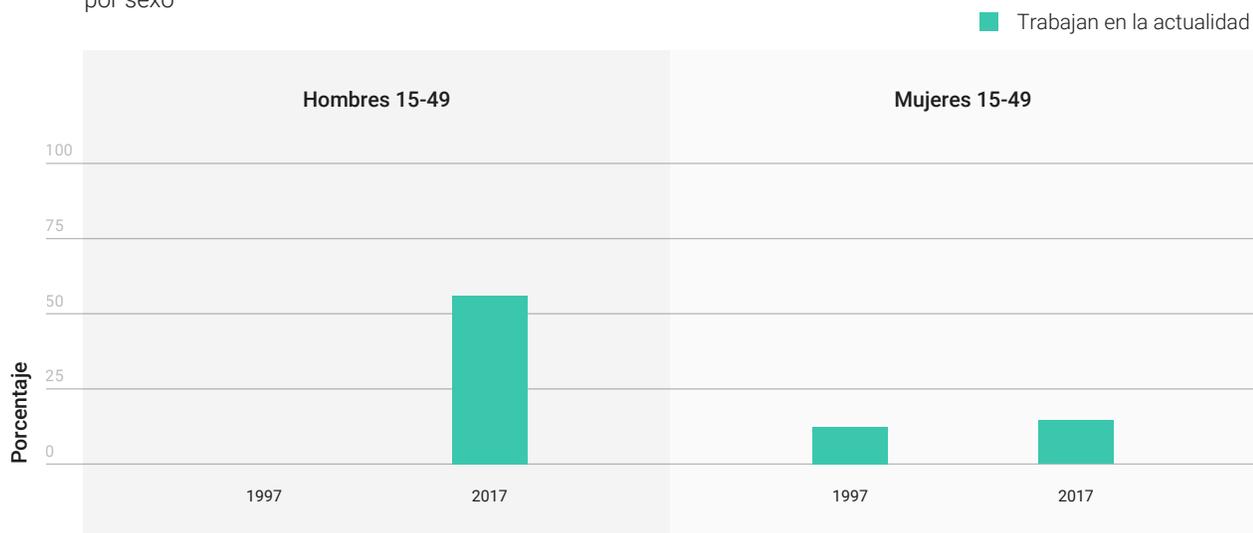
En 2017, había casi cuatro veces más hombres (56,1%) trabajando que mujeres (14,5%), y el porcentaje de mujeres con empleo experimentó solo un ligero aumento entre 1997 y 2017. El grupo de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (es decir, la población nini) cuantifica el porcentaje de jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación y sin empleo. En Jordania, este porcentaje es mayor entre las mujeres que entre los hombres, si bien entre 2017 y 2020 disminuyó en el caso de las mujeres y aumentó ligeramente entre los hombres.

Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, por sexo



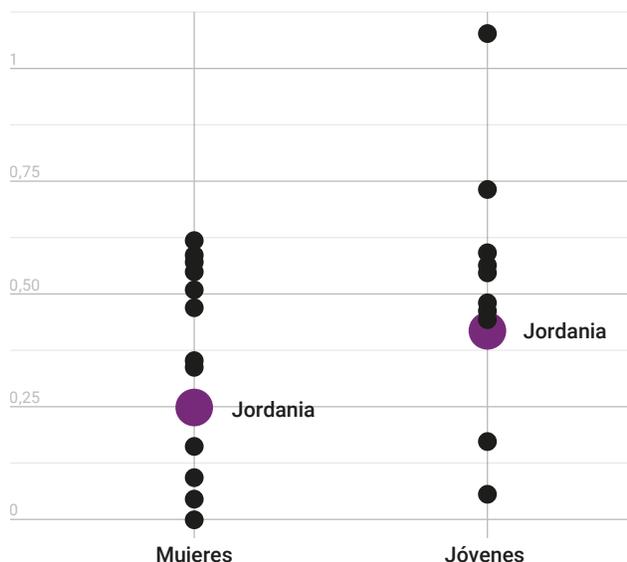
Fuente: Encuesta sobre la fuerza de trabajo – encuesta de empleo y desempleo, 2017-2020

Tendencias del empleo (personas que trabajan en la actualidad y han trabajado en los últimos 12 meses) por sexo



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 1998-2017

Relación entre la proporción de población en el parlamento y la proporción de la población nacional, cámara baja o unicameral, países de África Septentrional y Asia Occidental



El ODS 16 aspira a promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas. Una de las metas que lo componen consiste en garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades. La proporción de mujeres parlamentarias en Jordania se sitúa por debajo de la mediana correspondiente a la región, mientras que la proporción de personas jóvenes parlamentarias representa la tercera más baja (indicador 16.7.1 de los ODS).

Jordania alberga el segundo porcentaje más alto de personas refugiadas per cápita del mundo. Hay más de 760.000 refugiados registrados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), procedentes principalmente de Siria, y en un número considerable del Iraq, el Yemen, el Sudán y Somalia. Aproximadamente el 83% viven en zonas urbanas fuera de los campamentos de refugiados^{IV}. En 2022 se cumplen 10 años desde que el campamento jordano de Za'atari abriera sus puertas a las personas desplazadas de Siria. Se han registrado más de 20.000 nacimientos en Za'atari, lo que equivale a unos 40 recién nacidos cada semana^V. El UNFPA en Jordania ha trabajado activamente desde el inicio de la crisis siria para responder a las necesidades de la población siria en las comunidades y los campamentos establecidos, así como a las de otras poblaciones afectadas, con el objetivo de minimizar la morbilidad y mortalidad maternas y neonatales, y reducir los riesgos y las consecuencias de la violencia por razón de género^V. Como parte de los compromisos derivados de la CIPD25, Jordania se ha comprometido a ejecutar el Plan de Respuesta a la Crisis Siria para 2020-2022, que, en colaboración con donantes internacionales, se centra en prestar servicios de salud a las personas refugiadas y en mejorar los servicios de los centros de salud rurales que las acogen. Asimismo, Jordania se ha comprometido a poner en marcha el paquete de servicios iniciales mínimos.

NEPAL

POBLACIÓN
TOTAL ^I

30.723.210

POBLACIÓN DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOR ^I

49,56%

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
(de entre 15 y 49 años) ^I

8.993.000

POBLACIÓN DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD
(hombres + mujeres) ^I

6.407.050

MUJERES (de entre 20 y 24 años) QUE
ESTABAN CASADAS O MANTENÍAN UNA
UNIÓN ESTABLE POR PRIMERA VEZ ^{II}

ANTES DE CUMPLIR
LOS 18 AÑOS

32,8%

ANTES DE CUMPLIR
LOS 15 AÑOS

7,9%



TASA DE MORTALIDAD MATERNA **186**

(por cada 100.000 nacidos vivos) ^{II} **100.000**



TASA TOTAL DE FECUNDIDAD (nacimientos por mujer)

2

TASA DE FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES (de entre 15 y 19 años) / (nacimientos por cada 1.000 niñas)

62,34



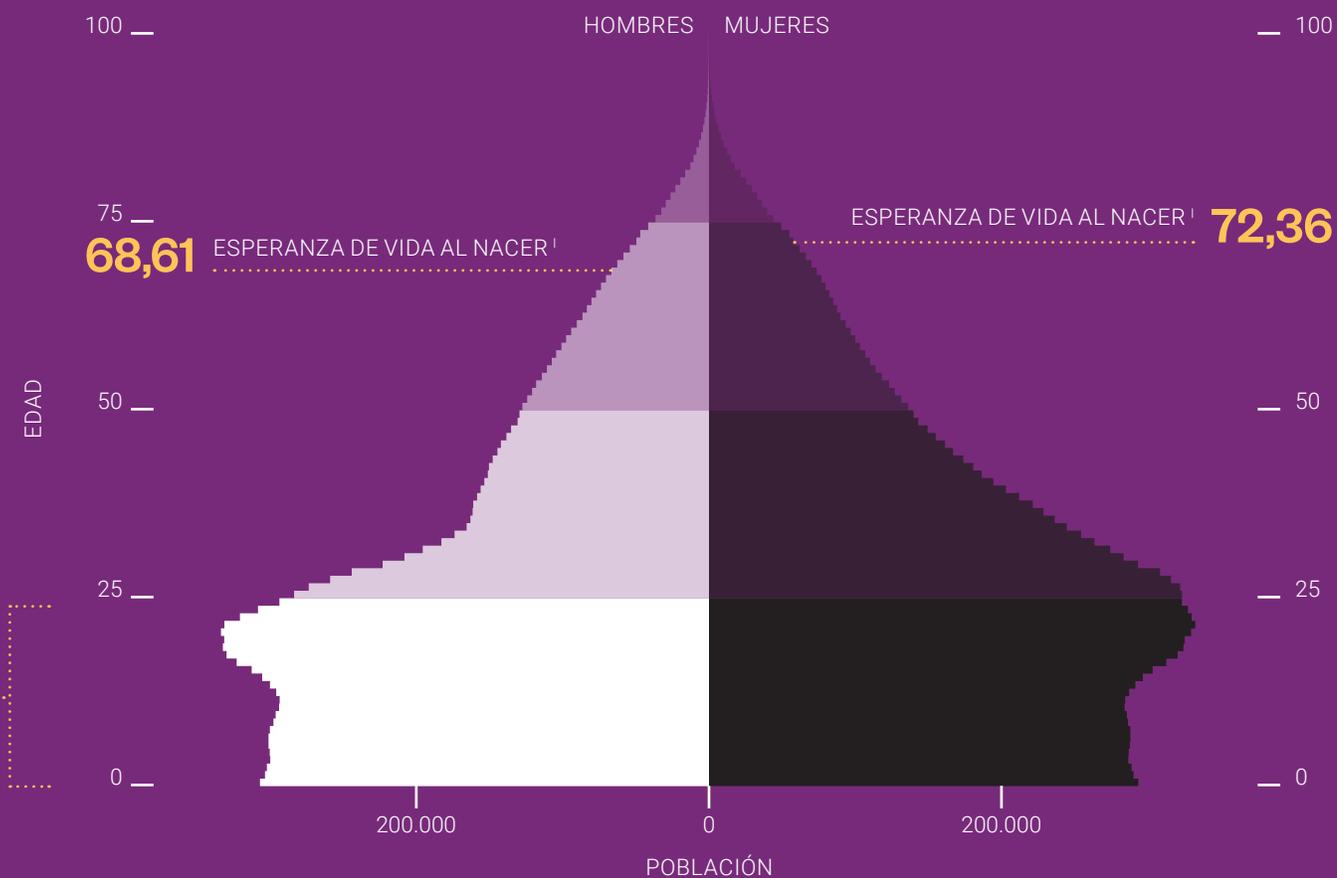


16,2% DE NECESIDADES
INSATISFECHAS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR (todas
las mujeres) ^{III}

63,5% DE DEMANDA
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
SATISFECHA MEDIANTE MÉTODOS
MODERNOS (todas las mujeres) ^{III}

77,2% DE PARTOS
ATENDIDOS POR
PERSONAL SANITARIO
ESPECIALIZADO ^{II}

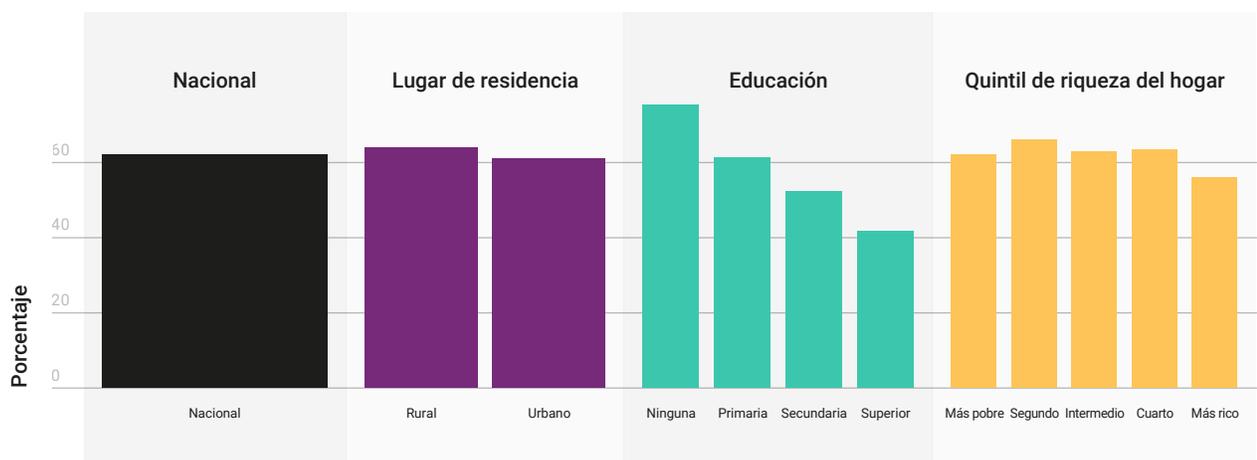
Como parte de los compromisos derivados de la CIPD25, Nepal se ha comprometido a garantizar que los grupos marginados, en particular **los adolescentes y los jóvenes**, sean capaces de ejercer sus derechos reproductivos gracias al acceso universal a servicios de planificación familiar de calidad que incluyan métodos de anticoncepción modernos, y continúa realizando progresos en la atención de las necesidades insatisfechas y la ampliación del acceso a opciones de planificación familiar modernas.



La tasa total de fecundidad de Nepal —el número de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de la edad de procrear— es de 2,0. La más alta se registra en la provincia de Karnali (2,7), mientras que la provincia de Bagmati presenta la más baja (1,6). La tasa más alta se da entre las mujeres sin estudios (3,2), y también entre las de los hogares más pobres (2,9).

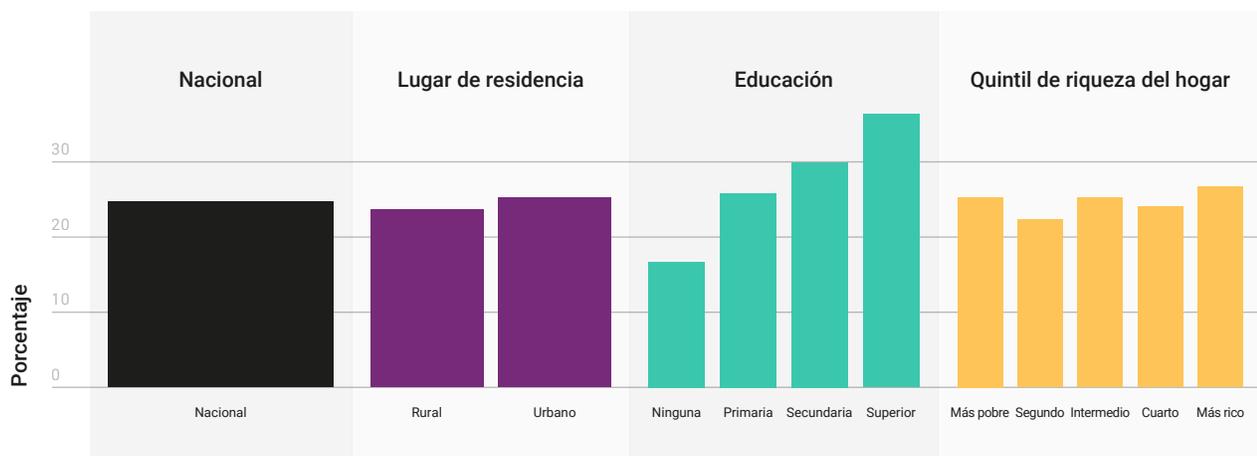
Los datos más recientes disponibles indican que el 44,2% de las mujeres casadas o que mantenían una unión estable utilizaban un método de anticoncepción moderno. El porcentaje de demanda satisfecha de métodos modernos de planificación familiar era casi del 62% a escala nacional, mientras que la necesidad insatisfecha rondaba en torno al 25%, y no se observan grandes diferencias en estos porcentajes en función de la riqueza del hogar. Las mujeres de Nepal sin estudios (principalmente las mujeres de 35 años y mayores, quienes también es más probable que utilicen anticonceptivos para controlar el número de nacimientos) registran el nivel más bajo de necesidades insatisfechas de planificación familiar y la demanda más alta de planificación familiar satisfecha.

Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, todas las mujeres



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Necesidades insatisfechas de planificación familiar, todas las mujeres



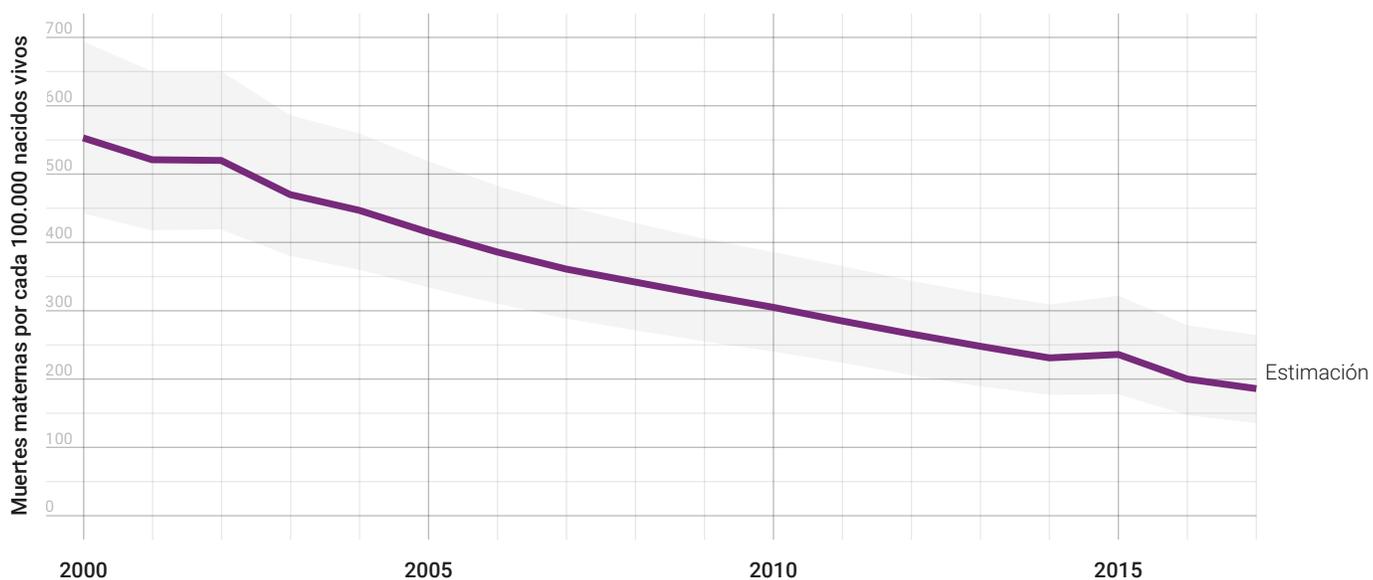
Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Nepal se compromete a poner fin a las muertes maternas evitables y a reducir la morbilidad materna mediante la inclusión de servicios de salud sexual y reproductiva integrales en el paquete básico de salud de la cobertura universal de salud, y garantizar de ese modo la asistencia de personal sanitario especializado durante los partos y la prestación de servicios de aborto legal y de atención después del aborto que sean seguros, accesibles, asequibles y de calidad.

La tasa de mortalidad materna de Nepal descendió entre 2000 y 2017, año en el que se estimaron 186 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Al reconocer la repercusión que tienen los abortos en condiciones de riesgo, el compromiso número 3 de la Cumbre de Nairobi resalta 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 universal de salud, 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”. Nepal es uno de los 18 países que han revocado la prohibición absoluta del aborto y han reformado su legislación para permitirlo en diversas circunstancias; es también uno de los 15 países que han reformado su legislación para permitir el aborto en determinados supuestos y garantizar el derecho de las nepalesas a decidir sobre su fecundidad.

Tasa de mortalidad materna (2000-2017)

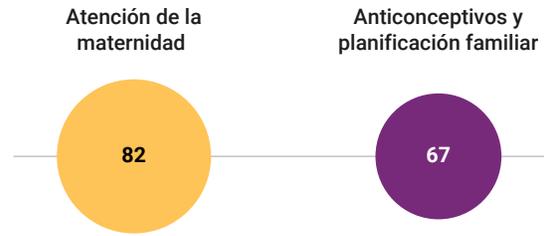
■ Intervalo de incertidumbre del 80%



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2019

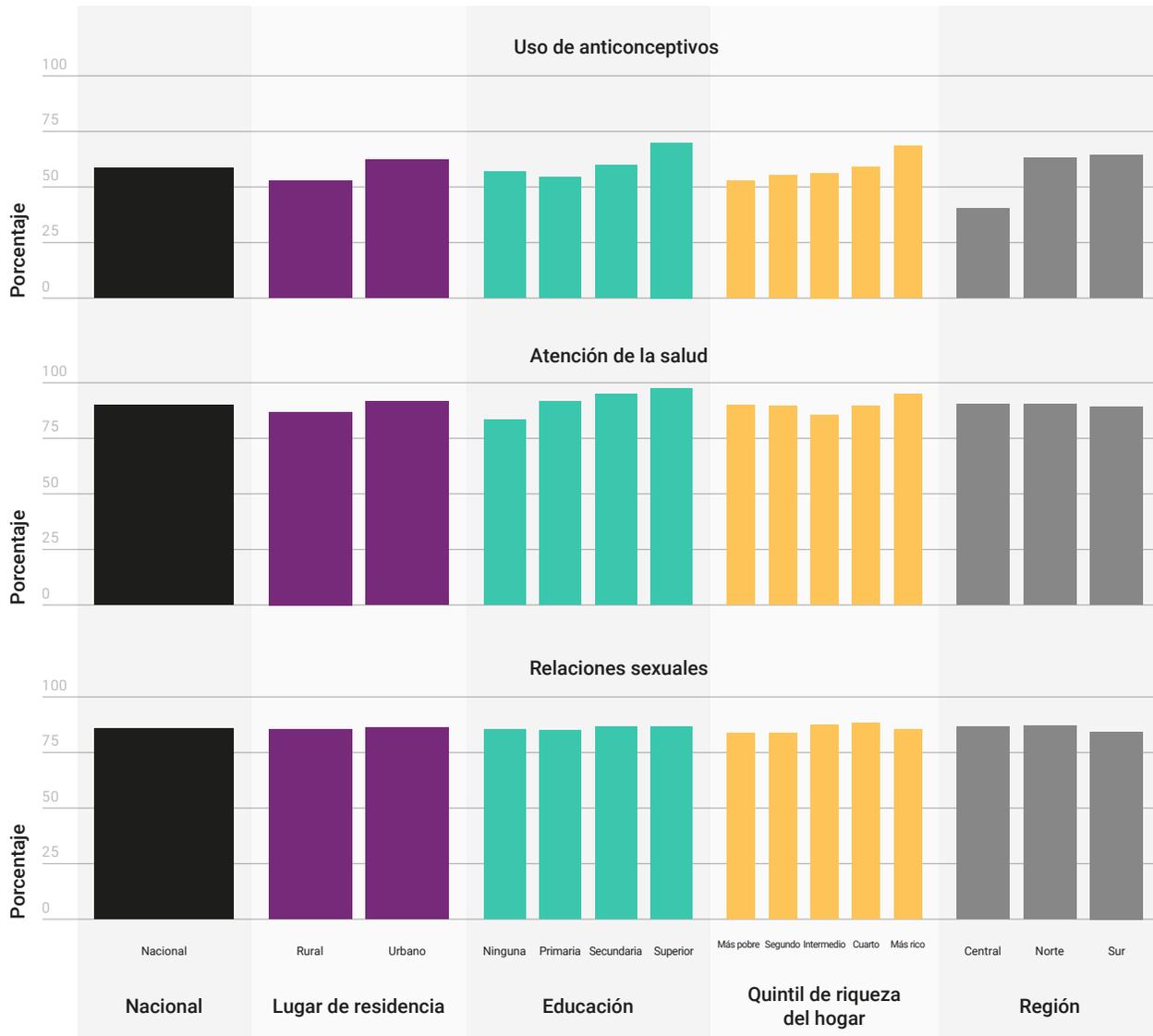
En Nepal, el 59% de las mujeres casadas o que mantienen una unión estable toman decisiones sobre el cuidado de su salud; el 85% disfrutaban de autonomía para decidir sobre el uso de anticonceptivos; y el 91% puede negarse a mantener relaciones sexuales. En general, el 48% las mujeres de entre 15 y 49 años de edad que están casadas o mantienen una unión estable en Nepal toman sus propias decisiones en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye las relativas al cuidado de su salud, el uso de anticonceptivos y la opción de negarse a mantener relaciones sexuales. El indicador 5.6.2 de los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) refleja la medida en que las leyes predominantes facilitan o impiden el acceso pleno e igualitario a la salud y los derechos. En promedio, Nepal ha logrado un 48% de leyes y reglamentos habilitantes que garantizan a los hombres y las mujeres de 15 años y mayores un acceso pleno e igualitario a la atención materna a los servicios de información, educación y salud sexual y reproductiva.

Grado en que Nepal dispone 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



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022

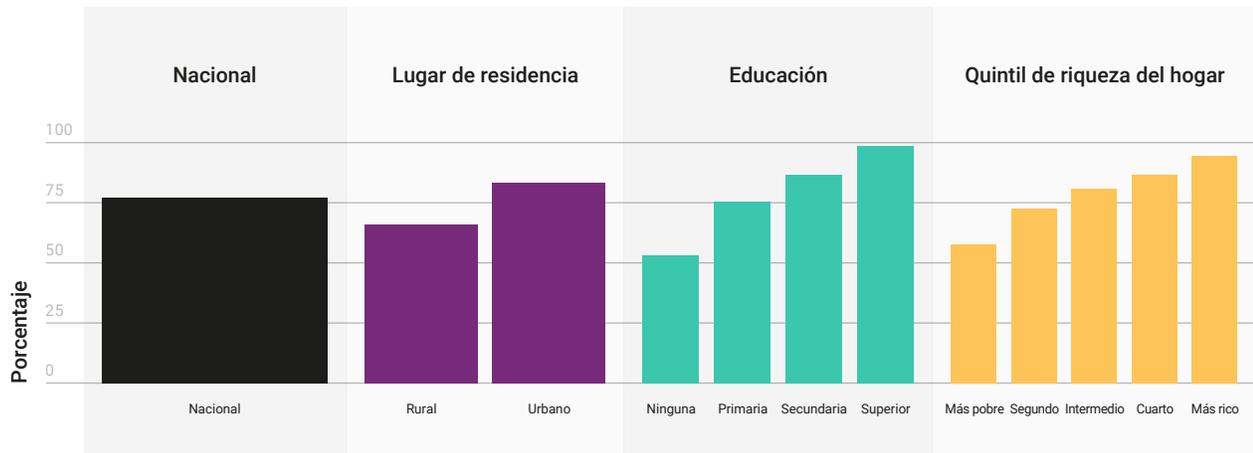
Proporción de mujeres casadas que toman sus propias decisiones informadas sobre la atención de la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2016

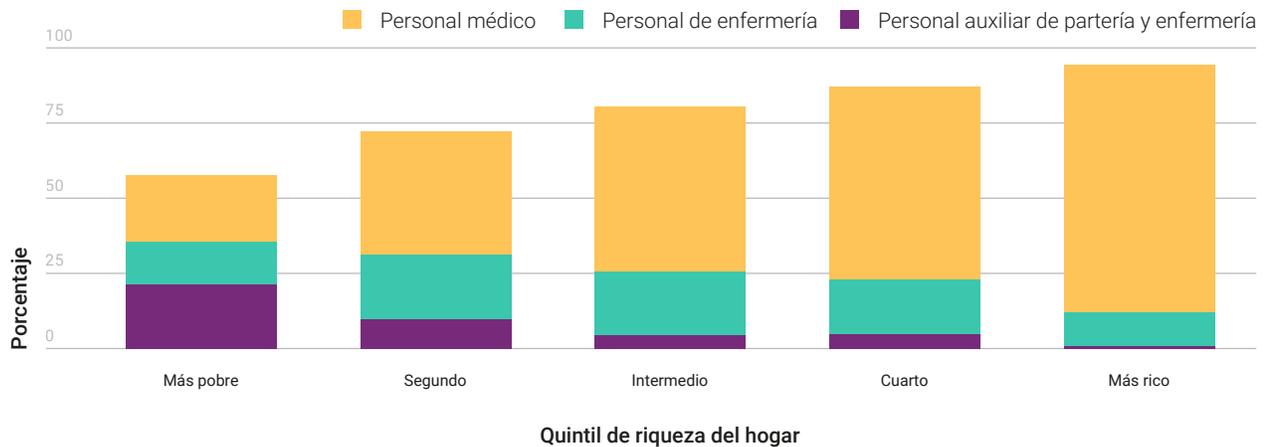
En 2019, el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado superó el 75%. Entre las mujeres casadas de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos dos años, se registraron más partos atendidos por personal sanitario especializado entre las mujeres de las zonas urbanas; el menor número se registró entre las mujeres sin estudios y de los hogares más pobres. Conforme aumentan el nivel de estudios y la riqueza del hogar, mayor es la porción de partos atendidos por personal sanitario especializado. Entre las mujeres de los hogares más pobres, se registró aproximadamente el mismo porcentaje de partos atendidos por personal auxiliar de partería y enfermería que por personal médico. Conforme aumenta la riqueza del hogar, mayor es la porción de partos atendidos por personal médico.

Partos asistidos por personal sanitario especializado



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Personal de atención al parto especializado por quintil de riqueza



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Desde la Cumbre de Nairobi, se han mantenido diálogos de alto nivel sobre políticas en los planos nacional y provincial, con la participación de las Administraciones nacional y local, asociados para el desarrollo, asociados en la ejecución, organizaciones no gubernamentales (ONG), y otras partes interesadas, con el objeto de discutir las desigualdades en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. También se están llevando a cabo actividades de promoción impulsadas por jóvenes. Se movilizaron redes y plataformas de jóvenes a escala nacional y subnacional con el fin de hacer un seguimiento de los compromisos relacionados con la juventud. Asimismo, se formalizó una coalición juvenil en favor de la CIPD25 formada por organizaciones de la sociedad civil dirigidas por jóvenes.

En la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, Nepal se comprometió a:



garantizar que los grupos marginados, en particular los adolescentes y los jóvenes, sean capaces de ejercer sus derechos reproductivos gracias al acceso universal a servicios de planificación familiar de calidad que incluyan métodos de anticoncepción modernos, y continúa realizando progresos en la atención de las necesidades insatisfechas y la ampliación del acceso a opciones de planificación familiar modernas;



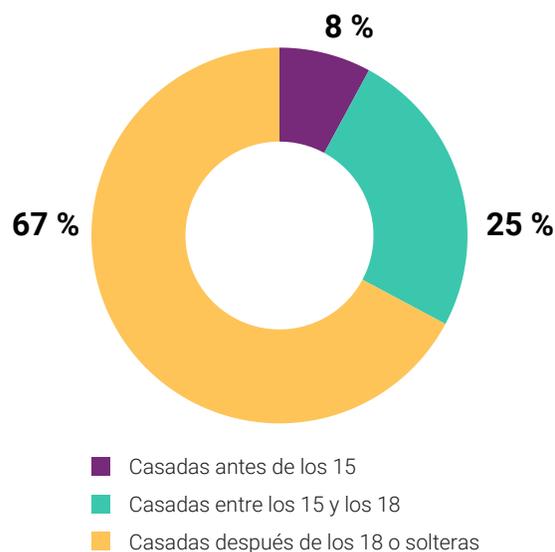
aprovechar el dividendo demográfico mediante la inversión en la educación, las oportunidades de empleo y la atención de la salud de la población joven y adolescente; y



conseguir la igualdad de género, eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, y poner fin al matrimonio infantil, precoz y forzado.

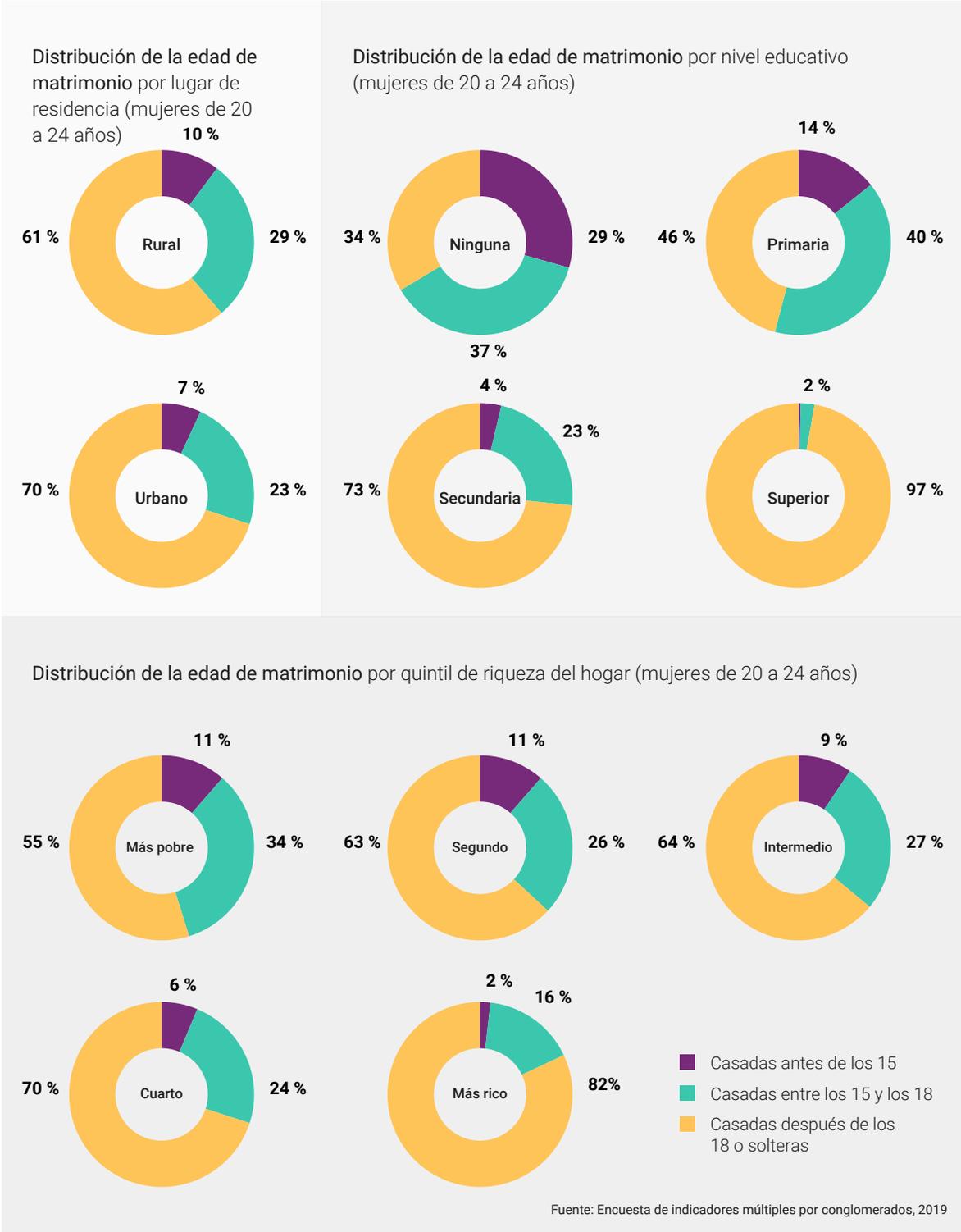
En Nepal, el 33% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad estaban casadas antes de cumplir los 18 años; el 8%, antes de los 15, y el 25%, entre los 15 y los 18 años. El porcentaje de niñas casadas antes de cumplir los 15 años es casi 1,5 veces más alto en las zonas rurales que en las urbanas. El matrimonio antes de los 15 años es 7 veces más frecuente entre las niñas de los hogares más pobres que entre las de los hogares más acomodados, y 2 veces más habitual en las niñas casadas entre los 15 y los 18 años de los hogares más pobres que en las de los más acomodados.

Distribución de la edad de matrimonio (mujeres de 20 a 24 años)



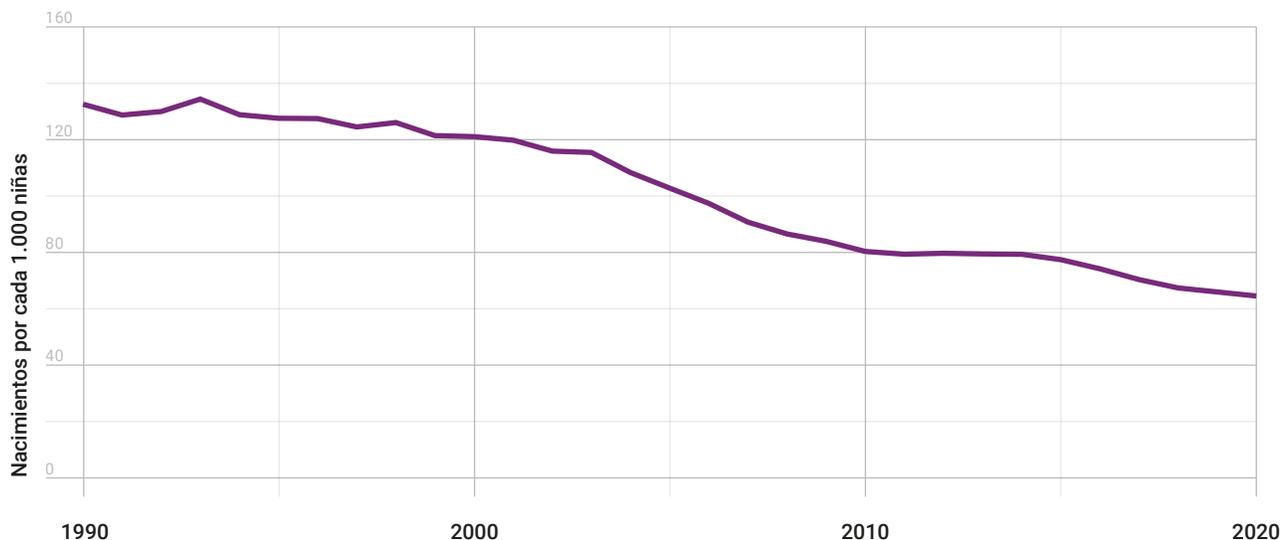
Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Nepal fue objeto de examen durante el 37º período de sesiones del Grupo de Trabajo del Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en enero de 2021. El país recibió 233 recomendaciones, de las que un mínimo de 89 (el 38% de la totalidad) estaban relacionadas con la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, y mencionaban más explícitamente los compromisos de Nepal derivados de la CIPD25.



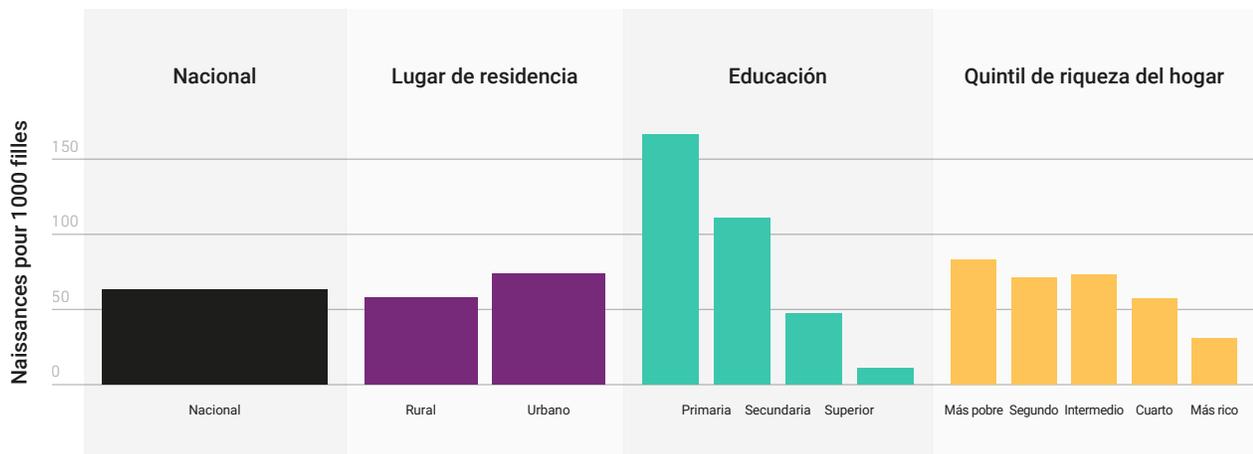
Nepal ha logrado progresos a la hora de responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, como se observa en el descenso de la tasa de fecundidad de las adolescentes, aunque todavía registra una de las tasas más altas entre los países de la región. La tasa de fecundidad de las adolescentes es más alta en las zonas rurales, y es 15 veces más alta entre las niñas sin estudios que entre las que han completado la educación superior, y casi 3 veces más alta entre las niñas de los hogares más pobres que entre las de los más acomodados.

Tasa de fecundidad de las adolescentes, 1990-2020



Fuente: World Population Prospects, 2022

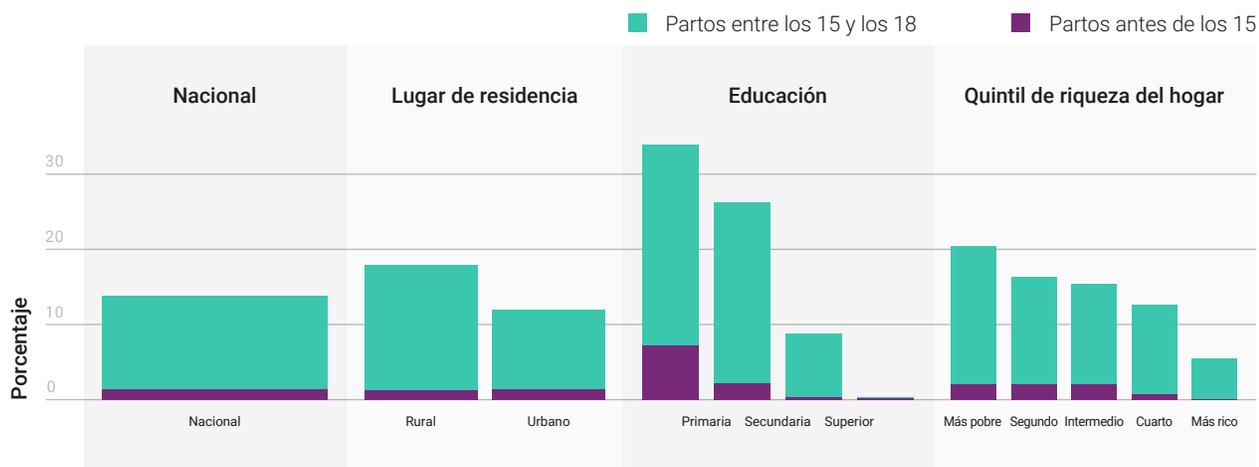
Tasa de fecundidad de las adolescentes



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

Un porcentaje mayor de niñas casadas que dan a luz antes de cumplir los 18 años viven en las zonas rurales del país. La probabilidad de que las mujeres de los hogares más pobres tengan un hijo nacido vivo antes de cumplir los 18 años (20%) es tres veces mayor que la de las mujeres de los hogares más acomodados (6%). El 9% de las mujeres que han completado estudios de educación superior tienen un hijo nacido vivo antes de cumplir los 18 años, en comparación con el 34% de las mujeres de entre 20 y 24 años sin estudios.

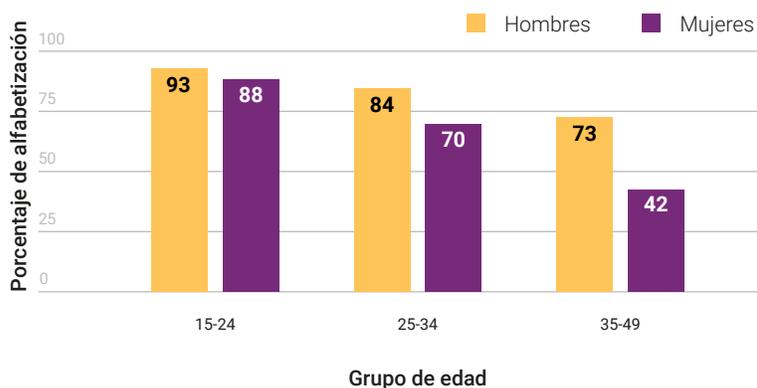
Partos antes de los 15 y los 18 (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

A fin de aprovechar las promesas del dividendo demográfico es preciso que los jóvenes cuenten con la educación necesaria para incorporarse a la fuerza de trabajo. En Nepal, la tasa de alfabetización de los hombres es más alta que la de las mujeres, independientemente del grupo de edad. La educación secundaria completa la educación básica que comienza en el nivel de primaria y pretende sentar los cimientos del aprendizaje a lo largo de la vida y del desarrollo humano, al ofrecer una formación más centrada en las materias o competencias, que imparten docentes especializados. La tasa neta de asistencia a la escuela secundaria^{IV} en Nepal es del 62%, lo que sitúa al país prácticamente en el punto medio entre las tasas más bajas y más altas registradas en la región.

Tasa de alfabetización por edad y sexo

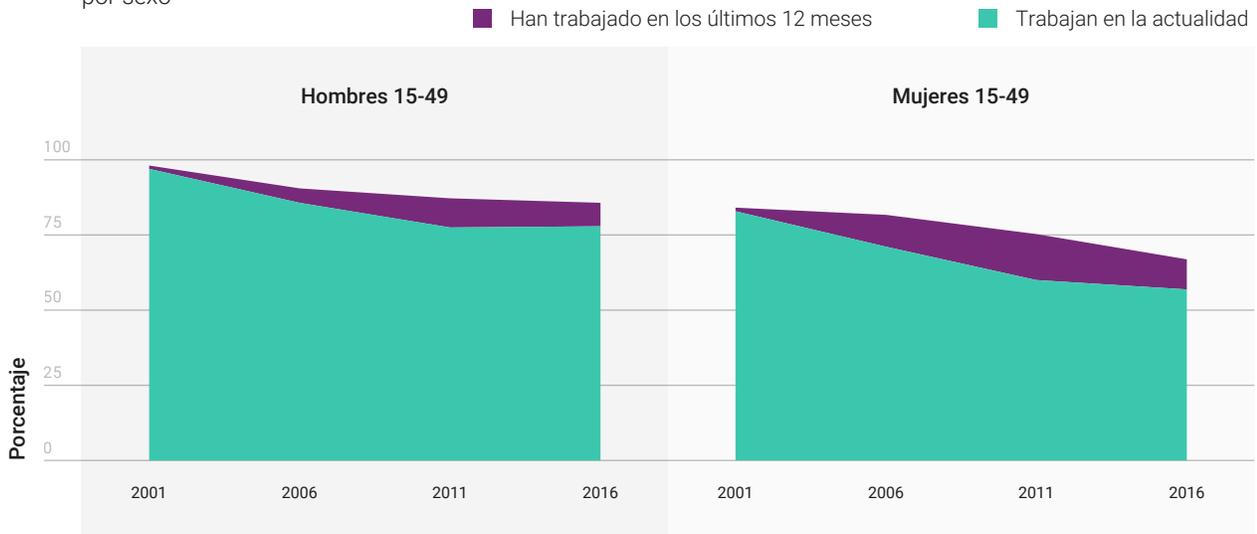


Fuente: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, 2019

IV Proporción de niños en edad escolar oficial que están matriculados en la escuela con relación a la población en edad escolar oficial correspondiente.

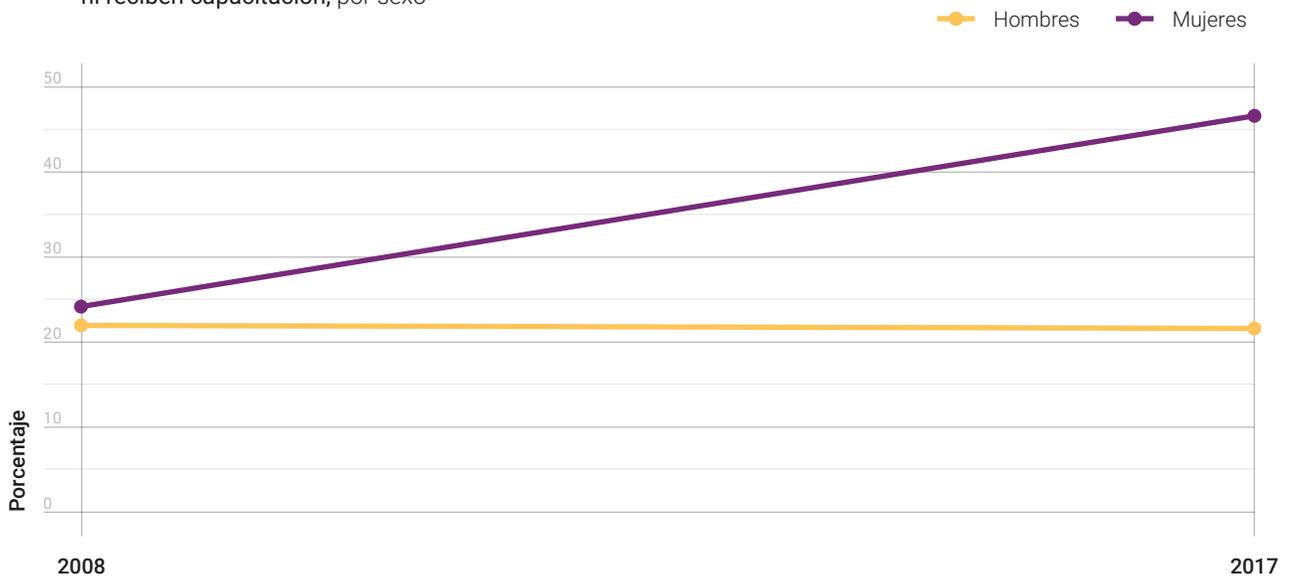
A fin de aprovechar las promesas del dividendo demográfico es preciso que los jóvenes dispongan de oportunidades de empleo. Las tendencias del empleo, tanto para hombres como para mujeres, han descendido gradualmente en Nepal entre 2001 y 2016, y el número de mujeres que trabajan "en la actualidad" es inferior al de los hombres. El grupo de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (es decir, la población nini) cuantifica el porcentaje de jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación y sin empleo. En Nepal, este porcentaje ha aumentado gradualmente entre las mujeres en comparación con los hombres, que en 2017 era 2,5 veces mayor.

Tendencias del empleo (personas que trabajan en la actualidad y han trabajado en los últimos 12 meses) por sexo



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2000-2016

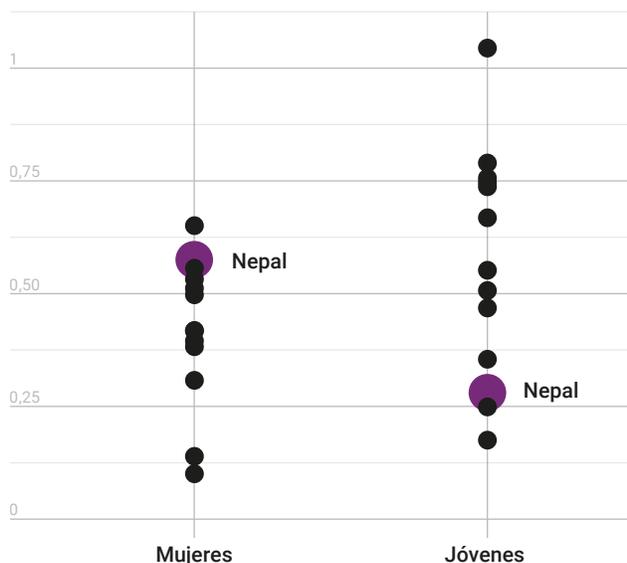
Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, por sexo



Fuente: Encuesta sobre la fuerza de trabajo, 2007-2019

Nepal cuenta con algunas de las leyes más progresistas de Asia Meridional en materia de derechos de las personas de orientación sexual e identidad de género distintas, y en 2007 se aprobaron reformas históricas que prohibían la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género. En 2013, Nepal incluyó una tercera categoría de género en los documentos de ciudadanía, y en 2021 decidió incluir el tercer género en el próximo censo de población.

Relación entre la proporción de población en el parlamento y la proporción de la población nacional, cámara baja o unicameral, países de Asia Central y Meridional



Fuente: Unión Interparlamentaria, 2022

Entre las mujeres de Nepal que han estado alguna vez casadas y han experimentado violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses, el 8% experimentó violencia emocional; el 10%, violencia física; y el 4%, violencia sexual.

El ODS 16 aspira a promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas. Una de las metas que lo componen consiste en garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades. La proporción de mujeres parlamentarias en Nepal es una de las más altas de la región; por el contrario, la proporción de personas jóvenes parlamentarias se encuentra entre las más bajas (indicador 16.7.1 de los ODS).

La falta de financiación representa un riesgo para los beneficios en materia de desarrollo logrados con tanto esfuerzo, en un momento en el que el país se está preparando para dejar atrás la condición de país menos adelantado (PMA) en 2026^V. Además, Nepal es muy propenso a los peligros naturales, como los terremotos y las inundaciones. Por ejemplo, la provincia de Sudurpaschim experimentó recientemente inundaciones intensas y desprendimientos de tierras desencadenados por las lluvias incesantes, lo que ocasionó la pérdida de vidas y el desplazamiento de personas. El impacto del cambio climático en los medios de subsistencia y la salud es considerable, sobre todo en las mujeres y las niñas. Durante los desastres y las emergencias, las mujeres y las niñas afrontan un riesgo mayor de sufrir violencia por razón de género, explotación y abusos^{VI}.

V [Declaración nacional de Nepal](#) durante el debate general del 77º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

VI UNFPA

REPÚBLICA DE FILIPINAS



116.451.700

POBLACIÓN
TOTAL ^I

POBLACIÓN DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOR ^I

48,51%

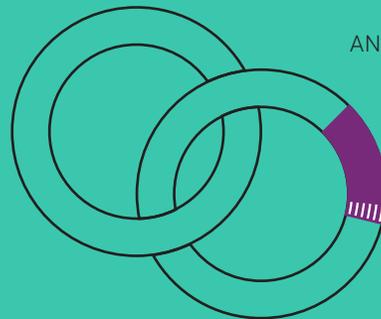
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
(de entre 15 y 49 años) ^I

29.862.490

POBLACIÓN DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD
(hombres + mujeres) ^I

21.359.950

MUJERES (de entre 20 y 24 años) QUE
ESTABAN CASADAS O MANTENÍAN UNA
UNIÓN ESTABLE POR PRIMERA VEZ ^{II}



ANTES DE CUMPLIR
LOS 18 AÑOS

16,5%

ANTES DE
CUMPLIR
LOS 15 AÑOS

2,2%

TASA TOTAL DE FECUNDIDAD ^I (nacimientos por cada 1.000 niñas)

2,72



TASA DE FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES ^I (nacimientos por cada 1.000 niñas)

48,6

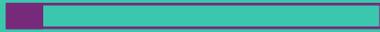
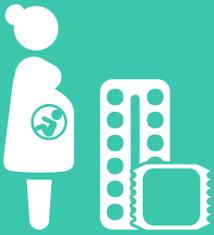
TASA DE MORTALIDAD MATERNA

121

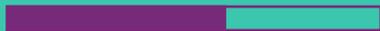
(por cada 100.000 nacidos vivos) ^{II}

100.000

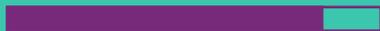




9,9% DE NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (todas las mujeres) ^{III}

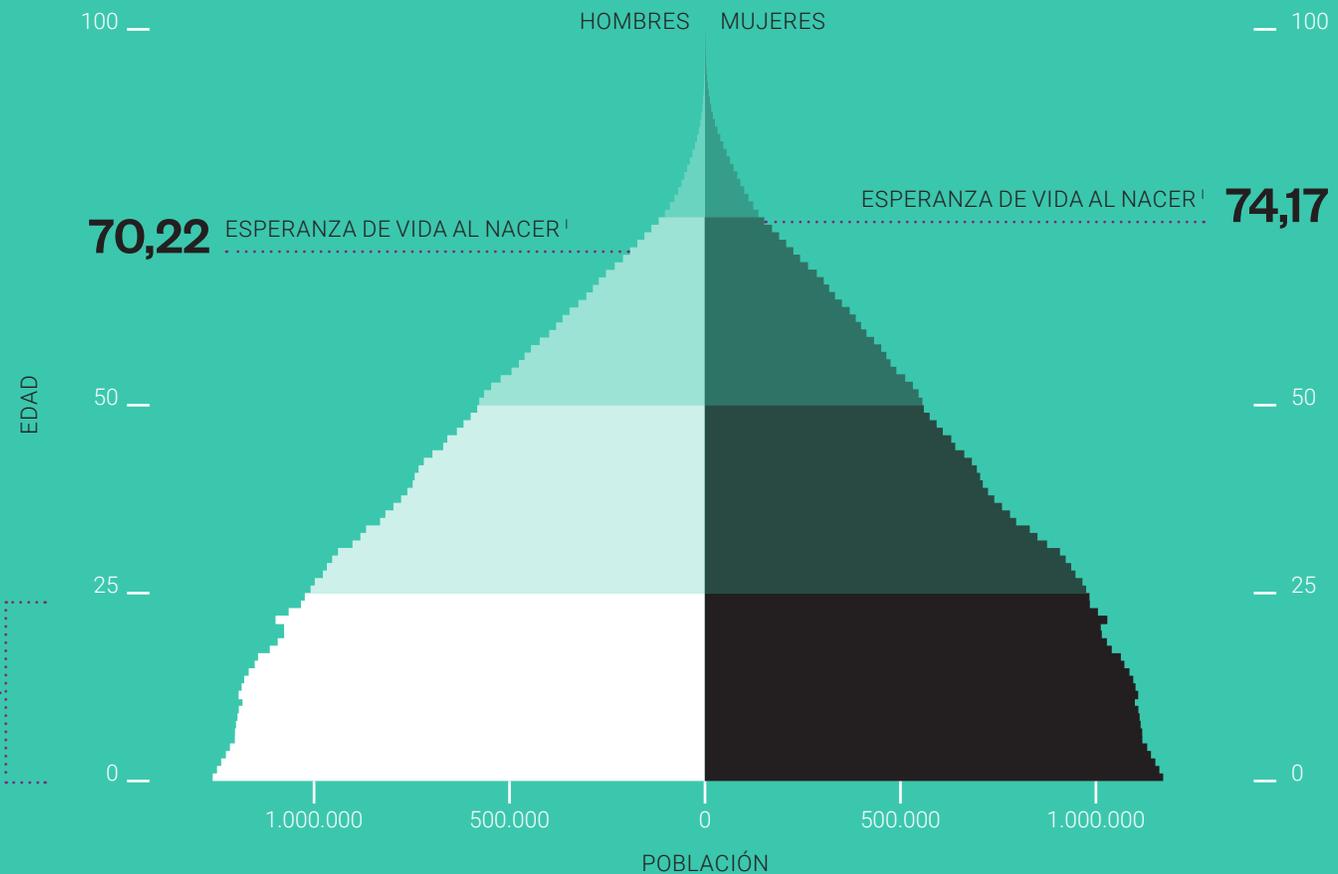


58,6% DE DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA MEDIANTE MÉTODOS MODERNOS (todas las mujeres) ^{III}



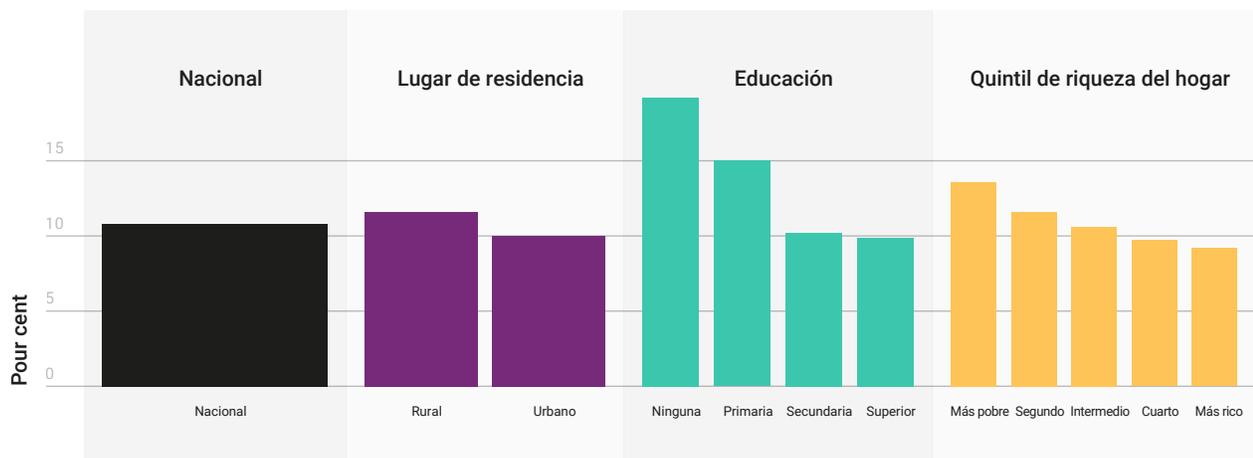
84,4% DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO ^{II}

Como parte de los compromisos derivados de la CIPD25, la República de Filipinas se ha comprometido a actualizar y mantener la promesa de la CIPD25 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y a **aplicar en su totalidad** leyes relativas a la atención de la salud reproductiva y la cobertura universal de salud con el fin de reducir los embarazos en la adolescencia y las necesidades insatisfechas de planificación familiar moderna.



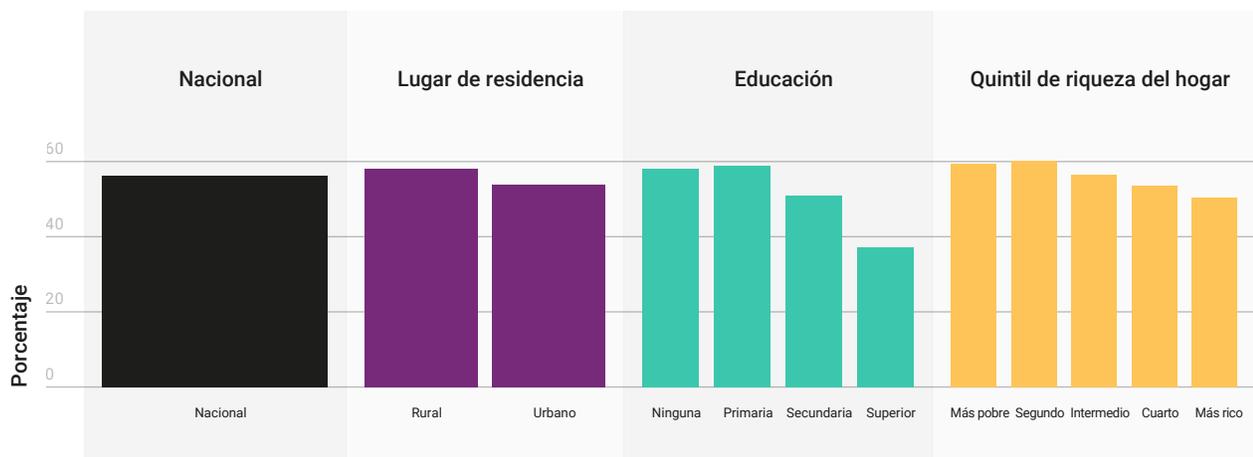
Filipinas es uno de los ocho países donde se concentrará más de la mitad del aumento de la población mundial previsto de aquí a 2050^{iv}. En 2022, la tasa total de fecundidad de Filipinas —el número de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de la edad de procrear— es de 2,72. Las necesidades insatisfechas de planificación familiar son mayores entre las mujeres de las zonas rurales que en las de las urbanas, y casi 1,5 veces más altas entre las mujeres sin estudios que entre las que han completado educación superior. Es también más alta entre las mujeres de los hogares más pobres, y disminuye a la par que los ingresos del hogar. A juzgar por los datos más recientes disponibles, el 40,4% de las mujeres que estaban casadas o mantenían una unión estable utilizaban un método anticonceptivo moderno, y el porcentaje de la demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos era del 56,9%, con una demanda ligeramente más alta en las zonas rurales que en las urbanas, entre las mujeres sin estudios o que solo han completado la educación primaria, y entre las mujeres de los hogares más pobres.

Necesidades insatisfechas de planificación familiar, todas las mujeres



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, todas las mujeres

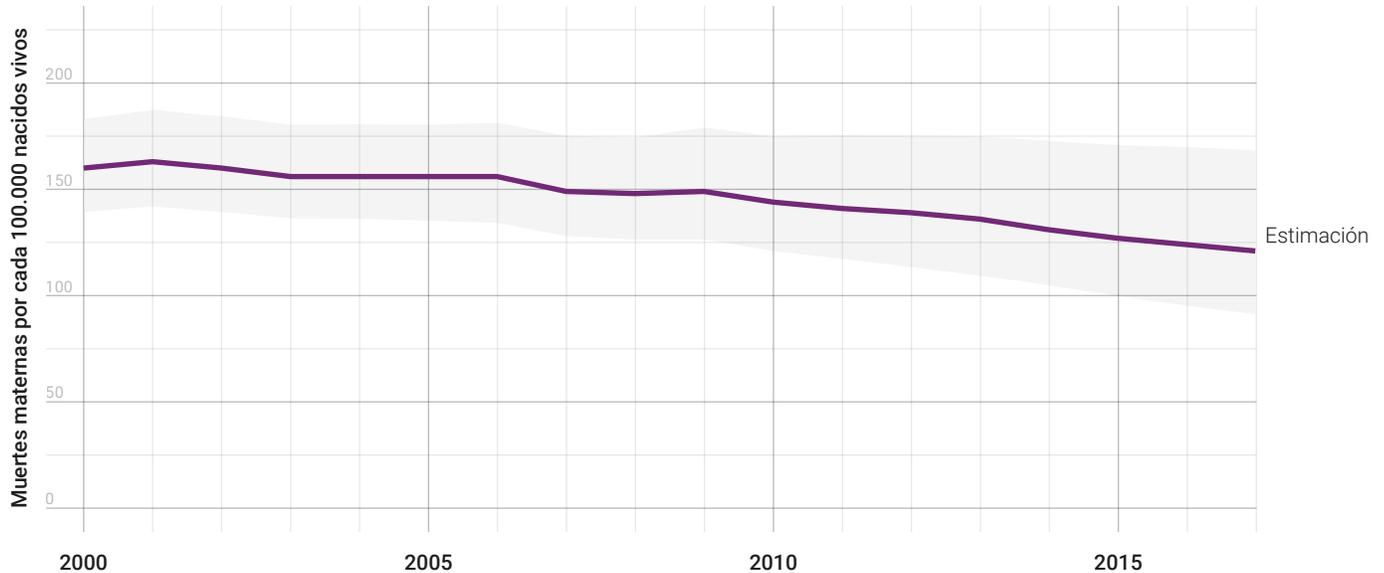


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

La tasa de mortalidad materna de Filipinas descendió entre 2000 y 2017, el año más reciente sobre el que se dispone de datos y en el que se estimaron 121 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Al reconocer la repercusión que tienen los abortos en condiciones de riesgo, el compromiso número 3 de la Cumbre de Nairobi resalta 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 universal de salud, 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”. El aborto no está permitido en Filipinas.

Tasa de mortalidad materna (2000-2017)

■ Intervalo de incertidumbre del 80%



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2019

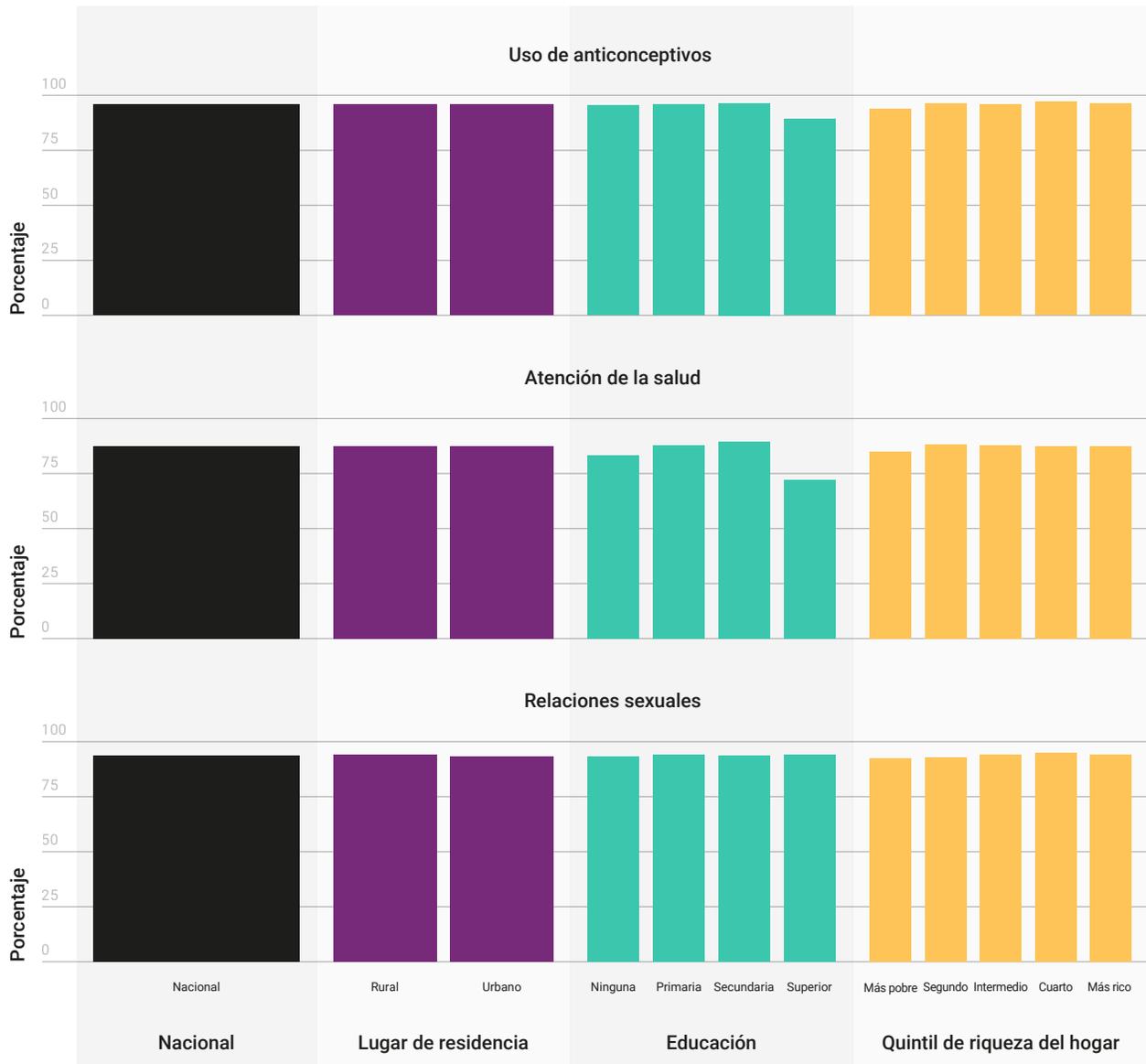
En Filipinas, el 97% de las mujeres casadas o que mantienen una unión estable toman decisiones sobre el cuidado de su salud; el 94% disfrutan de autonomía para decidir sobre el uso de anticonceptivos y el 88% puede negarse a mantener relaciones sexuales. Este porcentaje es más alto entre las mujeres que han completado estudios superiores a la educación primaria que entre las que no tienen estudios. En general, el 81% de las mujeres filipinas de entre 15 y 49 años casadas o que mantienen una unión estable toman sus propias decisiones en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye las relativas al cuidado de su salud, el uso de anticonceptivos y la opción de negarse a mantener relaciones sexuales. El indicador 5.6.2 de los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) refleja la medida en que las leyes predominantes facilitan o impiden el acceso pleno e igualitario a la salud y los derechos. En promedio, Filipinas ha logrado un 71% de leyes y reglamentos habilitantes que garantizan a los hombres y las mujeres un acceso pleno e igualitario a la atención materna; un 60%, a los servicios de anticoncepción y planificación familiar; y un 100%, a la educación sexual.

Grado en que Filipinas dispone 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



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022

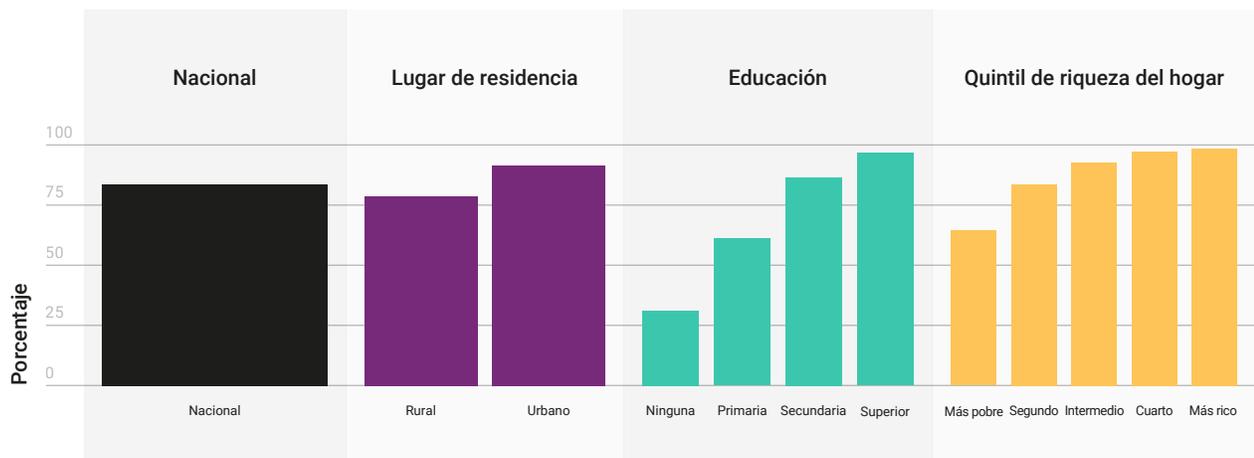
Proporción de mujeres casadas que toman sus propias decisiones informadas sobre la atención de la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

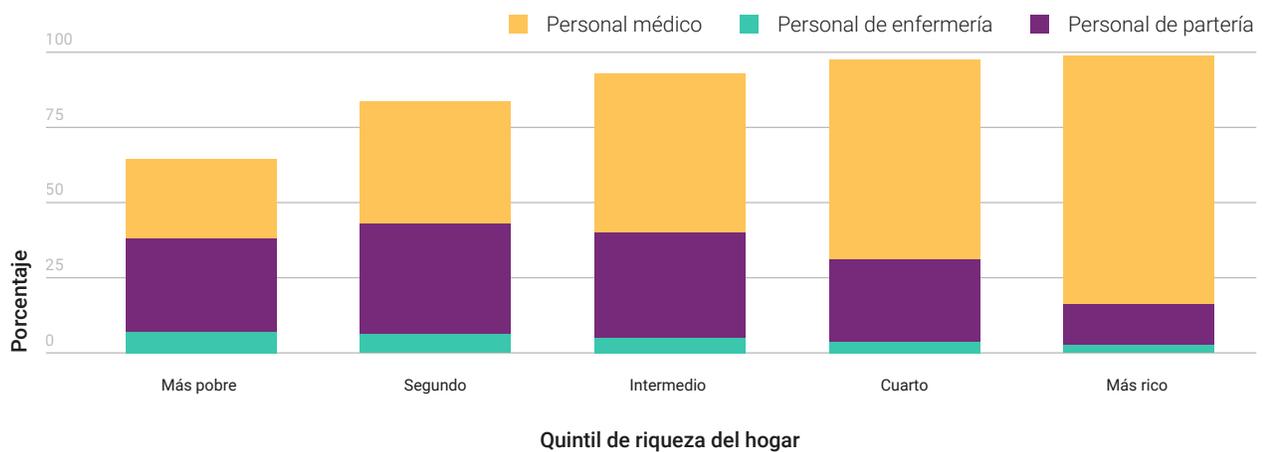
En 2017, el año más reciente sobre el que se dispone de datos, el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado en Filipinas era del 84,4%. Entre las mujeres casadas de 15 a 49 años de edad con un hijo nacido vivo en los últimos dos años, se registraron más partos atendidos por personal sanitario especializado entre las mujeres de las zonas urbanas, las mujeres que habían completado la educación secundaria y superior, y las de los hogares de ingreso mediano alto. Conforme aumenta la riqueza del hogar, mayor es la porción de partos atendidos por personal médico, con relación a los atendidos por personal de enfermería y partería. Las mujeres de los hogares más pobres contaron principalmente con la asistencia de personal de partería durante el parto, seguido de personal médico y de enfermería; mientras que las de los hogares más acomodados recibieron, en su mayoría, la asistencia de personal médico.

Partos asistidos por personal sanitario especializado



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Personal de atención al parto especializado por quintil de riqueza

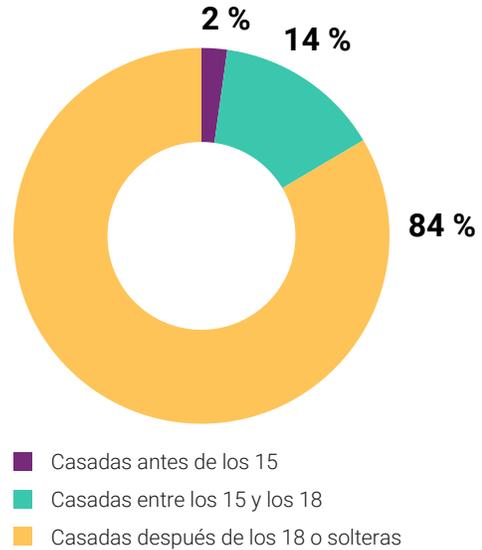


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

En la Cumbre de Nairobi, Filipinas se comprometió a acelerar los esfuerzos dirigidos a lograr y optimizar el dividendo demográfico.

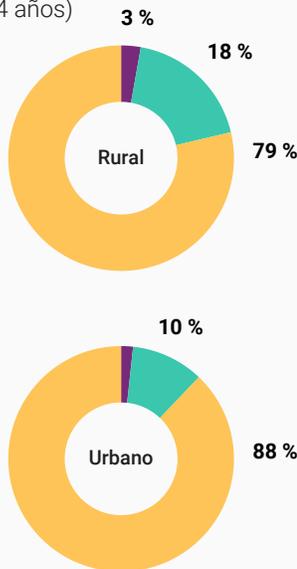
En Filipinas, el 16% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad estaban casadas antes de cumplir los 18 años, y un 2%, antes de cumplir los 15. El porcentaje de niñas casadas antes de cumplir los 15 años es casi 4 veces más alto entre las que no tienen estudios que entre las que han completado la educación secundaria o superior, y casi 10 veces más alto entre las niñas de los hogares más pobres que entre las de los hogares más acomodados. Los nacimientos entre estas mujeres antes de cumplir los 18 años son 11 veces más frecuentes entre las de los hogares más pobres que entre las de los más acomodados.

Distribución de la edad de matrimonio (mujeres de 20 a 24 años)

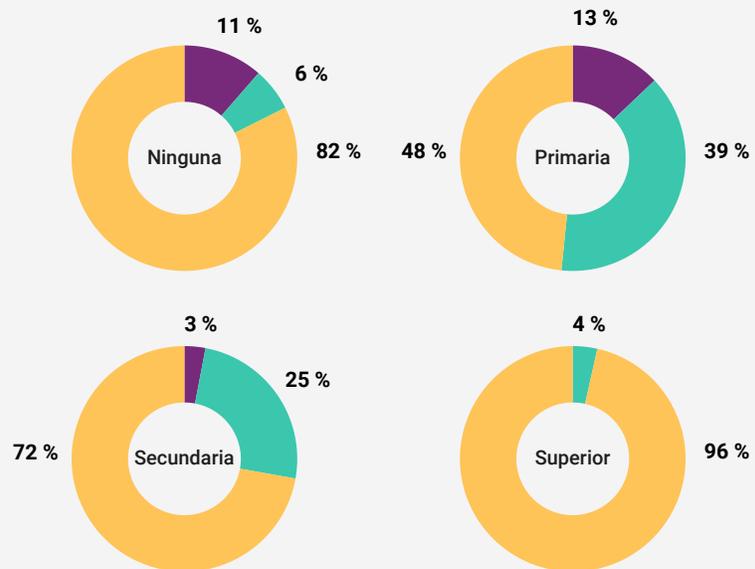


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Distribución de la edad de matrimonio por lugar de residencia (mujeres de 20 a 24 años)



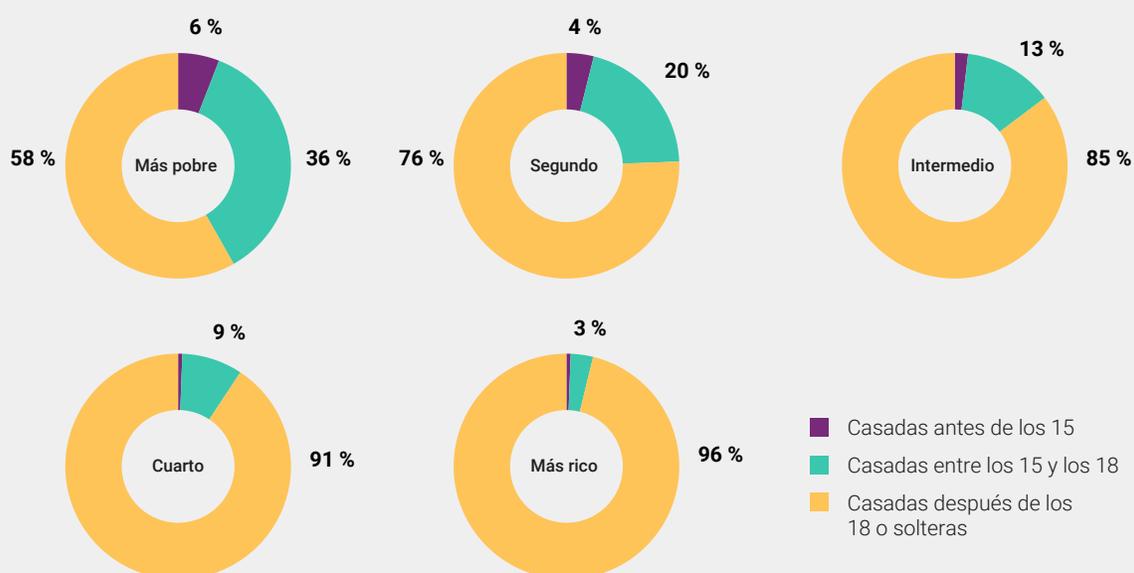
Distribución de la edad de matrimonio por nivel educativo (mujeres de 20 a 24 años)



■ Casadas antes de los 15 ■ Casadas entre los 15 y los 18 ■ Casadas después de los 18 o solteras

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Distribución de la edad de matrimonio por quintil de riqueza del hogar (mujeres de 20 a 24 años)

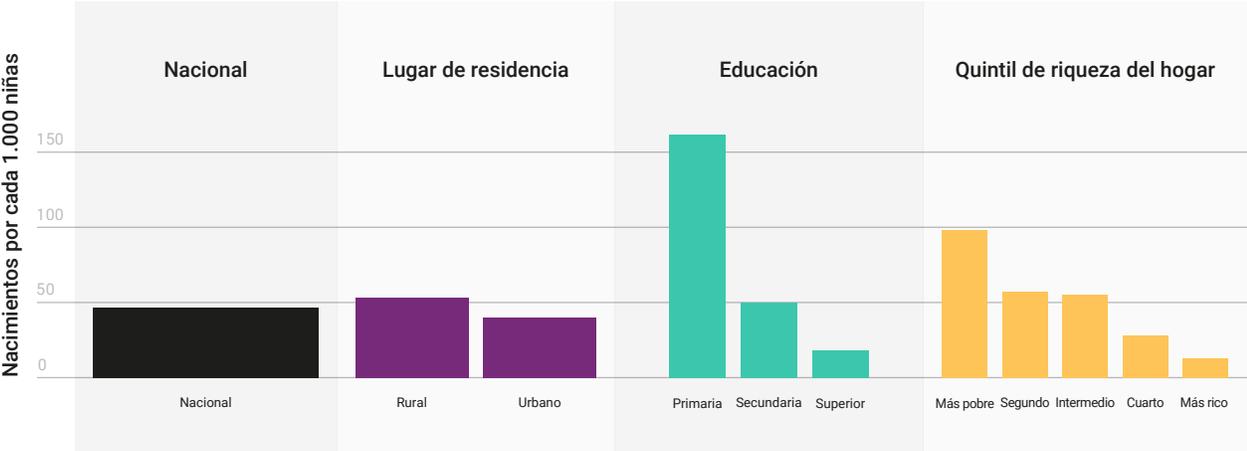


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Filipinas ha realizado un seguimiento de los compromisos derivados de la CIPD25. La Comisión sobre Población y Desarrollo de Filipinas (POPCOM) organizó una reunión de consulta tras la Cumbre de Nairobi en 2020, y el Gobierno elaboró y adoptó un informe sobre la ejecución del Plan de Acción de la Cumbre de Nairobi en 2021. El país ha promovido iniciativas relacionadas con los compromisos de Nairobi, como políticas relativas al dividendo demográfico y la reducción de los embarazos en la adolescencia, y también ha promovido el presupuesto en el Congreso.

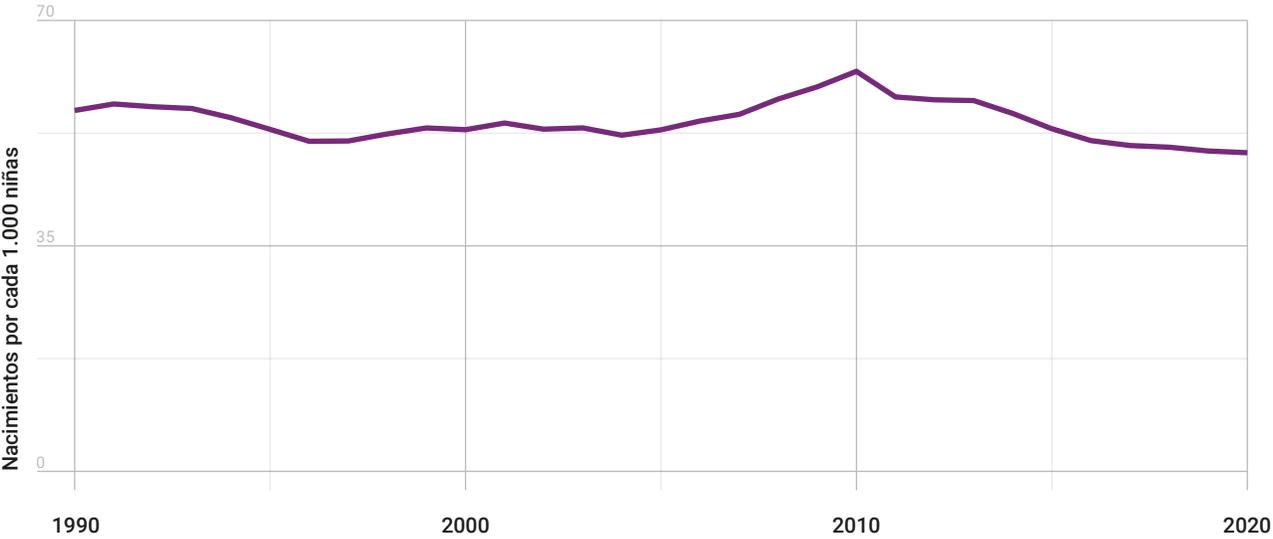
La tasa de fecundidad de las adolescentes en Filipinas ha descendido ligeramente entre 1990 y 2020; es 9 veces más alta entre las adolescentes que solo han completado la educación primaria que entre las que cuentan con educación superior, y 7,5 veces más alta entre las adolescentes de los hogares más pobres que entre las de los más acomodados.

Tasa de fecundidad de las adolescentes



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

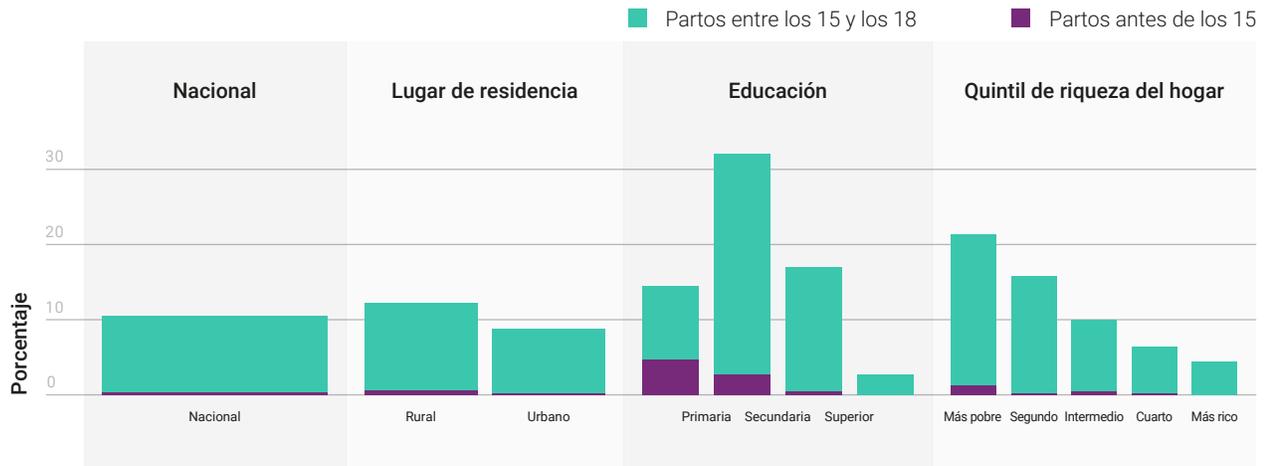
Tasa de fecundidad de las adolescentes, 1990-2020



Fuente: World Population Prospects, 2022

Entre las mujeres de 20 a 24 años, los nacimientos antes de cumplir los 18 años son más frecuentes en las de las zonas rurales, las que solo han completado la educación primaria y las de los hogares más pobres. El porcentaje de mujeres de los hogares más pobres que han dado a luz una vez antes de cumplir los 18 años es cuatro veces más alto que el de las de los hogares más acomodados.

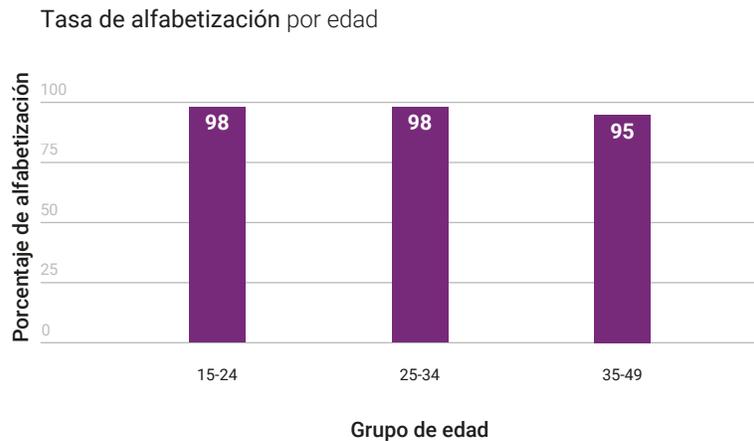
Partos antes de los 15 y los 18 (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

En un contexto marcado por el agravamiento de los problemas relacionados con los derechos de la infancia debido a la pandemia de COVID-19, sumado a la destrucción causada por el tifón Odette (Rai), un hito reciente fundamental ha sido la adopción de la Ley de Prohibición del Matrimonio Infantil a principios de 2022. Se ha observado que el fenómeno del matrimonio infantil se ha practicado en las comunidades indígenas y musulmanas del país. En general, Filipinas ocupa el puesto 12 en el número absoluto de matrimonios infantiles. Si bien estas comunidades han intentado hacer frente a dicha cuestión mediante programas comunitarios, la adopción de legislación fortalece el marco jurídico y la protección de las adolescentes en consonancia con el compromiso mundial número 5.

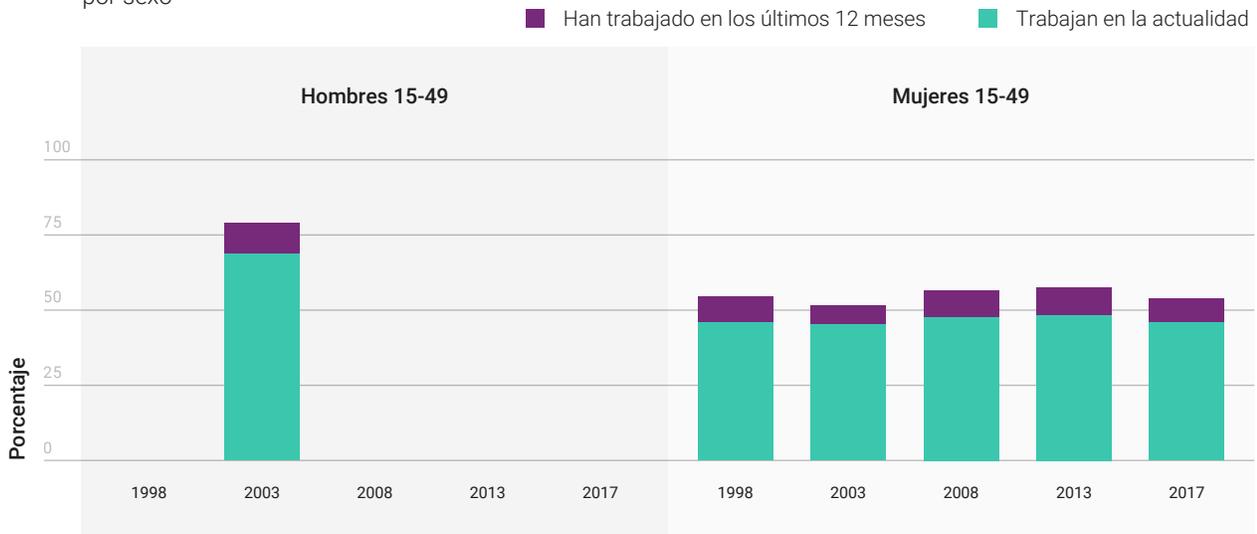
En general, la tasa de alfabetización femenina en Filipinas es alta en todos los grupos de edad.



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2018

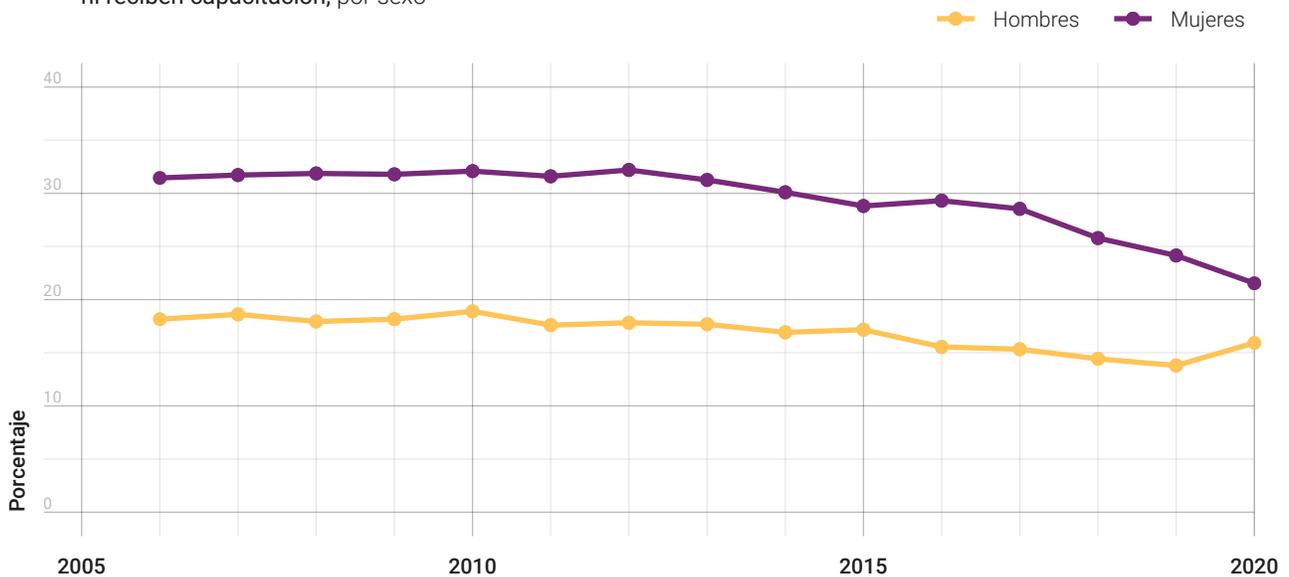
Las tendencias del empleo (es decir, las personas que están trabajando en la actualidad y que han trabajado en los últimos 12 meses) correspondientes a las mujeres se han mantenido relativamente estables entre 2001 y 2016. El grupo de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (es decir, la población nini) cuantifica el porcentaje de jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación y sin empleo. En Filipinas, el porcentaje de mujeres que no cursan estudios, no están empleadas ni reciben capacitación ha descendido gradualmente, mientras que el de los hombres ha permanecido aproximadamente igual.

Tendencias del empleo (personas que trabajan en la actualidad y han trabajado en los últimos 12 meses) por sexo



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 1998-2017

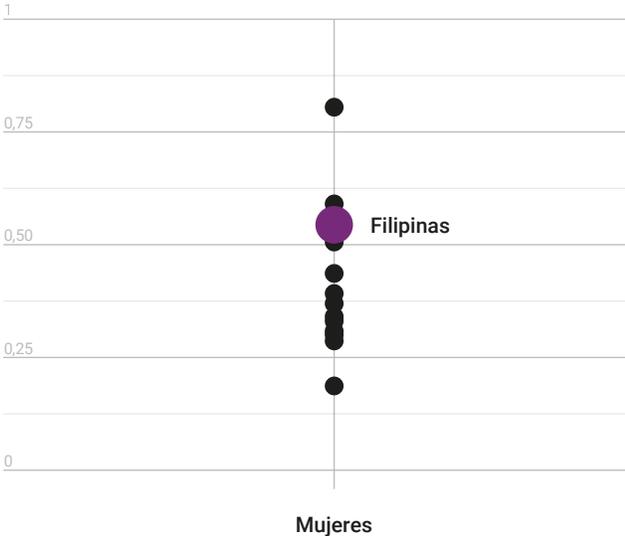
Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, por sexo



Fuente: Encuesta sobre la fuerza de trabajo, 2006-2020

El ODS 16 aspira a promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas. Una de las metas que lo componen consiste en garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades. La proporción de mujeres parlamentarias en Filipinas es la tercera más alta de la región (indicador 16.7.1 de los ODS).

Relación entre la proporción de población en el parlamento y la proporción de la población nacional, cámara baja o unicameral, países de Asia Oriental y Sudoriental



Fuente: Unión Interparlamentaria, 2022

REPÚBLICA DE SIERRA LEONA



8.697.890

POBLACIÓN TOTAL I

POBLACIÓN DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOR I

59,37%

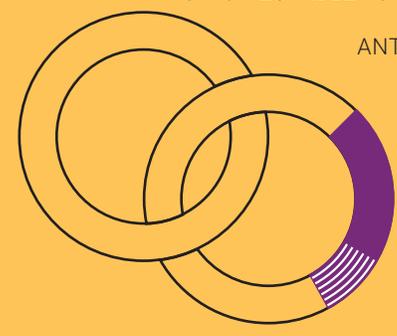
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (de entre 15 y 49 años) I

2.172.890

POBLACIÓN DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD (hombres + mujeres) I

1.792.160

MUJERES (de entre 20 y 24 años) QUE ESTABAN CASADAS O MANTENÍAN UNA UNIÓN ESTABLE POR PRIMERA VEZ II



ANTES DE CUMPLIR LOS 18 AÑOS **29,6%**

ANTES DE CUMPLIR LOS 15 AÑOS **8,6%**

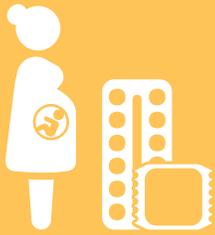
TASA DE MORTALIDAD MATERNA (por cada 100.000 nacidos vivos) II **1.120**



TASA TOTAL DE FECUNDIDAD I (nacimientos por mujer) **3,88**



TASA DE FECUNDIDAD (de entre 15 y 19 años) DE LAS ADOLESCENTES (nacimientos por cada 1.000 niñas) I **99,17**



19,8% DE NECESIDADES
INSATISFECHAS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR
(todas las mujeres) ^{III}

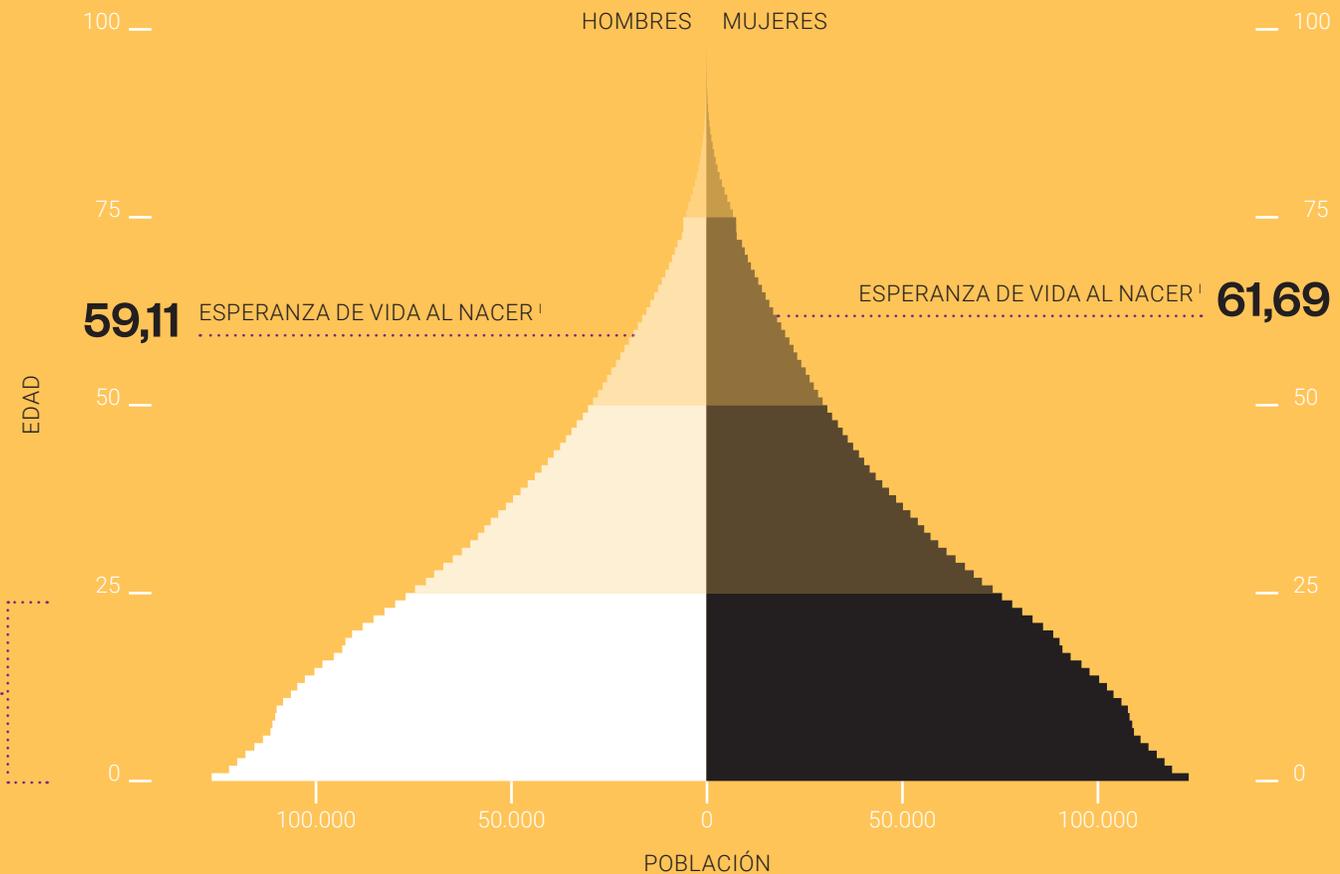


56,8% DE DEMANDA
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
SATISFECHA MEDIANTE MÉTODOS
MODERNOS (todas las mujeres) ^{III}



86,9% DE PARTOS
ATENDIDOS POR PERSONAL
SANITARIO ESPECIALIZADO ^{II}

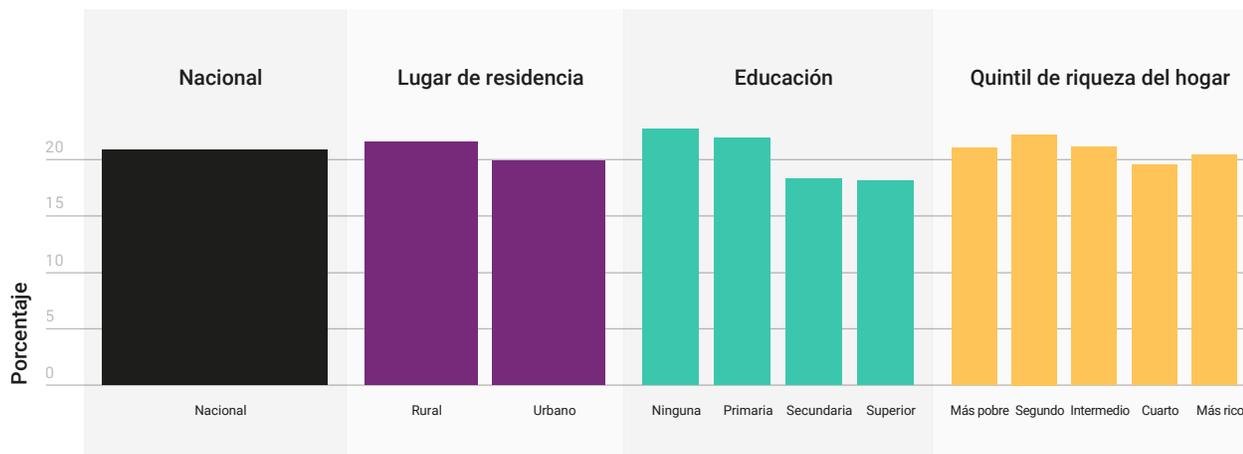
En la Cumbre de Nairobi, el Gobierno de la República de Sierra Leona se comprometió con el **objetivo general** del Programa de Acción de la CIPD, de acuerdo con los compromisos nacionales recogidos en el Plan Nacional de Desarrollo a Medio Plazo de Sierra Leona (2018-2023), la política demográfica nacional (2018), y los compromisos de 2017 de Family Planning 2020 (FP2020).



El Gobierno de Sierra Leona se ha comprometido con el objetivo general de lograr cero necesidades insatisfechas de servicios de planificación familiar para 2030. Como parte de dicho compromiso, el país trabaja para aumentar la tasa de uso de anticonceptivos del 22,5% en 2017 al 50% en 2028.

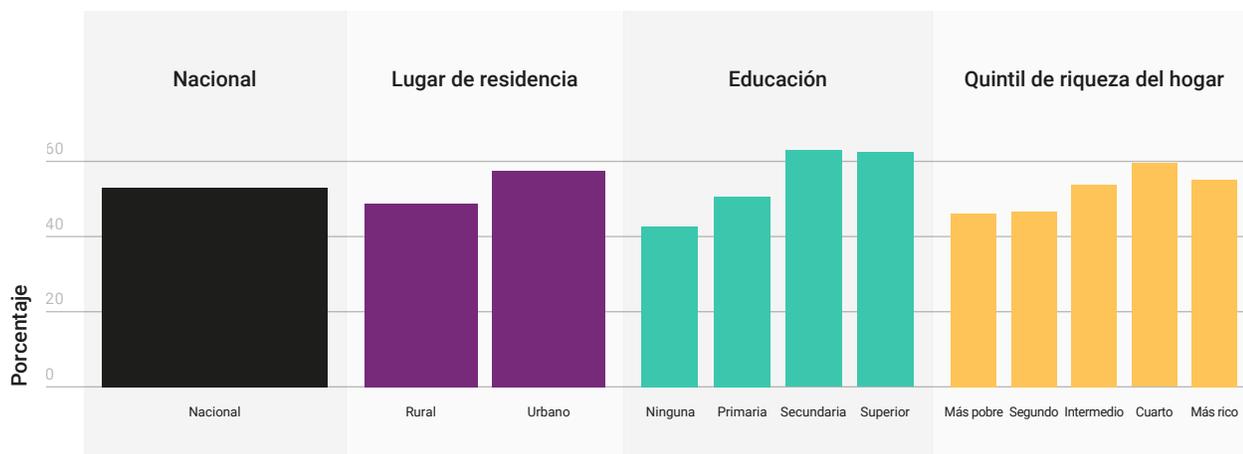
En 2022, la tasa total de fecundidad de Sierra Leona —el número de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de la edad de procrear— se estimó en 3,88. Las necesidades insatisfechas de planificación familiar son ligeramente más elevadas en las zonas rurales que en las urbanas, y las más altas se registran entre las mujeres sin estudios y que solo han completado al educación primaria. La demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos es más alta entre las mujeres de las zonas urbanas, las que han completado la educación secundaria y superior, y las de los hogares más acomodados.

Necesidades insatisfechas de planificación familiar, todas las mujeres



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, todas las mujeres



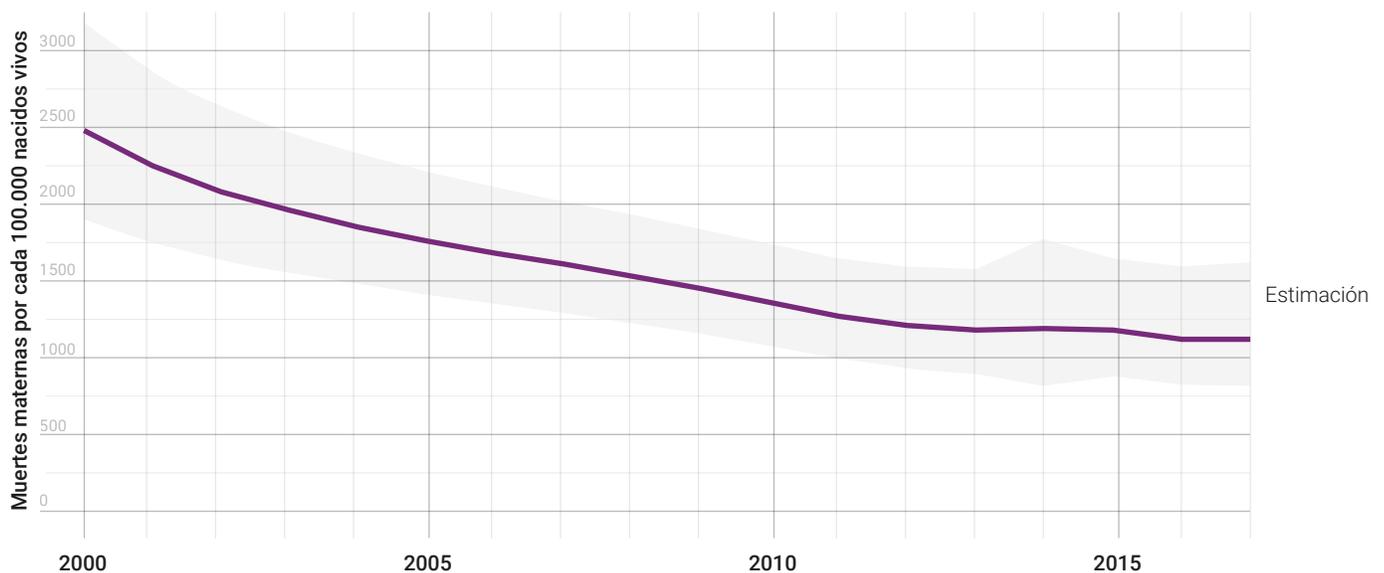
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

El Gobierno de Sierra Leona se ha comprometido con el objetivo general de lograr cero muertes maternas evitables para 2030.

La tasa de mortalidad materna de Sierra Leona descendió entre 2000 y 2017 y las últimas estimaciones de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2019 indican una tasa de 717 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Al reconocer la repercusión que tienen los abortos en condiciones de riesgo, el compromiso número 3 de la Cumbre de Nairobi resalta 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 universal de salud, 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”. Aunque el aborto ha estado totalmente prohibido en el país, en 2022 el Presidente y el Gabinete de Sierra Leona respaldaron un proyecto de ley para despenalizar el aborto y abolir una ley colonial de 1861, anterior a la independencia. El proyecto de ley se debatirá y aprobará a finales de 2022. El Gobierno de Sierra Leona se ha comprometido a capacitar y emplear a 1.000 parteras, 180 profesionales de enfermería anestésicas y 72 auxiliares de quirófano para 2025, y ya se han logrado avances en este sentido, tal como se indica en el examen nacional voluntario de Sierra Leona sobre la implementación de los ODS presentado ante el foro político de alto nivel de las Naciones Unidas en 2021.

Tasa de mortalidad materna (2000-2017)

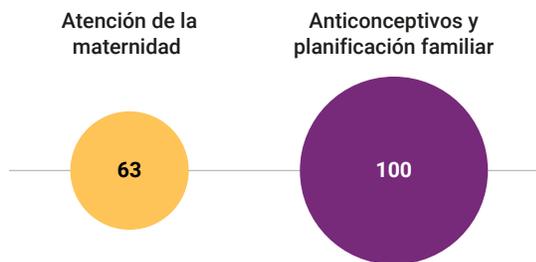
■ Intervalo de incertidumbre del 80%



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2019

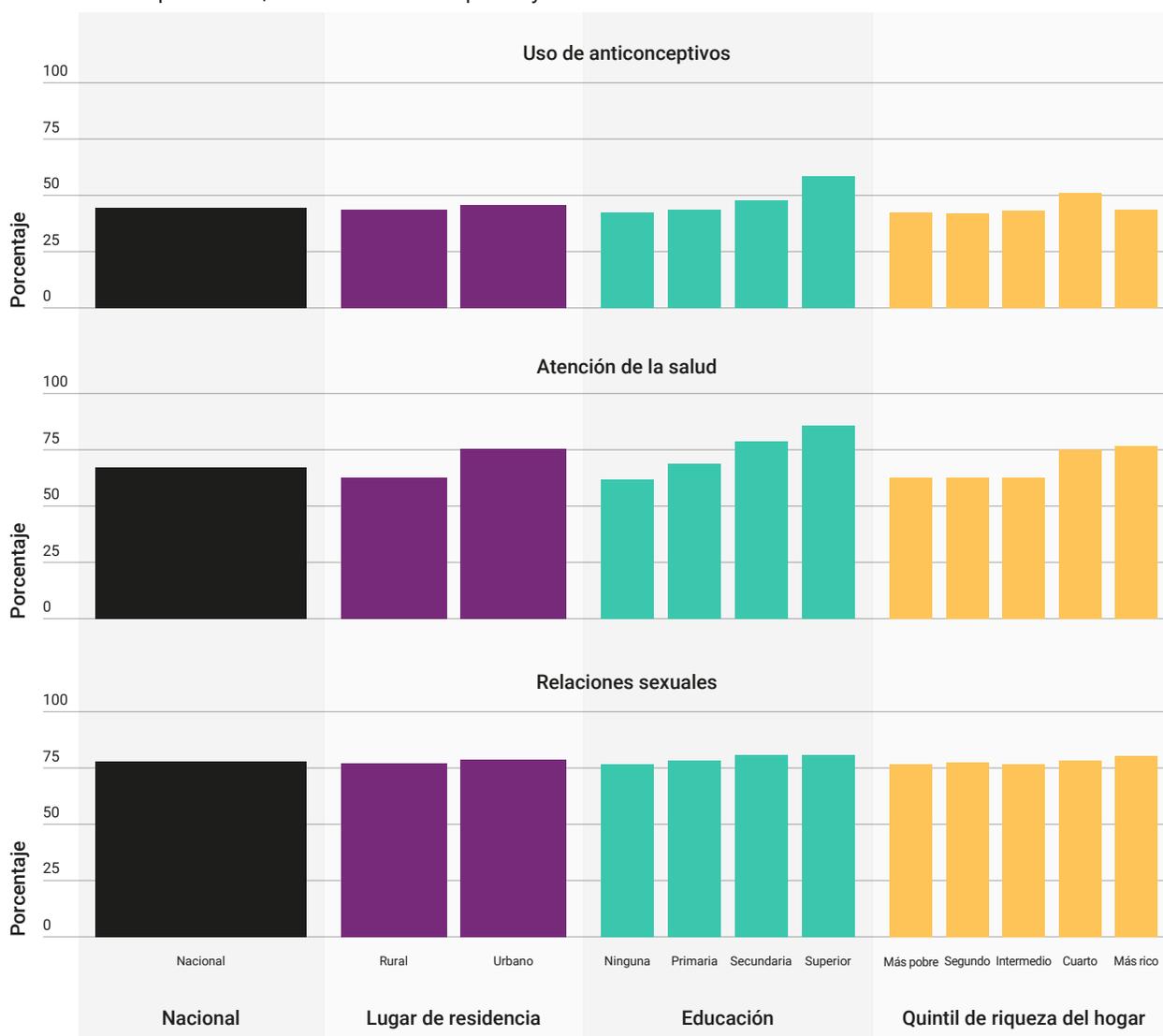
En Sierra Leona, el 78% de las mujeres de entre 15 y 49 años que están casadas o mantienen una unión estable toman sus propias decisiones sobre las relaciones sexuales; el 44,2%, sobre el uso de anticonceptivos; y el 67,5%, sobre el cuidado de su salud. Los porcentajes relativos a las relaciones sexuales son considerablemente uniformes según la región geográfica, el nivel de estudios y la riqueza del hogar, mientras que los porcentajes de uso de anticonceptivos y cuidado de la propia salud aumentan con el nivel de estudios y la riqueza del hogar. El indicador 5.6.2 de los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) refleja la medida en que las leyes predominantes facilitan o impiden el acceso pleno e igualitario a la salud y los derechos. Sierra Leona ha logrado un 63% de leyes y reglamentos habilitantes que garantizan a los hombres y las mujeres un acceso pleno e igualitario a la atención materna, y un 100%, a los servicios de anticoncepción y planificación familiar.

Grado en que Sierra Leona dispone 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



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022

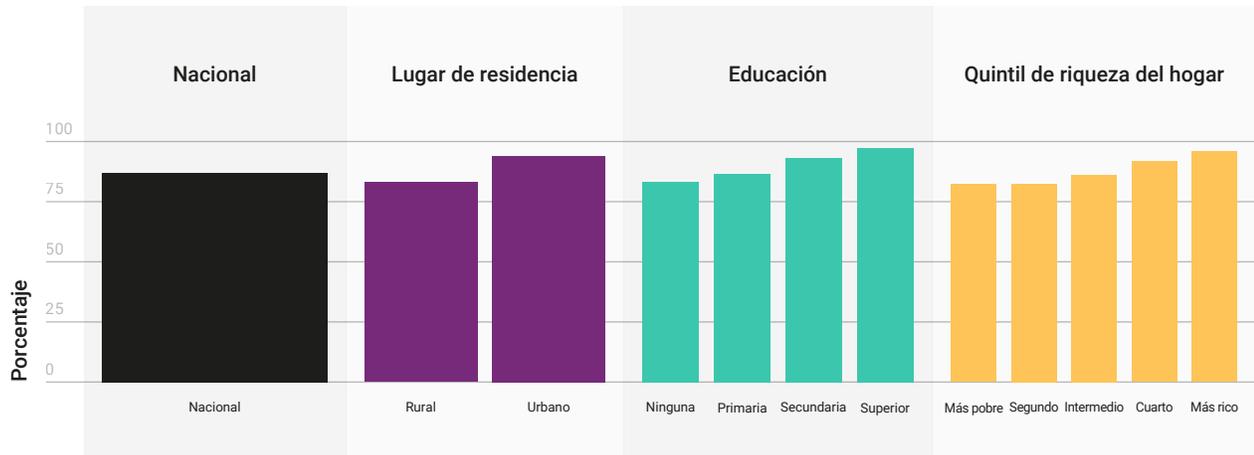
Proporción de mujeres casadas que toman sus propias decisiones informadas sobre la atención de la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

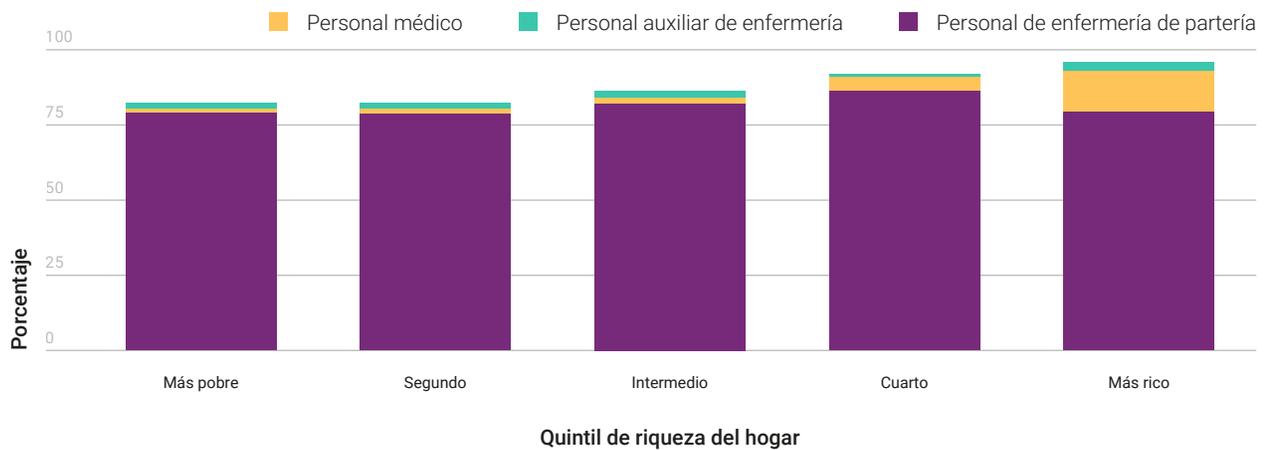
El 86,9% de los partos de mujeres de entre 15 y 49 años de edad con un hijo nacido vivo en los últimos dos años en Sierra Leona contaron con la asistencia de personal sanitario especializado. Este porcentaje es uno de los más altos de la región. El porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado es más alto entre las mujeres de las zonas urbanas, y aumenta con el nivel de estudios e ingresos del hogar. La mayoría de los partos en Sierra Leona son atendidos por personal de enfermería y partería; en los hogares más acomodados, aproximadamente el 14% de los partos cuentan con la asistencia de personal médico (en comparación con el 80% que son atendidos por personal de enfermería y partería).

Partos asistidos por personal sanitario especializado



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

Personal de atención al parto especializado por quintil de riqueza

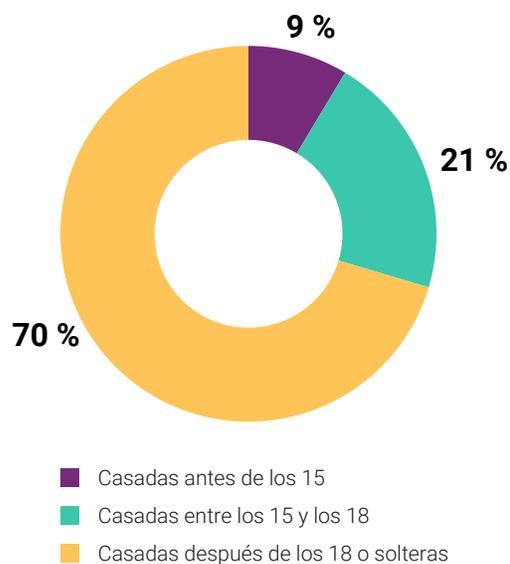


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

El Gobierno se ha comprometido a aprobar el proyecto de ley de prohibición del matrimonio infantil en Sierra Leona, que penaliza el matrimonio infantil en todos los tipos de matrimonio. En este sentido, algunos de los logros iniciales son una campaña general sobre el matrimonio infantil en las comunidades, el contacto con líderes religiosos y tradicionales, y la revisión de la Ley de Derechos de la Infancia de 2007.

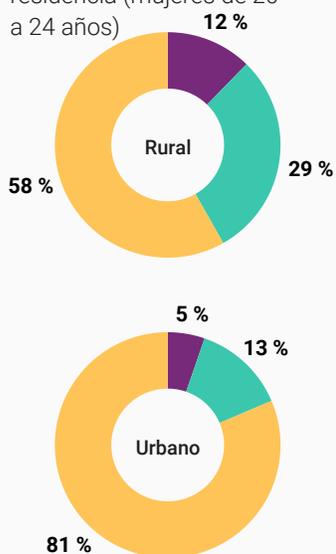
En Sierra Leona, el 29,6% de mujeres de entre 20 y 24 años de edad estaban casadas antes de cumplir los 18 años, y un 9%, antes de cumplir los 15. El porcentaje de mujeres casadas antes de cumplir los 18 años es casi dos veces más alto en las zonas rurales que en las urbanas. Es más elevado entre las mujeres sin estudios o que han finalizado solo la educación primaria, y cuatro veces mayor entre las mujeres de los hogares más pobres que entre las de los más acomodados.

Distribución de la edad de matrimonio (mujeres de 20 a 24 años)

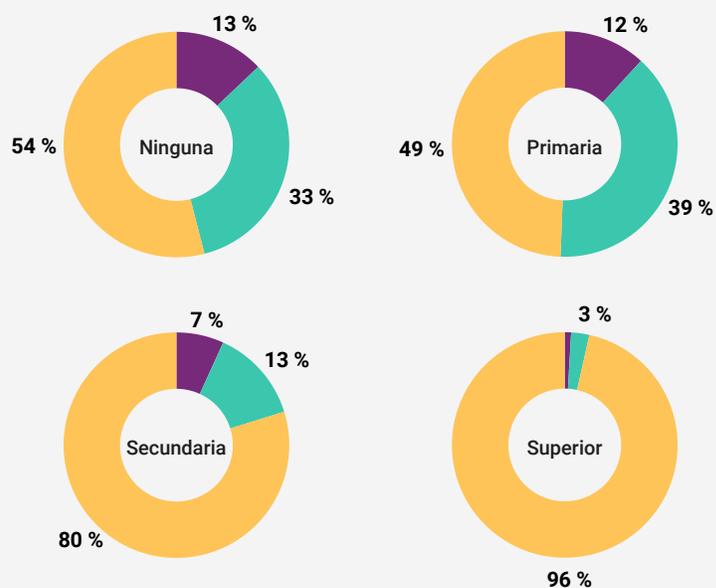


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

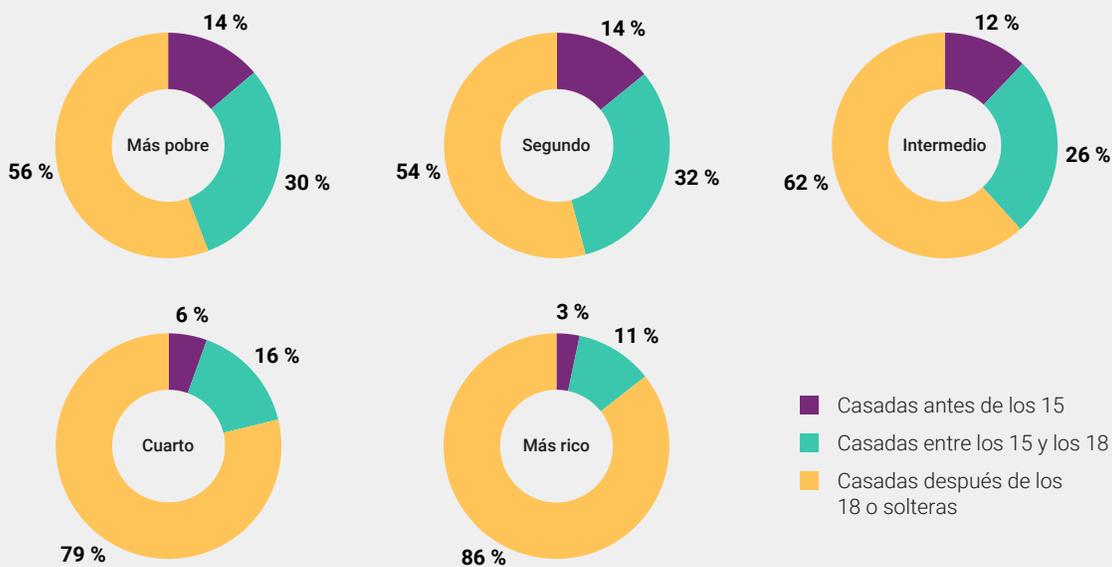
Distribución de la edad de matrimonio por lugar de residencia (mujeres de 20 a 24 años)



Distribución de la edad de matrimonio por nivel educativo (mujeres de 20 a 24 años)



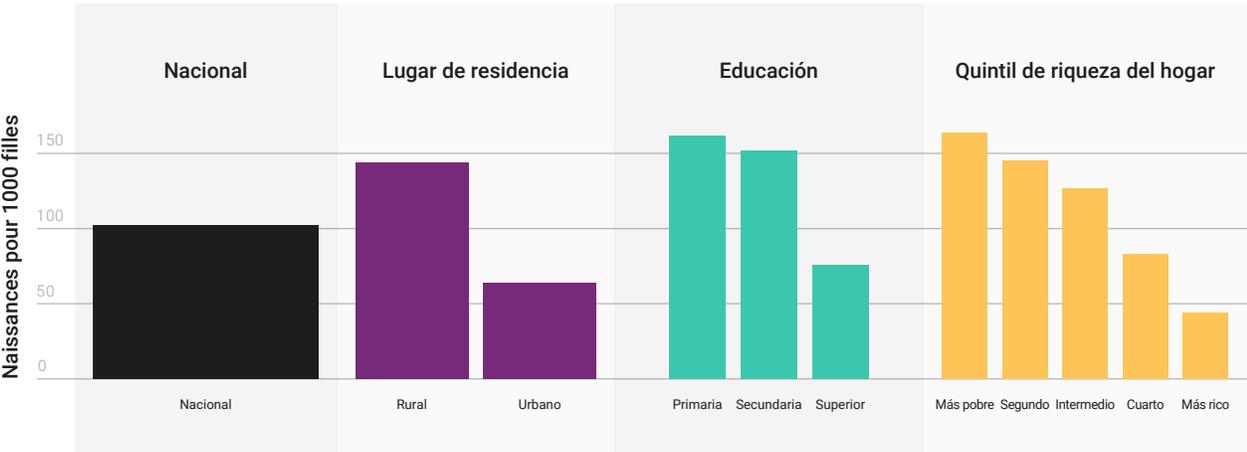
Distribución de la edad de matrimonio por quintil de riqueza del hogar (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

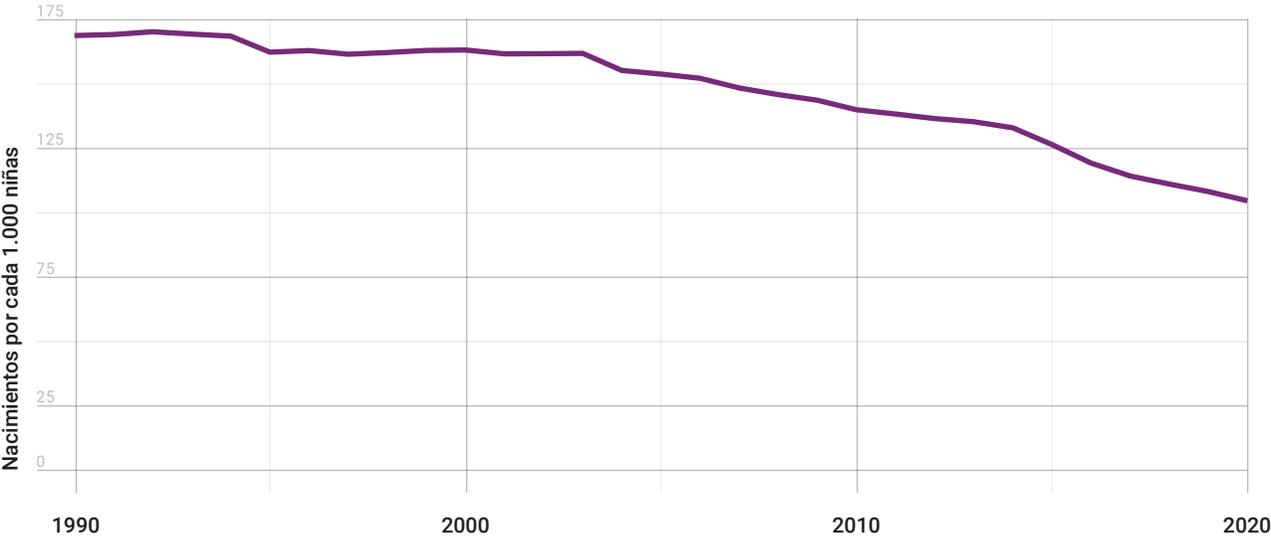
La tasa de fecundidad de las adolescentes en Sierra Leona ha descendido gradualmente entre 1990 y 2020, y en la actualidad se sitúa en algo más de 100 nacimientos por cada 1.000 niñas. La tasa de fecundidad de las adolescentes es 2 veces más alta en las zonas rurales del país que en las urbanas; 2 veces más alta entre las mujeres sin estudios que entre las que han completado la educación secundaria; y 3 veces más alta entre las mujeres de los hogares más pobres que entre las de los más acomodados.

Tasa de fecundidad de las adolescentes



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

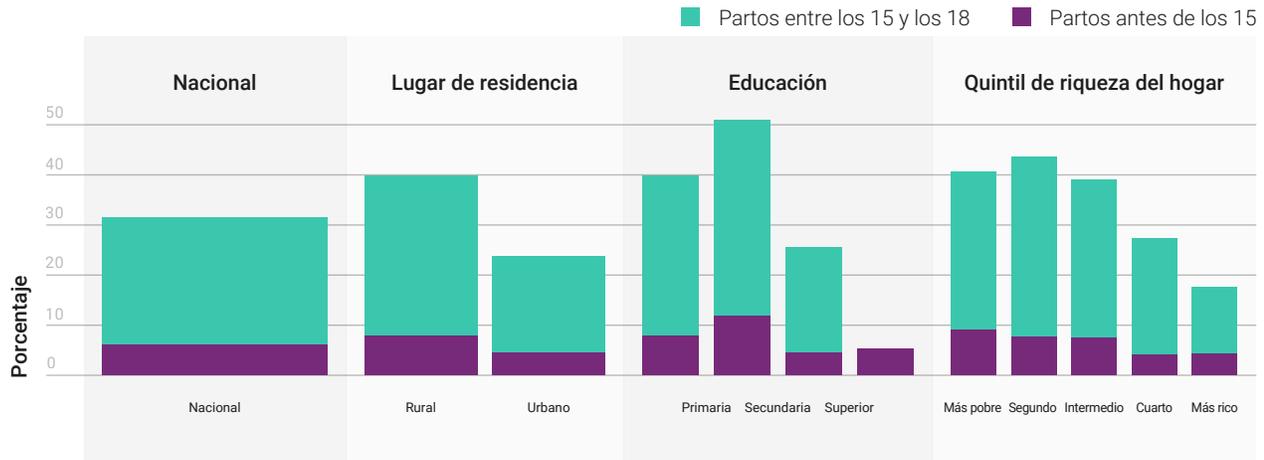
Tasa de fecundidad de las adolescentes, 1990-2020



Fuente: World Population Prospects, 2022

El 31,3% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad en Sierra Leona dieron a luz antes de cumplir los 18 años, y un 6,1%, antes de los 15 años. La mayoría de los nacimientos se producen entre las mujeres de las zonas rurales y las que solo han completado la educación primaria, así como entre las de los hogares más pobres y los segundos más pobres. El porcentaje de nacimientos antes de cumplir los 15 años y antes de cumplir los 18 es 1,6 veces más alto en las zonas rurales que en las urbanas, y 5 veces mayor entre las mujeres de los segundos hogares más pobres que entre las de los hogares más acomodados.

Partos antes de los 15 y los 18 (mujeres de 20 a 24 años)

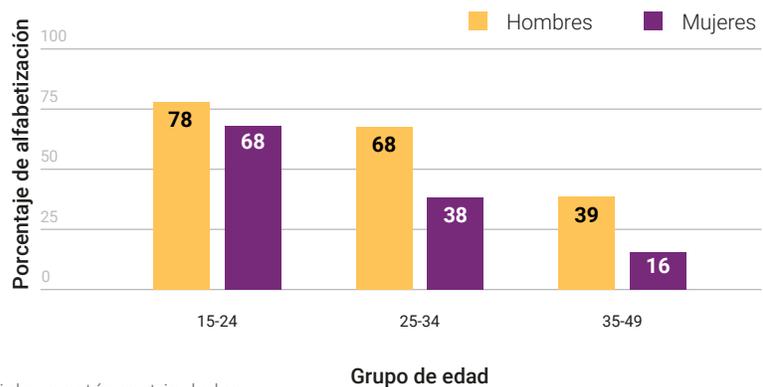


Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2017

Más del 90% de las mujeres mayores de 30 años del país han sufrido la ablación genital femenina, en comparación con el 61% de las de entre 15 y 19 años^{IV}. Sierra Leona es uno de los pocos países de África Subsahariana que no han prohibido la mutilación genital femenina.

La tasa de alfabetización es mayor entre los hombres que entre las mujeres. Ambas tasas disminuyen por grupo de edad entre el de 15 a 24 años y el de 35 a 49 años. La educación secundaria completa la educación básica que comienza en el nivel de primaria y pretende sentar los cimientos del aprendizaje a lo largo de la vida y del desarrollo humano, al ofrecer una formación más centrada en las materias o competencias, que imparten docentes especializados. En 2018, la tasa neta de asistencia a la escuela secundaria^V era del 41,8%. En 2020, la decisión del Gobierno de Sierra Leona de poner fin a una prohibición de 10 años atrás que impedía la asistencia a la escuela de las niñas embarazadas y las madres adolescentes representa un paso importante en la mejora de la educación de las niñas en el país, en consonancia con sus derechos humanos y en favor de la igualdad de género los compromisos de Nairobi.

Tasa de alfabetización por edad y sexo



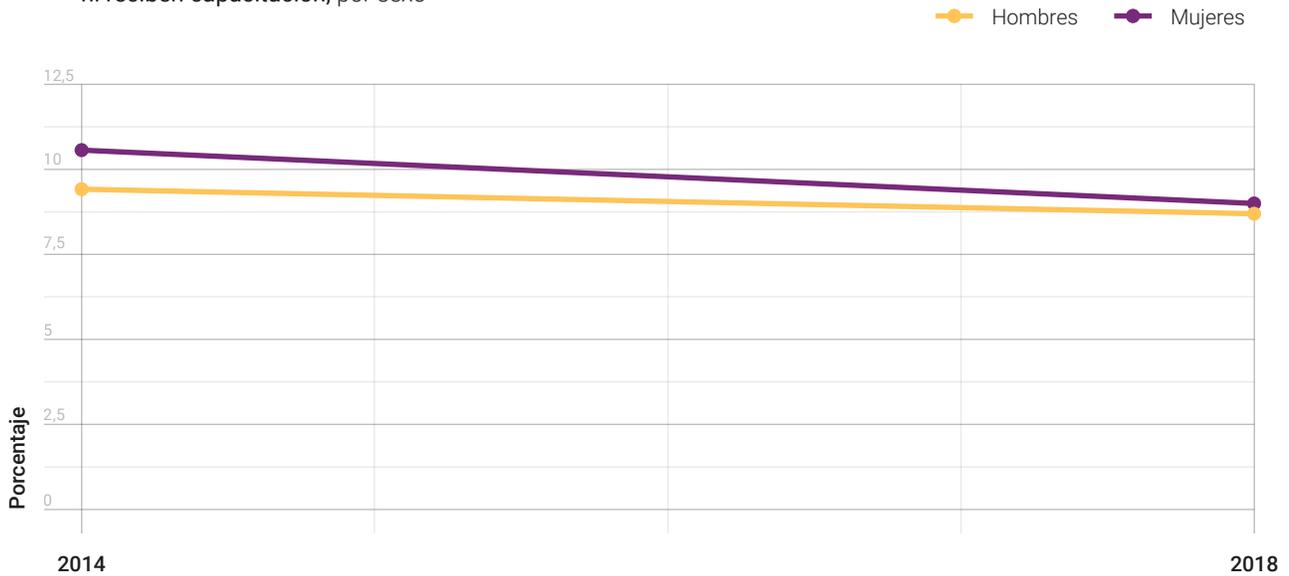
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

IV Encuesta Demográfica y de Salud, 2019

V Proporción de niños en edad escolar oficial que están matriculados en la escuela con relación a la población en edad escolar oficial correspondiente.

El grupo de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (es decir, la población nini) cuantifica el porcentaje de jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación y sin empleo. En Sierra Leona, este porcentaje ha descendido gradualmente entre las mujeres y los hombres, y en 2019 era prácticamente idéntico para ambos sexos.

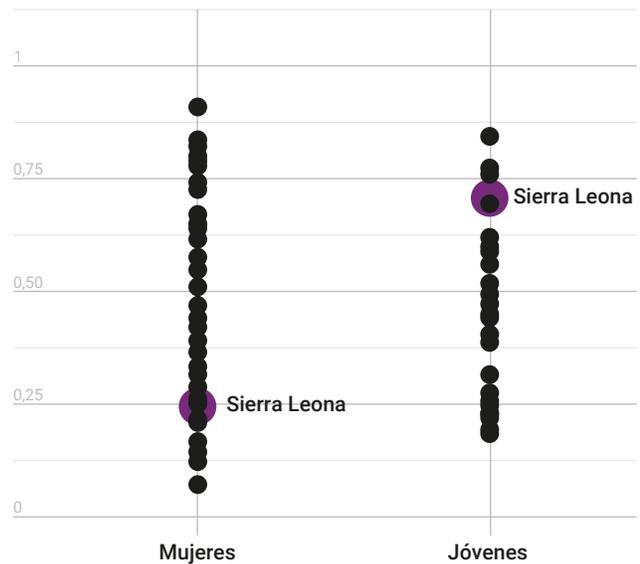
Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, por sexo



Fuente: Encuesta sobre la fuerza de trabajo, 2014 y encuesta integrada de hogares, 2018

El ODS 16 aspira a promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas. Una de las metas que lo componen consiste en garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades. La proporción de mujeres parlamentarias en Sierra Leona es una de las más bajas de la región; por el contrario, la proporción de personas jóvenes parlamentarias se encuentra entre las más altas (indicador 16.7.1 de los ODS).

Relación entre la proporción de población en el parlamento y la proporción de la población nacional, cámara baja o unicameral, países de África Subsahariana



Fuente: Unión Interparlamentaria, 2022

Desde la Cumbre de Nairobi, Sierra Leona ha puesto en marcha su Estrategia Nacional de Respuesta a la Violencia Sexual y por Razón de Género. Asimismo, se está estableciendo un observatorio nacional del dividendo demográfico.

En su examen nacional voluntario de 2021, Sierra Leona mencionó explícitamente los progresos realizados en relación con sus compromisos nacionales derivados de la CIPD25 que persiguen lograr cero necesidades insatisfechas de planificación familiar, cero muertes maternas evitables y cero casos de violencia por razón de género y prácticas nocivas.

Antes de eso, Sierra Leona fue objeto de examen durante el 38º período de sesiones del Grupo de Trabajo del Examen Periódico Universal durante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en mayo de 2021. El país recibió 274 recomendaciones, de las que un mínimo de 136 (casi la mitad de la totalidad) estaban relacionadas con la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25.

REPÚBLICA UNIDA DE TANZANIA



66.455.900

POBLACIÓN
TOTAL I

POBLACIÓN DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOR I

63,35%

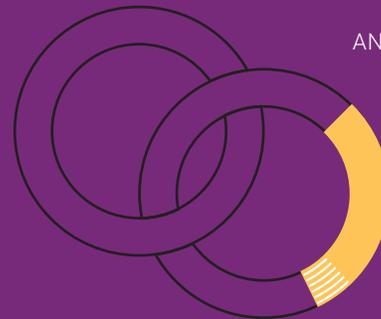
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
(de entre 15 y 49 años) I

16.110.640

POBLACIÓN DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD
(hombres + mujeres) I

13.363.090

MUJERES (de entre 20 y 24 años) QUE
ESTABAN CASADAS O MANTENÍAN UNA
UNIÓN ESTABLE POR PRIMERA VEZ II



ANTES DE CUMPLIR
LOS 18 AÑOS

30,5%

ANTES DE
CUMPLIR
LOS 15 AÑOS

5,2%

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

524

(por cada 100.000 nacidos vivos) II

100.000

TASA TOTAL DE FECUNDIDAD I (nacimientos por mujer)

4,66



TASA DE FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES (de entre 15 y 19 años) I

126

(nacimientos por cada 1.000 niñas)





15,2% DE NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (todas las mujeres) ^{III}

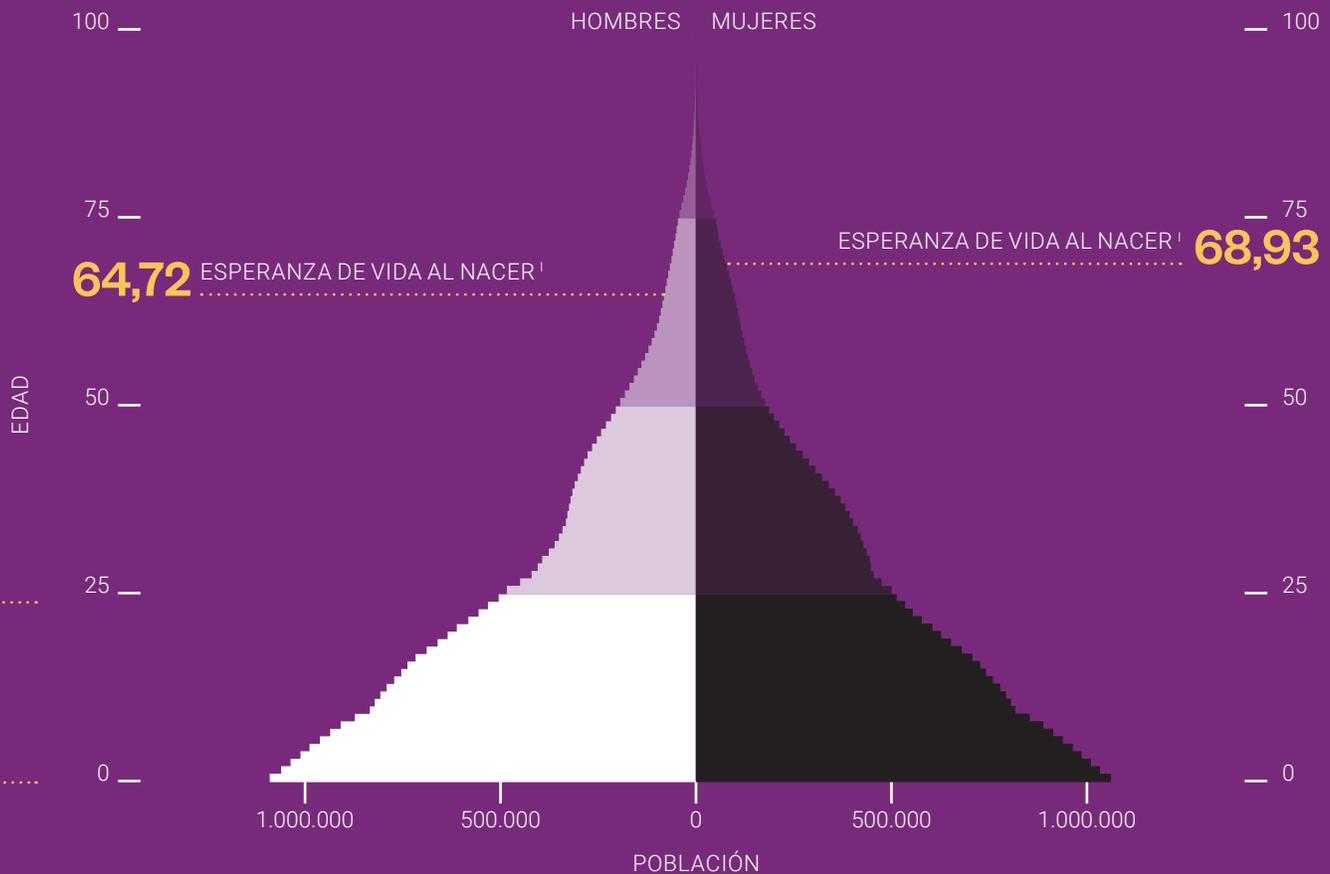


62% DE DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA MEDIANTE MÉTODOS MODERNOS (todas las mujeres) ^{III}



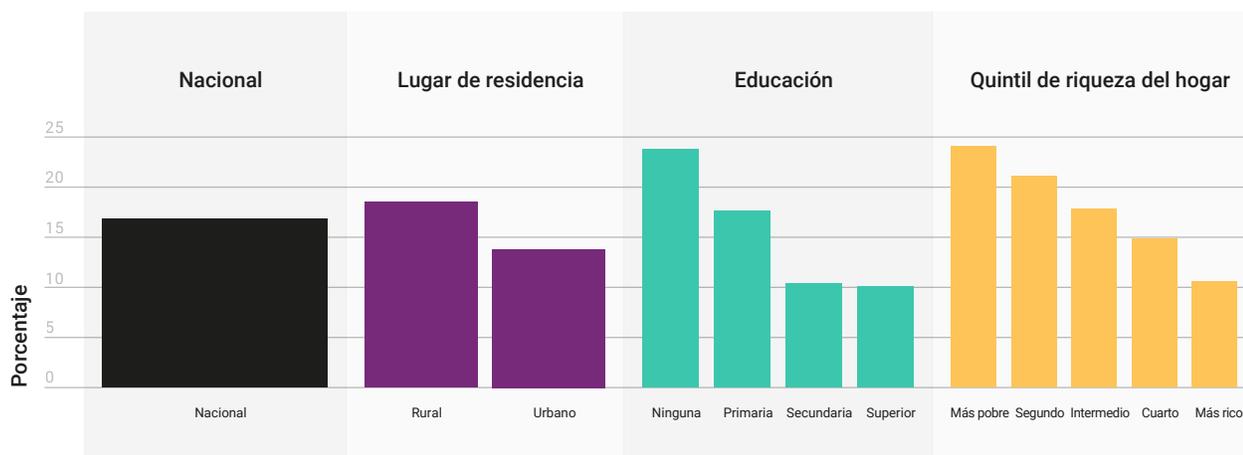
63,5% DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO ^{II}

Como parte de los compromisos derivados de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, la República Unida de Tanzania se ha comprometido a acelerar la ejecución y financiación del Programa de Acción de la CIPD25, de acuerdo con la Visión del Desarrollo de Tanzania 2025. El país se ha comprometido a impulsar los esfuerzos encaminados a lograr cero necesidades insatisfechas de servicios de planificación familiar con el fin de **promover la supervivencia materno infantil.**



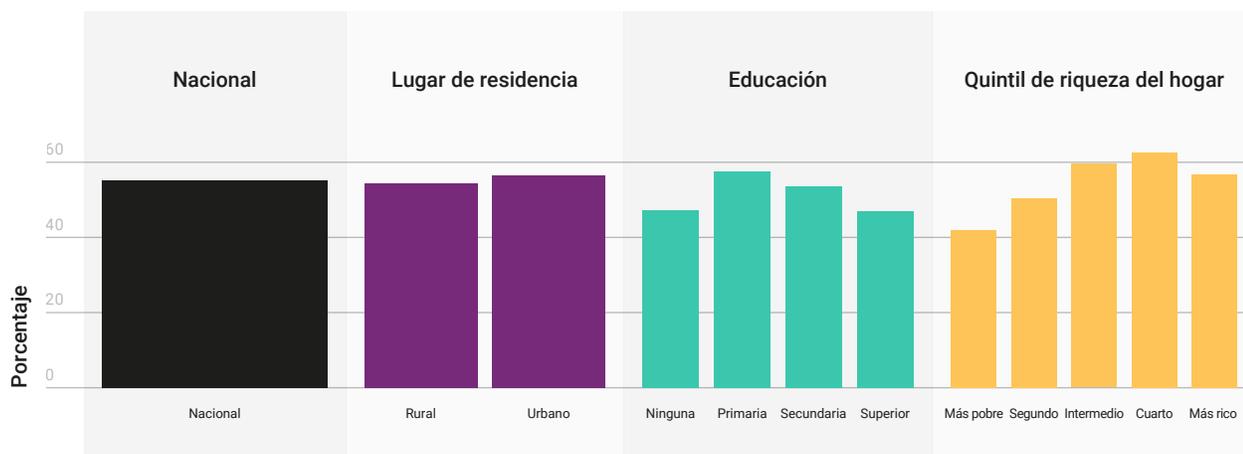
La República Unida de Tanzania es uno de los ocho países donde se concentrará más de la mitad del aumento de la población mundial previsto de aquí a 2050^{IV}. En 2022, la tasa total de fecundidad de Tanzania —el número de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de la edad de procrear— se estimó en 4,66^V. La tasa total de fecundidad y las necesidades insatisfechas de planificación familiar registradas son más altas entre las mujeres de las zonas rurales, las mujeres sin estudios o que solo han completado la educación primaria, y las mujeres de los hogares más pobres y los segundos más pobres. Según la Encuesta Demográfica y de Salud de Tanzania de 2015/2016, el 32% de las mujeres que estaban casadas o mantenían una unión estable utilizaban métodos anticonceptivos modernos, y la demanda satisfecha mediante este tipo de métodos era del 52,9%. Tanto el uso como la demanda satisfecha actuales de métodos modernos son más altos entre las mujeres de las zonas urbanas y las de los hogares de ingreso medio y más alto. Tanzania se ha comprometido a aumentar hasta el 42% el predominio del uso de métodos anticonceptivos modernos entre el conjunto de las mujeres para 2025. Como parte de este esfuerzo, ha procurado detectar las deficiencias en las políticas y directrices existentes, y determinar las esferas que han de ser objeto de revisión y armonización; promover los conocimientos y competencias de los proveedores de servicios en materia de planificación familiar después del parto y el aborto; y fomentar la capacidad de los proveedores de asistencia sanitaria en relación con el autocuidado apropiado respecto a los métodos anticonceptivos a corto plazo, la documentación y la información^{VI}.

Necesidades insatisfechas de planificación familiar, todas las mujeres



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, todas las mujeres



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

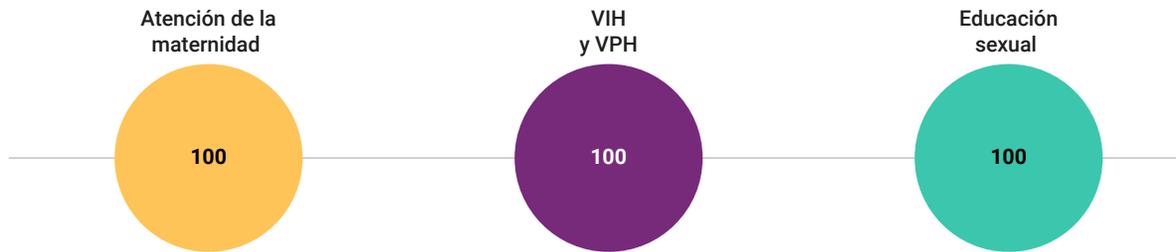
IV World Population Prospects 2022

V *Ibid.*

VI <https://fp2030.org/tanzania>

El indicador 5.6.2 de los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) refleja la medida en que las leyes predominantes facilitan o impiden el acceso pleno e igualitario a la salud y los derechos. Tanzania ha logrado un 100% de leyes y reglamentos habilitantes que garantizan a los hombres y las mujeres un acceso pleno e igualitario a los servicios relacionados con el VIH y el virus del papiloma humano (VPH), la educación sexual, y los servicios de anticoncepción y planificación familiar. Si bien es encomiable que exista una serie de marcos jurídicos, la aplicación e implementación van a la zaga.

Grado en que Tanzania dispone 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



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022

Desde la Cumbre de Nairobi, los compromisos de Tanzania se han reflejado en algunos documentos estratégicos y de desarrollo del país, como el Quinto Plan Estratégico para el Sector de la Salud y el Plan Nacional Presupuestado de Implementación de la Planificación Familiar. Asimismo, se ha desarrollado una herramienta para el seguimiento de los compromisos de la CIPD en el plano regional que se adaptó al plano nacional.

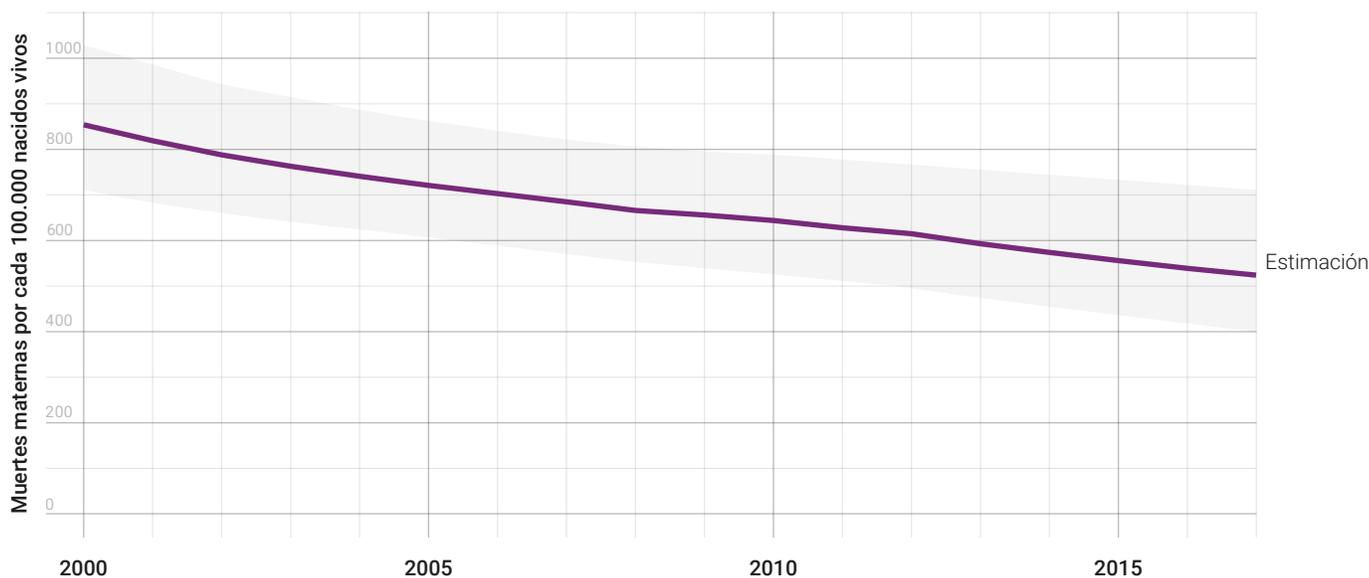
Tanzania fue objeto de examen durante el 39º período de sesiones del Grupo de Trabajo del Examen Periódico Universal (EPU) en enero de 2021. El país recibió 252 recomendaciones, de las que un mínimo de 113 (el 45% de la totalidad) estaban relacionadas con la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25.

En la Cumbre de Nairobi, Tanzania se comprometió a redoblar los esfuerzos encaminados a lograr cero enfermedades y muertes maternas evitables. Esto incluye el compromiso de aumentar la asignación presupuestaria nacional a la salud con el propósito de cumplir la meta del 15% de la Declaración de Abuja; así como el compromiso de implantar en 2030 un plan de estudios de partería basado en competencias con el fin de promover la prestación de una atención de calidad. Asimismo, Tanzania se ha comprometido a acelerar la integración de los servicios relacionados con el VIH y otros servicios de salud reproductiva con vistas a reducir la carga del VIH, lo que incluye la reducción de la transmisión maternoinfantil a menos del 5% para 2030.

La tasa de mortalidad materna de Tanzania descendió entre 2000 y 2017, año en el que se estimaron 524 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Esta tasa se encuentra a medio camino entre las tasas más altas y las más bajas registradas por los países de la región. Al reconocer la repercusión que tienen los abortos en condiciones de riesgo, el compromiso número 3 de la Cumbre de Nairobi resalta 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 universal de salud, 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”. El aborto está prohibido en Tanzania, con la única excepción de salvar la vida de la madre.

Tasa de mortalidad materna (2000-2017)

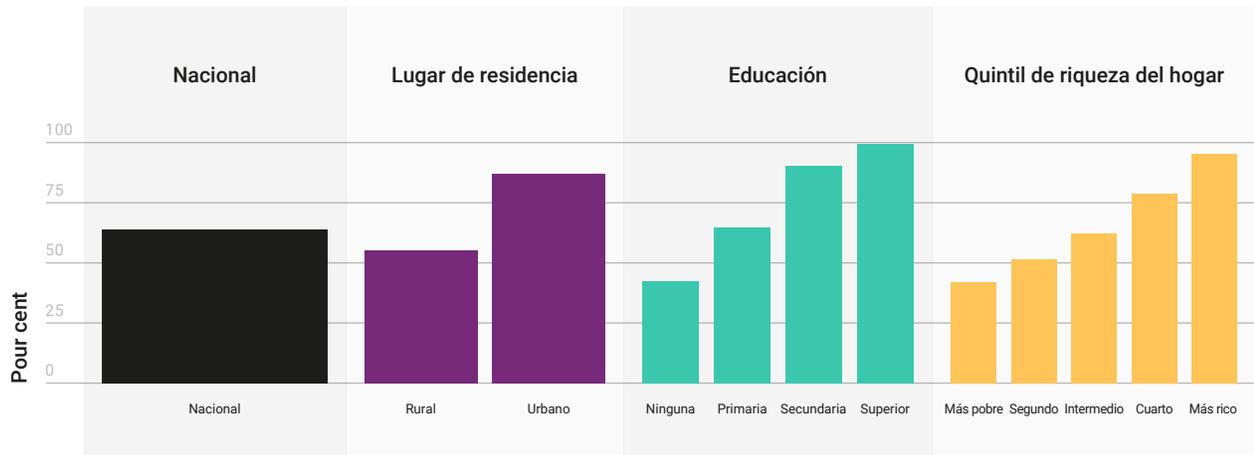
■ Intervalo de incertidumbre del 80%



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2019

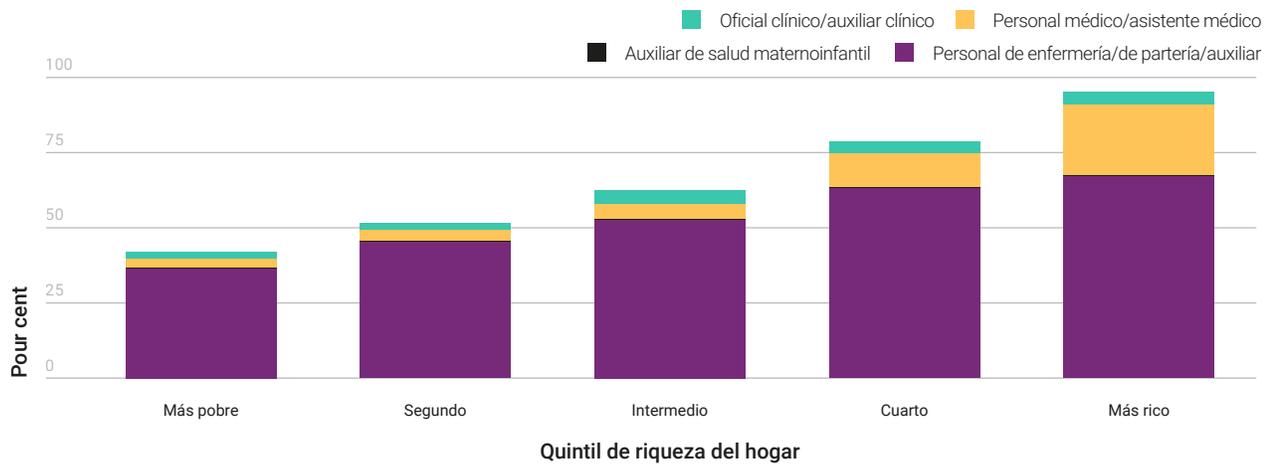
En 2016, el 63,5% de los partos en el país estuvieron atendidos por personal sanitario especializado, y el 62,6% tuvieron lugar en un establecimiento de salud. Entre las mujeres casadas de 15 a 49 años de edad con un hijo nacido vivo en los últimos dos años, las cifras más altas de partos atendidos por personal sanitario especializado se registraron entre las mujeres de las zonas urbanas, las mujeres con educación secundaria y superior, y las mujeres de los hogares más acomodados. Este es el caso también para los partos en establecimientos de salud. La mayoría de los partos se llevan a cabo con la asistencia de personal de enfermería y partería o de enfermería auxiliar, proporción aumenta conforme se incrementa la riqueza del hogar. La proporción de partos atendidos por personal médico y oficiales médicos auxiliares también aumenta a la par que la riqueza del hogar.

Partos asistidos por personal sanitario especializado



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

Personal de atención al parto especializado por quintil de riqueza



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

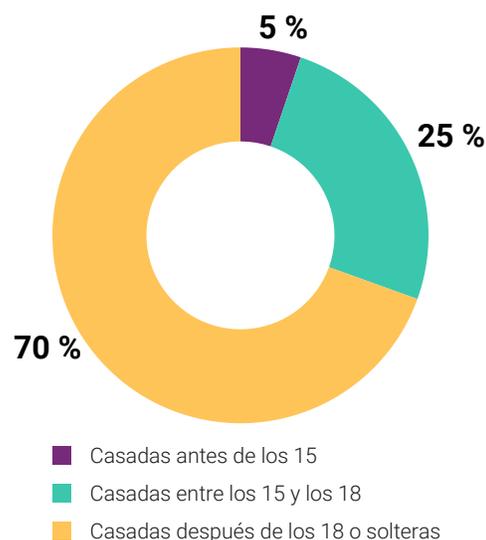
Como parte de los compromisos derivados de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, Tanzania se ha comprometido a poner fin a todas las formas de violencia sexual y por razón de género, lo que incluye cero casos de matrimonio infantil y de mutilación genital femenina, con el fin de desarrollar el potencial de todas las personas como agentes del cambio en su sociedad.

En Tanzania, el 40% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad han sufrido violencia física, y el 17%, violencia sexual. El 44% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad han sufrido violencia física o sexual ejercida por su pareja; el predominio de la violencia conyugal es más alto en las zonas rurales (52% frente al 45% en las zonas urbanas), y casi el 30% de las niñas sufren violencia sexual antes de cumplir los 18 años^{VII}.

El predominio de la práctica de la mutilación genital femenina (MGF) en Tanzania entre las mujeres de 15 a 49 años de edad ha disminuido a lo largo del último decenio, del 18% en 1996 al 10% en 2016, pero nuevamente se observan variaciones regionales significativas^{VIII}. En Tanzania, la MGF suele tener lugar cuando las niñas son muy pequeñas, o tras cumplir los 13 años. Esta práctica es más común en el centro y el norte del país, y en casi todos los casos la realizan practicantes de la medicina tradicional^{IX}.

Tanzania tiene una de las tasas más altas de matrimonio infantil de la región y del mundo. Según los datos más recientes disponibles, el 30% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad estaban casadas antes de cumplir los 18 años, y un 5%, antes de cumplir los 15.

Distribución de la edad de matrimonio (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

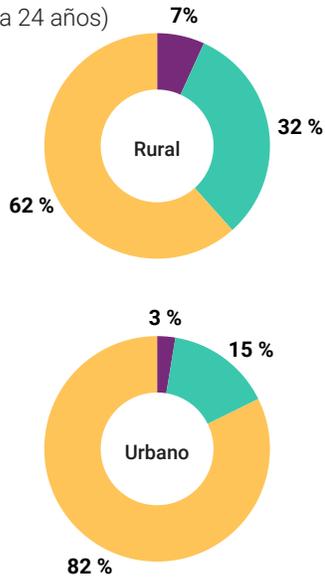
VII Banco Mundial, "Tanzania Gender-Based Violence Assessment"

VIII <https://www.28toomany.org/country/tanzania/>

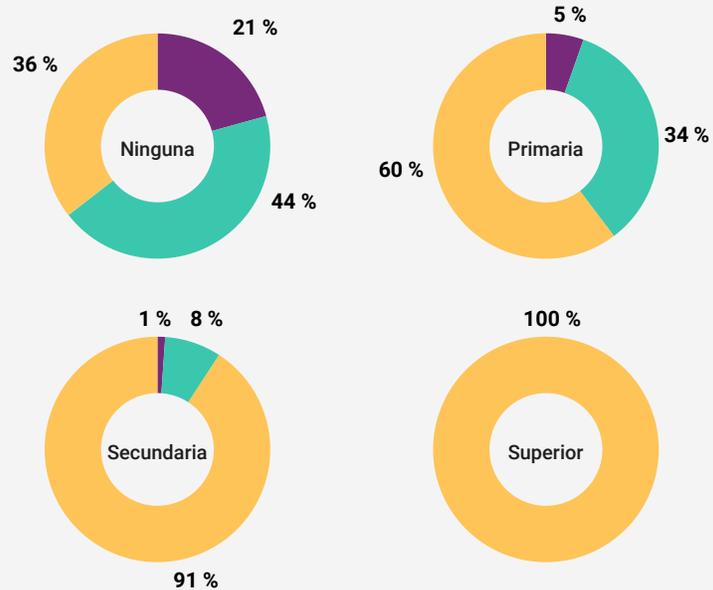
IX *Ibid.*

La mayoría de las mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas antes de cumplir los 18 años proceden de las zonas rurales (39%), en comparación con las de las zonas urbanas (18%). Aproximadamente el 65% de las mujeres casadas antes de cumplir los 18 años no tienen estudios, mientras que el 39% ha completado la educación primaria. La incidencia del matrimonio antes de cumplir los 18 años también es más alta entre las mujeres de los hogares más pobres (49%) y los segundos más pobres (47%).

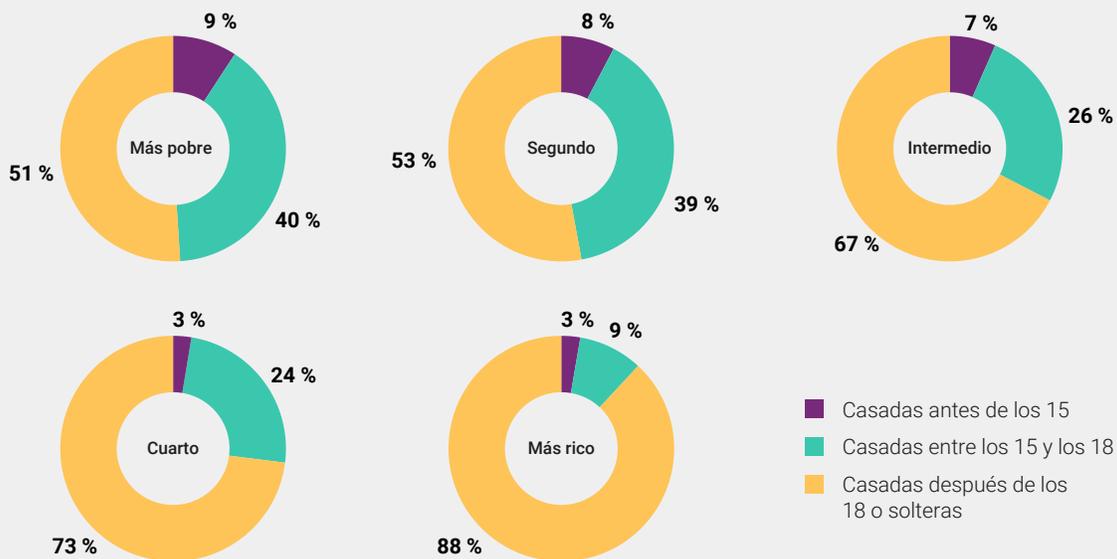
Distribución de la edad de matrimonio por lugar de residencia (mujeres de 20 a 24 años)



Distribución de la edad de matrimonio por nivel educativo (mujeres de 20 a 24 años)



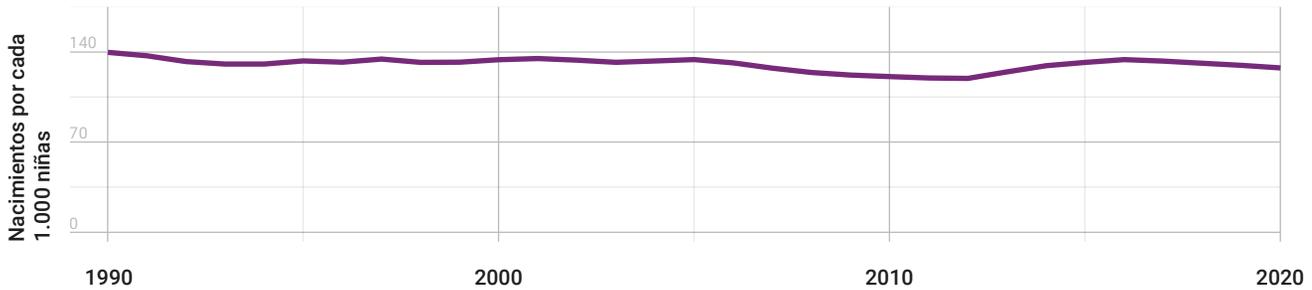
Distribución de la edad de matrimonio por quintil de riqueza del hogar (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

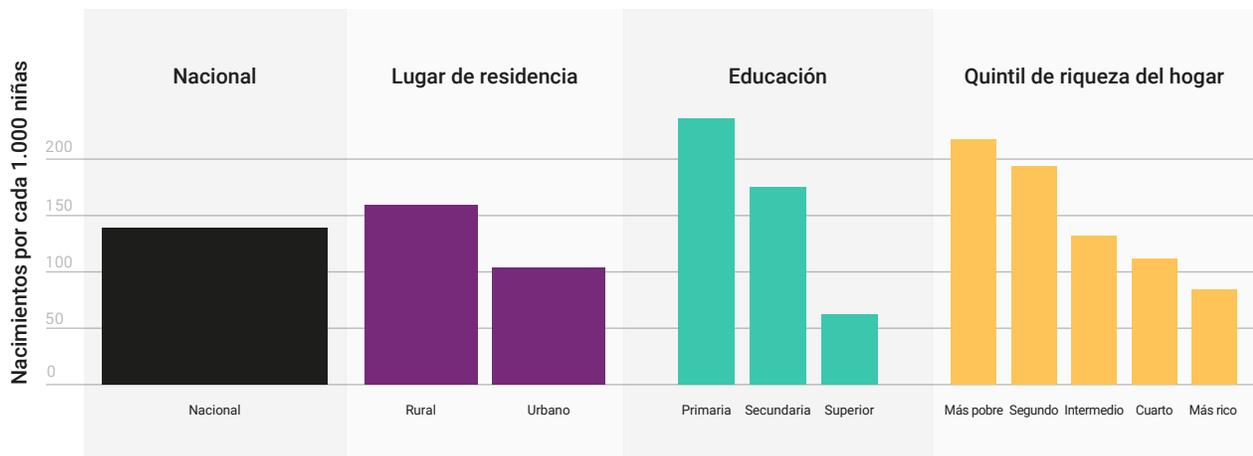
La tasa de fecundidad de las adolescentes en Tanzania se ha mantenido relativamente estable entre 1990 y 2020, y se ha estimado en 123 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años en 2022, lo que la convierte en una de las más altas de la región. Con relación al promedio nacional, la tasa de fecundidad de las adolescentes en Tanzania es más alta en las zonas rurales (1,5 veces mayor que en las zonas urbanas), entre las niñas sin estudios (casi 4 veces más alta que entre las niñas que han completado la educación secundaria o superior), y entre las niñas de los hogares más pobres (3 veces mayor que las de los hogares más acomodados). Los nacimientos entre las mujeres de 15 a 19 años de edad son más frecuentes entre las niñas de las zonas rurales, las que no tienen estudios o solo han completado la educación primaria, y las niñas de los hogares más pobres.

Tasa de fecundidad de las adolescentes, 1990-2020



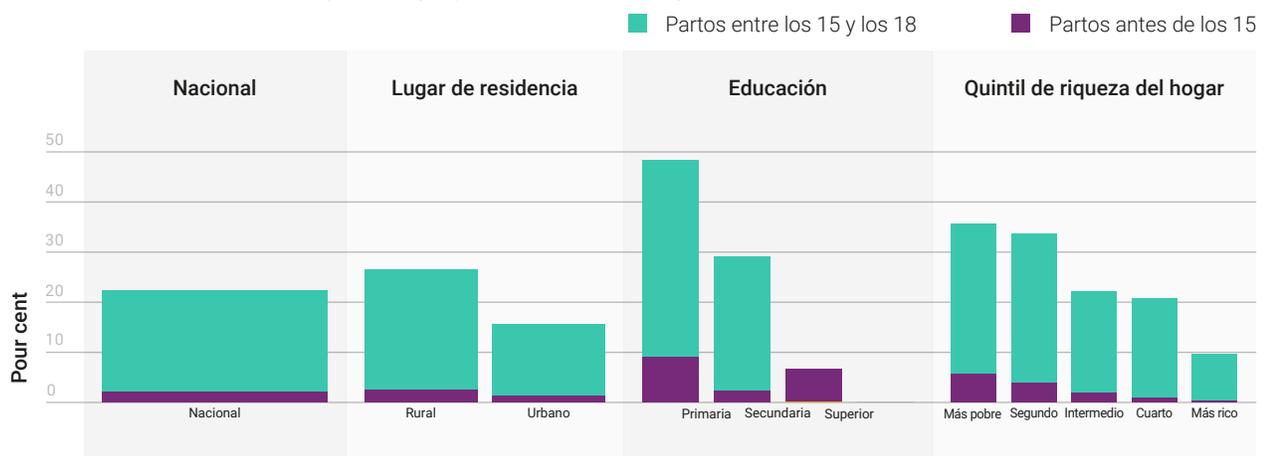
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2019

Tasa de fecundidad de las adolescentes



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

Partos antes de los 15 y los 18 (mujeres de 20 a 24 años)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

Los compromisos contraídos en la CIPD25 por Tanzania incluyen:



Aumentar la proporción de jóvenes en órganos decisorios para 2030.



Aumentar el acceso de la población adolescente y joven a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y apropiados para la edad dentro y fuera de las escuelas y en los establecimientos de salud.

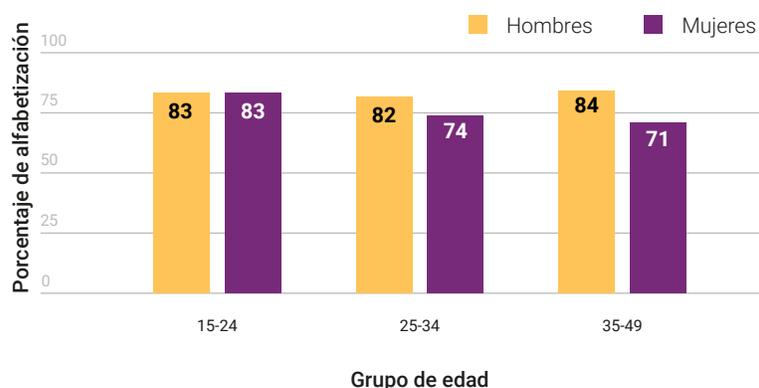


Empoderar a adolescentes y jóvenes e invertir en su educación, oportunidades de empleo y salud, incluidos los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva.

Las adolescentes y las jóvenes representan el 80% de las 28.000 nuevas infecciones por el VIH anuales en Tanzania; las tasas de prevalencia entre las jóvenes de 20 a 24 años de edad casi duplican las de los hombres jóvenes^x.

La tasa de alfabetización de Tanzania es la misma entre los hombres y las mujeres de 15 a 24 años de edad, mientras que las mujeres de 25 a 34 años y de 35 a 49 años registran tasas de alfabetización más bajas que los hombres de los mismos grupos de edad. La educación secundaria completa la educación básica que comienza en el nivel de primaria y pretende sentar los cimientos del aprendizaje a lo largo de la vida y del desarrollo humano, al ofrecer una formación más centrada en las materias o competencias, que imparten docentes especializados. La tasa neta de asistencia a la escuela secundaria de Tanzania^{xi} era de 27; 27 en el caso de las niñas y 26 en el de los niños. En un informe de 2020 de la Oficina Nacional de Estadística se señalaba que el porcentaje de niños y niñas de entre 7 y 13 años que asistían a la escuela primaria era de más del 90%, pero que solo 1 de cada 3 adolescentes (niños y niñas) completaban la escuela secundaria. Según un estudio realizado por el Banco Mundial en 2018 sobre las niñas en la educación secundaria en Tanzania, las tasas altas de matrimonio infantil contribuyen al porcentaje elevado de embarazos en la adolescencia y, por ende, a que algo menos de 3 de cada 4 niñas no consigan finalizar la educación secundaria. En noviembre de 2021, el Gobierno de Tanzania anunció que se levantaba la prohibición que impedía a las madres adolescentes continuar su educación, y que se les concedían dos años para volver a la escuela tras dar a luz.

Tasa de alfabetización por edad y sexo



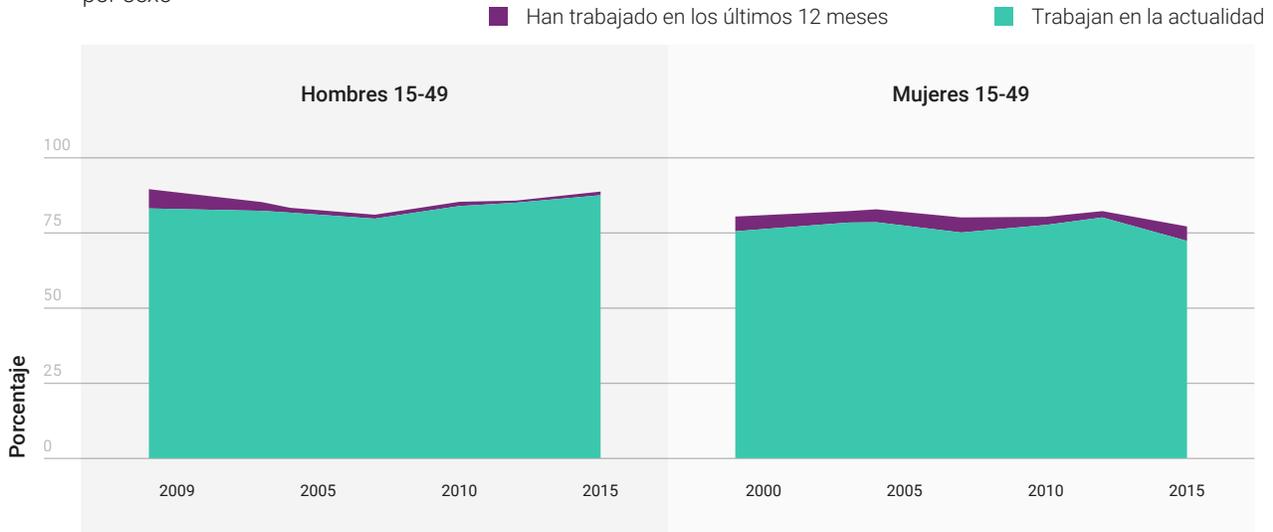
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2015

X Encuesta sobre la repercusión del VIH en Tanzania 2016-2017.

XI Proporción de niños en edad escolar oficial que están matriculados en la escuela con relación a la población en edad escolar oficial correspondiente.

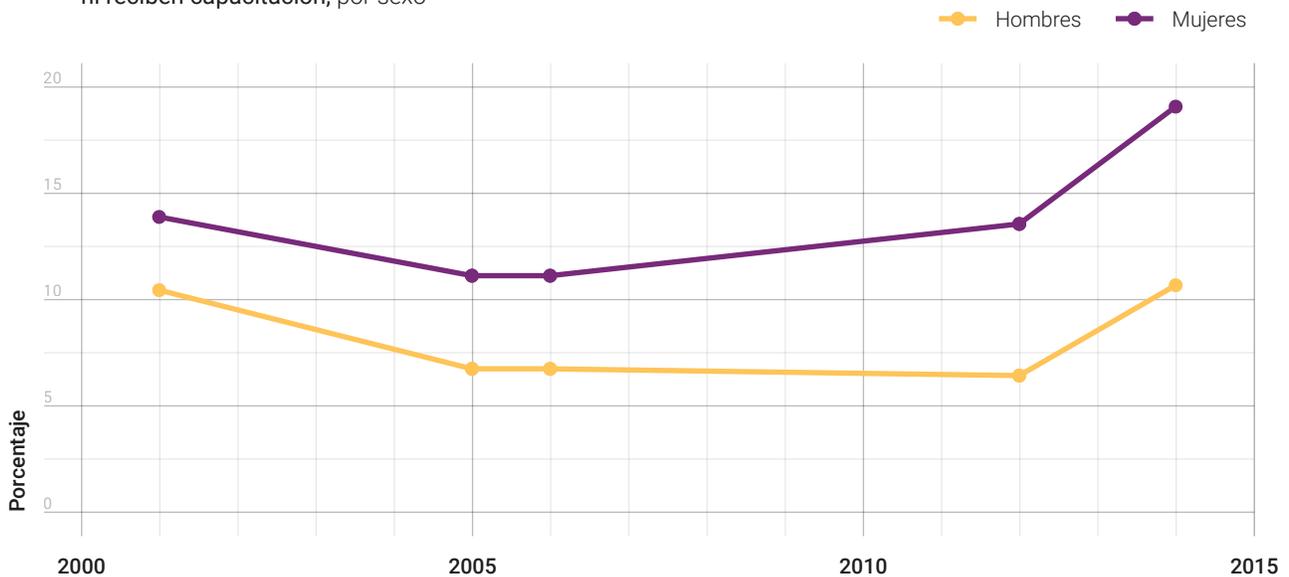
Las tendencias del empleo tanto de los hombres como de las mujeres se han mantenido considerablemente estables entre 2001 y 2016. El porcentaje de hombres que estaban trabajando “en la actualidad” ha aumentado durante este período, mientras que el de las mujeres ha experimentado un ligero descenso. El grupo de jóvenes que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación (es decir, la población nini) cuantifica el porcentaje de jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación y sin empleo. En Tanzania, este porcentaje se ha mantenido relativamente estable entre los hombres de 2008 a 2017, pero ha ido en aumento en el caso de las mujeres.

Tendencias del empleo (personas que trabajan en la actualidad y han trabajado en los últimos 12 meses) por sexo



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 1999-2015

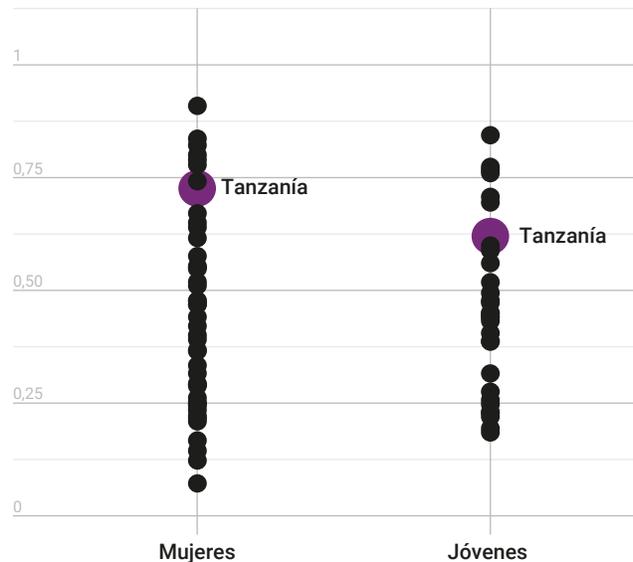
Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación, por sexo



Fuente: Encuesta sobre la fuerza de trabajo, 2001, 2005, 2006, 2014; encuesta sobre el presupuesto del hogar, 2012

El ODS 16 aspira a promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas. Una de las metas que lo componen consiste en garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades. La proporción de mujeres parlamentarias en Tanzania es una de las más altas de la región, mientras que la proporción de personas jóvenes parlamentarias se encuentra ligeramente por encima de la mediana de la región (indicador 16.7.1 de los ODS).

Relación entre la proporción de población en el parlamento y la proporción de la población nacional, cámara baja o unicameral, países de África Subsahariana



Fuente: Unión Interparlamentaria, 2022

En 2022, Tanzania concluyó el ejercicio de recopilación de datos para su censo de población y vivienda más reciente, en el que se adaptaron tecnologías nuevas y avanzadas y se logró una cobertura del 99,99%. Según las proyecciones realizadas antes del censo, se prevé que la población del país alcance una cifra de entre 61,3 y 64 millones de habitantes. El principal factor que contribuye al aumento de la población del país es la fecundidad; los embarazos en la adolescencia contribuyen considerablemente al gran número de jóvenes y niños en relación con el conjunto de la población nacional. Las disparidades en las tasas de fecundidad según los ingresos y el nivel de estudios agravan la repercusión del crecimiento demográfico en las tasas de pobreza. La población mundial está a punto de alcanzar los 8.000 millones, y Tanzania es uno de los ocho países donde se concentrará la mitad del aumento de la población mundial previsto de aquí a 2050^{XII}. Pese al compromiso explícito derivado de la CIPD25 de aprovechar el dividendo demográfico, a menos que se adopten medidas adicionales para reducir sustancialmente las tasas de fecundidad —tales como la aceleración rápida de las tendencias actuales en relación con la adopción de métodos anticonceptivos modernos— y se hagan esfuerzos por eliminar las causas subyacentes de las altas tasas de fecundidad, en especial entre las personas con menos estudios y la población pobre de las zonas rurales, Tanzania no verá un dividendo demográfico hasta después de 2060.

XII World Population Prospects 2022

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 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 Fondo de Población de las Naciones Unidas (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. El Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales se presentó en 2021 y se incluyó en el informe de la Comisión de Alto Nivel para el Seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, y se ha actualizado en 2022.

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. El anexo A presenta los indicadores de referencia junto con las puntuaciones globales regionales correspondientes a cada compromiso en 2021, así como las puntuaciones de la actualización de 2022.

Selección de los indicadores

Los indicadores de cada compromiso mundial¹ 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 de 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 Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) (la proporción de mujeres que toman sus propias decisiones informadas sobre la atención de la salud reproductiva, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales). En un principio, las subsecciones de este indicador se propusieron como indicadores de los compromisos mundiales 2, 3 y 5. No obstante, se decidió no incluirlo debido a la falta de datos sobre un elevado número de países y regiones. Dado que este indicador resulta clave de cara a 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.

¹ Excepto los compromisos 1, 6 y 7.

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 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:

$$\text{Indicador a escala} = \frac{\text{Indicador} - \text{EscalaMín}}{\text{EscalaMáx} - \text{EscalaMín}}$$

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.



El Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales 2022 utiliza círculos y triángulos, junto con colores, para representar la puntuación del sistema de evaluación correspondiente a cada indicador. Los círculos indican que la diferencia registrada con relación a 2021 no era suficiente como para cambiar el color del sistema de evaluación. Los triángulos indican que se ha producido un cambio en las puntuaciones lo bastante significativo como para introducir un nuevo color en el sistema de evaluación. Los triángulos que apuntan hacia arriba designan avances, mientras que los que apuntan hacia abajo indican retrocesos.

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 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 22 muestra el número de países representados en cada región.

Perfiles de países

En 2022, se elaboraron una serie de perfiles de países con el fin de seguir desarrollando el concepto de justicia sexual y reproductiva, así como de complementar el Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales de 2022 y el informe en proceso de elaboración tras la presentación del primer informe “Ninguna excepción, ninguna exclusión: garantizar la salud, los derechos y la justicia sexuales y reproductivos para todas las personas”. Como parte de este ejercicio, se utilizaron varios criterios para seleccionar los países cuyos perfiles se iban a elaborar. Primero, se llevó a cabo un ejercicio con el objeto de determinar el posible nivel de desglose de cada uno de los indicadores incluidos en el Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales. Los miembros del Grupo de Trabajo de la Comisión sobre el Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales se sirvieron de este análisis para clasificar los indicadores incluidos en el marco según su importancia para representar el concepto de justicia sexual y reproductiva. Tras este ejercicio, se preseleccionaron dos o tres países por región con el fin de elaborar sus perfiles a partir de una serie de criterios adicionales:

- Países que contaban con una Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) o una encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) recientes (es decir, posteriores a 2015), incluidos aquellos países en los que se están llevando a cabo nuevas rondas de encuesta en 2022.
- Países que se han comprometido a cumplir los compromisos de Nairobi.
- Países que cuentan con un informe sobre el sistema de información estratégica (SIS), o que han realizado un examen nacional voluntario (ENV), o se han sometido a un examen periódico universal (EPU) y han recibido recomendaciones sobre la aplicación de los compromisos, o que disponen de un Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (MCNUDS), o son beneficiarios de subvenciones iniciales de seguimiento de la CIPD25 con la financiación del Gobierno de Dinamarca.

En los perfiles de países en desarrollo, se identificaron y resaltaron los compromisos nacionales clave contraídos por el país (y posiblemente por otras partes interesadas nacionales) en la Cumbre de Nairobi y posteriormente. Asimismo, mediante el uso de los datos más recientes disponibles para cada país en particular, (p. ej., los datos de una EDS, MICS, etc.), cada perfil examina los datos en el plano nacional con una perspectiva orientada a detectar las diferencias en los indicadores por ubicación geográfica, por región (subnacional), y según otros aspectos, como la edad, la riqueza del hogar, la educación, etc. Además, se ha procurado garantizar el equilibrio interregional al seleccionar los países presentados en los perfiles. Los perfiles se entenderán como un conjunto de ejemplos que brindan la oportunidad de profundizar en las posibles discrepancias en los resultados de salud sexual y reproductiva en el plano nacional, al tiempo que se presta una atención especial a las cuestiones relacionadas con la interseccionalidad, de manera que se ofrezca orientación sobre cómo se debe aplicar el marco de la justicia sexual y reproductiva. Los perfiles de países pueden ayudar a impulsar la acción sobre el terreno, y la Comisión se propone elaborar perfiles adicionales para una serie de países, además de los incluidos en el presente informe.

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, 2022

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Asia Central y Meridional | 0,629 | 0,763 | 0,795 | 0,738 | 0,641 | 0,589 | 0,304 | 0,665 | 0,552 | 0,457 |
| Asia Oriental y Sudoriental | 0,744 | 0,850 | 0,854 | 0,878 | 0,839 | 0,750 | 0,400 | 0,721 | 0,575 | 0,671 |
| Europa y América del Norte | 0,821 | 0,832 | 0,947 | 0,877 | 0,930 | 0,897 | 0,723 | 0,809 | 0,672 | 0,585 |
| América Latina y el Caribe | 0,690 | 0,744 | 0,828 | 0,794 | 0,845 | 0,708 | 0,608 | 0,741 | 0,621 | 0,150 |
| África Septentrional y Asia Occidental | 0,662 | 0,738 | 0,811 | 0,689 | 0,686 | 0,639 | 0,396 | 0,599 | 0,539 | 0,740 |
| Oceanía | sin datos | 0,795 | 0,857 | sin datos | 0,848 | 0,857 | 0,498 | 0,621 | 0,698 | 1,000 |
| África Subsahariana | 0,527 | 0,551 | 0,559 | 0,637 | 0,599 | 0,498 | 0,433 | 0,480 | 0,536 | 0,389 |

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 fecundidad de las 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. | World Population Prospects 2022 |
| 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). | Base de datos mundial de los ODS |
| Necesidades insatisfechas de métodos 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. | World Contraceptive Use 2022 |

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 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 universal de salud, 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 universal de salud (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. | Base de datos mundial de los ODS |
| 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). | Base de datos mundial de los ODS |
| 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). | Base de datos mundial de los ODS |
| 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. | Base de datos mundial de los ODS |
| 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 de Seguimiento de los Compromisos Mundiales, a cada categoría se le ha asignado un nivel numérico (es decir, "totalmente prohibido" = 0; "para salvar la vida de la mujer" = 0,25; "para preservar la salud" = 0,5; "variación subnacional para salvar la vida de la mujer y a petición existente en distintas jurisdicciones" = 0,625; "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 universal de salud (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 |
| 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. | Informe de <u>ONUSIDA</u> 2022 |

| 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 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). | Base de datos mundial de los ODS |

Cuadro 7. Compromiso mundial 4: ponderaciones, escalas y umbrales de corte de los indicadores

| 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 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^{II}; 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 un asterisco emplean una escala invertida para los umbrales de corte.

II 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, y se determinó que es poco probable que estos indicadores cambien sustancialmente en períodos anuales o bianuales debido a la forma en que se registran. Por esta razón, la matriz actual no incluye ningún indicador relativo a la mutilación genital femenina.

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 han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses. | Base de datos mundial de los ODS |
| 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. | Base de datos mundial de los ODS |
| 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). | Base de datos mundial de los ODS |
| 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. | Base de datos mundial de los ODS |
| Los actos sexuales consentidos 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 personas adultas 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 (ILGA) |

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 consentidos 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 instrumentos y estructuras de financiación nuevos, 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 (nini), en forma de porcentaje del número total de jóvenes del grupo etario correspondiente, según el género. | Base de datos mundial de los ODS |
| 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. | Base de datos mundial de los ODS |

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). | Base de datos mundial de los ODS |
| 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). | Base de datos mundial de los ODS |
| 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). | Base de datos mundial de los ODS |
| 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). | Base de datos mundial de los ODS |
| 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). | Base de datos mundial de los ODS |

| INDICADOR | DEFINICIÓN | FUENTE |
|---|--|---|
| Protección frente a los delitos de odio | El informe <i>"Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación"</i> 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 <i>"Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación"</i> 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, 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.

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 Open Definition y Open Data Charter). | Inventario de Datos Abiertos (ODIN) de Open Data Watch |
| 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. | Base de datos mundial de los ODS |
| 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 necesarios 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 operacionales comunes cuentan con algún año de referencia dentro de los tres años previos al año en curso. | Conjuntos de datos operacionales comunes de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) |

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 implicación y participación significativas (“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

Velar 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.

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. | UNFPA |

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

Cuadro 21. Umbrales de corte, ajustados a escala, de los indicadores incluidos en los compromisos

| | CORTE 1 A ESCALA | CORTE 2 A ESCALA | CORTE A ESCALA |
|---|---------------------|---------------------|-------------------|
| Compromiso 2 | | | |
| 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 |
| Compromiso 3 | | | |
| Índice de cobertura universal de salud | 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 |
| Compromiso 4 | | | |
| 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 |
| Compromiso 5 | | | |
| 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 |

| | CORTE 1 A ESCALA | CORTE 2 A ESCALA | CORTE A ESCALA |
|---|---------------------|---------------------|-------------------|
| Compromiso 8 | | | |
| 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 |
| Compromiso 9 | | | |
| 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 |
| Compromiso 10 | | | |
| 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 |
| Compromiso 11 | | | |
| 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 |
| Compromiso 12 | | | |
| 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, 2022

| REGIÓN | VALOR DEL ÍNDICE COMPUESTO |
|--|----------------------------|
| Asia Central y Meridional | 0,629 |
| Asia Oriental y Sudoriental | 0,744 |
| Europa y América del Norte | 0,821 |
| América Latina y el Caribe | 0,690 |
| África Septentrional y Asia Occidental | 0,662 |
| Oceanía | sin datos |
| África Subsahariana | 0,527 |

Cuadro 24. Resultados del compromiso mundial 2 por región, 2022

| | | 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 de fecundidad de las adolescentes | Valor del índice | 0,862 | 0,899 | 0,944 | 0,739 | 0,803 | 0,938 | 0,503 |
| | Núm. de países | 13 | 14 | 26 | 26 | 17 | 10 | 48 |
| | % de población | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 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) | Valor del índice | 0,783 | 0,886 | 0,872 | 0,786 | 0,890 | 0,610 | 0,711 |
| | Núm. de países | 12 | 11 | 18 | 21 | 12 | 3 | 41 |
| | % de población | 92,31% | 78,57% | 69,23% | 80,77% | 70,59% | 30,00% | 85,42% |
| Necesidades insatisfechas de métodos modernos, total (todas las mujeres) | Valor del índice | 0,654 | 0,783 | 0,699 | 0,728 | 0,597 | 0,745 | 0,518 |
| | Núm. de países | 13 | 14 | 24 | 26 | 17 | 9 | 47 |
| | % de población | 100,0% | 100,0% | 99,9% | 100,0% | 100,0% | 99,6% | 100,0% |

Cuadro 25. Resultados del compromiso mundial 3 por región, 2022

| | | 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 |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Índice de cobertura sanitaria universal (indicador 3.8.1 de los ODS) | Valor del índice | 0,582 | 0,761 | 0,829 | 0,740 | 0,660 | 0,843 | 0,448 |
| | Núm. de países | 13 | 14 | 26 | 25 | 16 | 9 | 48 |
| | % de población | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 99,99% | 98,94% | 99,95% | 100,0% |
| 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) | Valor del índice | 0,768 | 0,688 | 0,895 | 0,710 | 0,727 | 0,575 | 0,713 |
| | Núm. de países | 11 | 10 | 15 | 17 | 9 | 2 | 30 |
| | % de población | 84,62% | 71,43% | 57,69% | 65,38% | 52,94% | 20,00% | 62,50% |
| Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (indicador 3.1.2 de los ODS) | Valor del índice | 0,824 | 0,950 | 0,987 | 0,958 | 0,873 | 0,975 | 0,630 |
| | Núm. de países | 13 | 14 | 22 | 26 | 16 | 10 | 48 |
| | % de población | 100% | 100% | 87% | 100% | 98,35% | 100% | 100% |
| Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS) | Valor del índice | 0,868 | 0,947 | 0,990 | 0,941 | 0,933 | 0,990 | 0,552 |
| | Núm. de países | 13 | 14 | 26 | 25 | 17 | 9 | 48 |
| | % de población | 100% | 100% | 100% | 99,99% | 100% | 99,95% | 100% |
| Leyes mundiales sobre el aborto | Valor del índice | 0,712 | 0,607 | 0,923 | 0,413 | 0,500 | 0,500 | 0,464 |
| | Núm. de países | 13 | 14 | 26 | 26 | 17 | 9 | 48 |
| | % de población | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 90% | 100% |

Cuadro 26. Resultados del compromiso mundial 4 por región, 2022

| | | 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 |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|-----------|---------------------|
| Porcentaje de mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 15 años | Valor del índice | 0,939 | 0,982 | 0,999 | 0,904 | 0,965 | sin datos | 0,762 |
| | Núm. de países | 12 | 7 | 3 | 13 | 8 | | 40 |
| | % de población | 99,96% | 35,24% | 4,60% | 81,90% | 61,21% | 0,00% | 97,10% |
| Porcentaje de mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de cumplir los 18 años | Valor del índice | 0,823 | 0,879 | 0,946 | 0,706 | 0,874 | sin datos | 0,550 |
| | Núm. de países | 12 | 7 | 3 | 13 | 8 | | 40 |
| | % de población | 99,96% | 35,24% | 4,60% | 81,90% | 61,21% | | 97,10% |
| Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos (todas las mujeres de entre 15 y 24 años) | Valor del índice | 0,526 | 0,715 | 0,662 | 0,671 | 0,497 | sin datos | 0,464 |
| | Núm. de países | 8 | 5 | 3 | 10 | 5 | | 39 |
| | % de población | 74,1% | 27,7% | 4,7% | 57,0% | 33,1% | | 96,8% |

| | | 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 |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| 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) | Valor del índice | 0,993 | 0,968 | 0,992 | 0,974 | 0,996 | 0,998 | 0,872 |
| | Núm. de países | 10 | 10 | 16 | 22 | 11 | 3 | 47 |
| | % de población | 29,97% | 37,25% | 29,36% | 67,20% | 67,87% | 92,95% | 99,99% |
| 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) | Valor del índice | 0,553 | 0,897 | 0,882 | 0,725 | 0,344 | 0,833 | 0,555 |
| | Núm. de países | 12 | 9 | 17 | 20 | 10 | 3 | 41 |
| | % de población | 92,31% | 64,29% | 65,38% | 76,92% | 58,82% | 30,00% | 85,42% |

Nota: Este indicador utiliza las estimaciones más recientes de ONUSIDA sobre la incidencia del VIH (2022). No obstante, en el caso de 10 países (Egipto, Liberia, Mozambique, Nepal, Pakistán, Armenia, Trinidad y Tabago, Somalia, República Árabe Siria y Venezuela), como el informe de 2022 no incluye tasas actualizadas de la incidencia del VIH, se han utilizado las de 2019.

Cuadro 27. Resultados del compromiso mundial 5 por región, 2022

| | | 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 |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Violencia contra las mujeres ejercida por su pareja (indicador 5.2.1 de los ODS) | Valor del índice | 0,538 | 0,805 | 0,871 | 0,794 | 0,674 | 0,879 | 0,495 |
| | Núm. de países | 11 | 12 | 25 | 23 | 11 | 10 | 39 |
| | % de población | 97,97% | 97,16% | 91,37% | 99,88% | 68,63% | 100,00% | 94,32% |
| 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) | Valor del índice | 0,770 | 0,934 | 0,991 | 0,844 | 0,870 | 0,921 | 0,641 |
| | Núm. de países | 13 | 10 | 7 | 21 | 15 | 6 | 45 |
| | % de población | 100% | 37,24% | 7,79% | 93,26% | 97,91% | 9,26% | 99,69% |
| 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) | 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% |
| 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) | Valor del índice | 0,750 | 0,889 | 1,000 | 0,923 | 0,889 | 1,000 | 0,821 |
| | Núm. de países | 8 | 9 | 15 | 13 | 9 | 5 | 28 |
| | % de población | 61,5% | 64,3% | 57,7% | 50,0% | 52,9% | 50,0% | 58,3% |
| Los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo son legales | 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, 2022

| | | 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 | 0,596 | 0,744 | 0,930 | 0,800 | 0,681 | 0,918 | 0,338 |
| | Núm. de países | 11 | 8 | 25 | 24 | 13 | 6 | 35 |
| | % de población | 99,69% | 32,76% | 99,78% | 97,48% | 78,28% | 95,17% | 58,52% |
| 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 | 0,517 | 0,702 | 0,801 | 0,610 | 0,470 | 0,816 | 0,597 |
| | Núm. de países | 10 | 11 | 26 | 21 | 13 | 10 | 41 |
| | % de población | 98,26% | 41,26% | 100,00% | 98,57% | 84,61% | 100,00% | 94,93% |
| 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 | 0,653 | 0,805 | 0,961 | 0,713 | 0,766 | 0,836 | 0,557 |
| | Núm. de países | 13 | 10 | 11 | 21 | 15 | 6 | 45 |
| | % de población | 100,00% | 37,24% | 17,47% | 93,26% | 97,91% | 9,26% | 99,69% |

Cuadro 29. Resultados del compromiso mundial 9 por región, 2022

| | | 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 | 0,344 | 0,463 | 0,625 | 0,579 | 0,391 | 0,645 | 0,480 |
| | 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 | 0,374 | 0,309 | 0,696 | 0,745 | 0,474 | 0,562 | 0,498 |
| | Núm. de países | 13 | 11 | 25 | 18 | 12 | 6 | 32 |
| | % de población | 100,00% | 93,25% | 95,44% | 94,22% | 67,49% | 98,04% | 80,56% |
| 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% |

| | | 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 |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| 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 | 0,529 | 0,400 | 0,521 |
| | 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% |

Nota: El compromiso mundial 10 se ha vuelto a examinar para 2021 debido a que se detectó un error específico en el indicador "Conjunto de datos operacionales comunes". La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) se encarga del mantenimiento del conjunto de datos operacionales comunes para 160 países, y en el curso de la elaboración del Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales para 2022, descubrió que los datos de 2021 no utilizaban estos 160 países como denominador de dicho indicador. Este problema se ha subsanado en el Marco de Seguimiento de los Compromisos Mundiales de 2022, y se han vuelto a examinar los resultados para el compromiso mundial 10 de 2021 con el fin de facilitar la comparabilidad.

Cuadro 30. Resultados del compromiso mundial 10 por región, 2021 (repetición)

| | | 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 |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Índice de Open Data Watch - puntuación global (cobertura y apertura de las estadísticas oficiales) | 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% |
| Exhaustividad del registro de los nacimientos (indicador 17.19.2 de los ODS) | Valor del índice | 0,556 | 0,625 | 1,000 | 0,600 | 0,813 | 0,571 | 0,222 |
| | Núm. de países | 9 | 8 | 26 | 25 | 16 | 7 | 27 |
| | % de población | 69,23% | 57,14% | 100,00% | 96,15% | 94,12% | 70,00% | 56,25% |

| | | | | | | | | |
|--|------------------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|
| Exhaustividad del censo (indicador 17.19.2 de los ODS) | 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% |
| Exhaustividad del registro de las defunciones (indicador 17.19.2 de los ODS) | Valor del índice | 0,889 | 0,750 | 1,000 | 0,760 | 0,625 | 0,571 | 0,273 |
| | Núm. de países | 9 | 8 | 26 | 25 | 16 | 7 | 23 |
| | % de población | 69,2% | 57,1% | 100% | 96,2% | 94,1% | 70,0% | 47,9% |
| Conjunto de datos operacionales comunes | Valor del índice | 0,273 | 0,538 | 0,167 | 0,731 | 0,267 | 0,167 | 0,625 |
| | Núm. de países | 11 | 13 | 6 | 26 | 15 | 6 | 48 |
| | % de población | 84,62% | 92,86% | 23,08% | 100% | 88% | 60% | 100% |
| Puntuación del compromiso | | 0,570 | 0,690 | 0,756 | 0,686 | 0,560 | 0,554 | 0,440 |

Cuadro 31. Resultados del compromiso mundial 10 por región, 2022

| | | 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 |
|---|------------------|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|---------|------------------------|
| Índice de Open Data Watch - puntuación global (cobertura y apertura de las estadísticas oficiales) | 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% |
| Exhaustividad del registro de los nacimientos (indicador 17.19.2 de los ODS) | Valor del índice | 0,667 | 0,625 | 1,000 | 0,640 | 0,875 | 0,429 | 0,222 |
| | Núm. de países | 9 | 8 | 26 | 25 | 16 | 7 | 27 |
| | % de población | 69,23% | 57,14% | 100,00% | 96,15% | 94,12% | 70,00% | 56,25% |
| Exhaustividad del censo (indicador 17.19.2 de los ODS) | 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% |
| Exhaustividad del registro de las defunciones (indicador 17.19.2 de los ODS) | Valor del índice | 0,889 | 0,750 | 1,000 | 0,800 | 0,688 | 0,714 | 0,261 |
| | Núm. de países | 9 | 8 | 26 | 25 | 16 | 7 | 23 |
| | % de población | 69,2% | 57,1% | 100% | 96,2% | 94,1% | 70,0% | 47,9% |
| Conjunto de datos operacionales comunes | Valor del índice | 0,636 | 0,692 | 0,429 | 0,923 | 0,333 | 0,500 | 0,833 |
| | Núm. de países | 11 | 13 | 7 | 26 | 15 | 6 | 48 |
| | % de población | 84,62% | 92,86% | 26,92% | 100% | 88% | 60% | 100% |

Cuadro 32. 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 |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| Empoderamiento económico | Valor del índice | 0,622 | 0,666 | 0,706 | 0,640 | 0,568 | 0,708 | 0,629 |
| Educación | Valor del índice | 0,500 | 0,671 | 0,804 | 0,772 | 0,670 | 0,784 | 0,470 |
| Políticas de juventud y participación política de los jóvenes | Valor del índice | 0,460 | 0,274 | 0,443 | 0,525 | 0,349 | 0,485 | 0,476 |
| Seguridad y protección | Valor del índice | 0,626 | 0,688 | 0,735 | 0,548 | 0,569 | 0,815 | 0,568 |

Cuadro 33. Resultados del compromiso mundial 12 por región, 2022

| | | 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 |
|--|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------|---------------------|
| 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 | Valor del índice | 0,457 | 0,671 | 0,585 | 0,150 | 0,740 | 1,000 | 0,389 |
| | Núm. de países | 6 | 7 | 1 | 7 | 9 | 1 | 30 |
| | % de población | 46,2% | 50,0% | 3,9% | 26,9% | 52,9% | 10,0% | 62,5% |

ANEXO D

MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE ALTO NIVEL

Copresidentes

- Excmo. Sr. Jakaya Mrisho Kikwete, ex-Presidente de la República Unida de Tanzania
- Excmo. 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
- Myrna Cunningham, Vicepresidenta Primera del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC)
- 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 Karadzhev, 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
- Jan-Willem Scheijgrond, Vicepresidente Mundial de Asuntos Públicos y Gubernamentales de Royal Philips
- 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
- Excmo. 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 de Seguimiento de la CIPD25
- Ivy Jagganarine, Consultora sobre Asuntos Financieros y Administrativos de Seguimiento de la CIPD25

Sherpas y equipos de apoyo

- Copresidente, Excmo. Dr. Jakaya Mrisho Kikwete: Lucas Mayenga y Medard Ngaiza, Secretarios Privados
- Copresidenta, su Excelencia la Muy Honorable Michaëlle Jean: Alice Mutezintare, Directora de Oficina

NOTAS

- 1 Taylor, 2002.
- 2 OCHA, 2022.
- 3 OCHA, 2019.
- 4 OCHA, 2021.
- 5 Guttmacher Institute, 2022.
- 6 Comité de Derechos Humanos, la Observación general núm. 36, supranota 11, párr. 8 especifica que los Estados deben ofrecer acceso al aborto “cuando llevar el embarazo a término causaría dolores o sufrimientos considerables a la [persona] embarazada”.
- 7 CDC, 2021.
- 8 Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, 2022.
- 9 Job, 2021.
- 10 Guttmacher Institute, 2021.
- 11 PRB, 2021.
- 12 Alizada, Boese, Lundstedt, *et al.*, 2022; Bayerlein, Boese, Gates, *et al.*, 2021.
- 13 PMA, 2022.
- 14 ACNUR, 2022.
- 15 Ross, 2017.
- 16 Morison y Mavuso, 2022; Rebouche, 2017.
- 17 Ross y Solinger, 2017; Reunión de la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, 9 de junio de 2022.
- 18 *Ibid*; Ross, 2017.
- 19 OMS, 2015.
- 20 Gilliam, Neustadt y Gordon, 2009; Macleod, Beynon-Jones y Toerien, 2017.
- 21 Ross, 2006.
- 22 Nedelsky, 2012.
- 23 Kim, Young y Lee, 2019.
- 24 Gago, 2022.
- 25 Raj, Day, Boyce, *et al.*, 2017.
- 26 Vedam, Stoll, Taiwo, *et al.*, 2019.
- 27 Manning y Schaaf, 2018.
- 28 Tulloch, 2015.
- 29 Human Rights Funders Network, 2022.
- 30 Oficina Regional para África Oriental y Meridional del UNFPA, 2022a.
- 31 ACNUDH, 2022a.
- 32 Reunión de la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, 9 de junio.
- 33 Liddell y Kington, 2021; Consejo de Derechos Humanos, 2022.
- 34 Finlay y Lee, 2018.
- 35 Banco Mundial, 2022; Sobngwi-Tambekou, Tsague-Agnoux, Fezeu, *et al.*, 2022; Stoner, Rucinski, Edwards, *et al.*, 2019.
- 36 Gammage, Joshi y Rodgers, 2020.
- 37 ONU-Mujeres, 2022; UIP, s.f.(b).
- 38 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 2014.
- 39 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 2003.
- 40 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 2014, párr. 44.
- 41 Bartholet, 2014.
- 42 Aboderin, 2014; Banke-Thomas, Olorunsaiye y Yaya, 2020.
- 43 OMS, 2022a.
- 44 Aboderin, 2014.
- 45 OMS, 2022a.
- 46 Comité de los Derechos del Niño, 2016.
- 47 UNFPA, 2020a.
- 48 PRB, s.f.; Patton, Sawyer, Santelli, *et al.*, 2016.
- 49 ACNUDH, s.f.
- 50 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017, párr. 39. Véase también: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017.
- 51 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2016, párr. 14.
- 52 OPS, 2022.
- 53 Knight, Bunch, Tuffnell, *et al.*, 2021.
- 54 OMS, UNICEF, UNFPA, *et al.*, s.f.
- 55 Tan solo África Subsahariana representaba aproximadamente dos tercios de las muertes maternas (196.000), y Asia Meridional, cerca de un quinto (58.000).
- 56 Consejo de Derechos Humanos, 2015.
- 57 Australian Institute of Health and Welfare, 2021.
- 58 Sharma, Kolahdooz, Launier, *et al.*, 2016.
- 59 Observaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer conforme al artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- 60 El Comité se basó en la recomendación núm. 28 (2010) en este sentido.
- 61 *Ibid*.
- 62 Nariño y Santos, 2021.
- 63 Center for Reproductive Rights, 2007.
- 64 Su Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Política nacional para la salud y la atención sanitaria de la población negra) promueve las políticas que categorizan formalmente la raza. Véase Nariño y Santos, 2021.
- 65 Center for Reproductive Rights, 2014.
- 66 ACNUDH, ONU-Mujeres, ONUSIDA, *et al.*, 2014.
- 67 *Ibid*, págs. 2 y 3.
- 68 BBC, 2021.
- 69 ACNUDH, 2022c.
- 70 Chapin, 2020. Véase también ACNUDH, ONU-Mujeres, ONUSIDA, *et al.*, 2014.
- 71 Kluchin, 2011.
- 72 Southern Africa Litigation Centre, 2014a; Smith, 2014; Agiresaasi, 2016.
- 73 Gobierno de la República de Namibia contra LM y otros (SA 49 de 2012) [2014] NASC 19.
- 74 Southern Africa Litigation Centre, 2014b.
- 75 Commission for Gender Equality (CGE), 2020.
- 76 Ebrahim, 2020.
- 77 Kanmony, 2021.
- 78 Iniciativa sobre Derechos Sexuales (SRI), Consejo Nacional de Mujeres Dirigentes (NCWL), Dalit Human Rights Defenders Network (DHRDNet), *et al.*, 2022.
- 79 Patel, Das y Dasc, 2018.
- 80 Red Internacional de Solidaridad Dalit (IDSN), 2021.
- 81 Swabhimani Society y Equality Now, 2020.
- 82 Center for Reproductive Rights, 2021d.
- 83 Véase Consejo de Derechos Humanos, 2021b.
- 84 Asociación Nacional de Mujeres Indígenas con Discapacidad de Nepal (NIDWAN), 2021.
- 85 Visible Impact, 2019.
- 86 Mofokeng, 2021.
- 87 Kwete, Tang, Chen, *et al.*, 2022.
- 88 El UNFPA ha realizado una labor considerable en este ámbito que cabe ampliar con la perspectiva de la justicia. Véase “UNFPA Work on Indigenous Issues” en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Indigenous_Issues.pdf.
- 89 El artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece asimismo un fundamento para la salud intercultural.
- 90 Asamblea Nacional, Constitución del Ecuador, 2008, artículo 32.
- 91 Mofokeng, 2021; Ross y Solinger, 2017.
- 92 Dodor, Grabowski y Leasure, 2021.
- 93 Mofokeng, 2021.
- 94 Consejo de Derechos Humanos, 2021a, párrs. 69-72.
- 95 Human Rights Watch, 2008; Dickson, Loft, Robinson, *et al.*, 2022.
- 96 Akinwotu, 2022.
- 97 Fòs Feminista, 2022.
- 98 Ngwena, 2010.
- 99 UNFPA, 2021b.
- 100 Que marca el 25º aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 en Beijing.

- 101 IANWGE, 2019.
- 102 Nove, Friberg, de Bernis, *et al.*, 2020.
- 103 Estos incluyen la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), el 23° período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000), la Cumbre del Milenio (2000), la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (2006), la Agenda de Acción de Addis Abeba (2015), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015) y los documentos del programa para el país de las Naciones Unidas. No obstante, las mujeres siguen soportando la carga de la pobreza y la discriminación. En la actualidad, más del 95% de los Estados Miembros de las Naciones Unidas (185 países) son partes de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979). En sus recomendaciones generales, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer insta a las partes políticas a facilitar recursos financieros para superar los obstáculos a la plena participación y representación de las mujeres.
- 104 Secretaría General, 2007.
- 105 Moro-Coco y Raaber, 2013; Clark, Sprenger, Veneklasen, *et al.*, 2006; Lu, Schneider, Gubbins, *et al.*, 2010.
- 106 Hall, Samari, Garbers, *et al.*, 2020.
- 107 Heidari, Onyango y Chynoweth, 2019.
- 108 UNFPA, 2015.
- 109 Véase la declaración de la Directora Ejecutiva en la reunión de 2022 de la Junta Ejecutiva (en inglés): <https://www.unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2022>.
- 110 UNFPA, 2021a; Homer, Turkmani, Wilson, *et al.*, 2022.
- 111 Heidari, Onyango y Chynoweth, 2019.
- 112 Abubakar, Aldridge, Devakumar, *et al.*, 2018.
- 113 Li, Richter y Lu, 2019; Patel, Das y Dasc, 2018.
- 114 La Fiscalía contra Dragoljub Kunarac, Radomir Kovac y Zoran Vukovic. párrs. 342 y 583; La Fiscalía contra Radoslav Brdanin. párr. 1011.
- 115 La Fiscalía contra Jean-Paul Akayesu. párrs. 428 y 437; Human Rights Watch, 1996.
- 116 Naciones Unidas, 2022a, págs. 20 y 21.
- 117 ACNUDH, 2022b.
- 118 Bennetts, 2022.
- 119 Más del 90% de los aproximadamente 4,7 millones de refugiados ucranianos son mujeres y niños.
- 120 Naciones Unidas, 2022b.
- 121 Con el fin de hacer frente a las deficiencias que las personas afrontan para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva en las crisis humanitarias, lo que incluye las guerras, el Grupo de Trabajo Interinstitucional para la Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis elaboró el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Este paquete contempla el acceso limpio y seguro a la atención neonatal y la atención obstétrica de urgencia en la comunidad, la remisión a hospitales y establecimientos de atención primaria de salud, y un sistema de remisión con horario ininterrumpido para facilitar el transporte y la comunicación entre las comunidades y los establecimientos sanitarios. Incluye el acceso a los servicios de planificación familiar y anticonceptivos de emergencia, la prevención de la violencia sexual y la respuesta a esta, y la oferta de tratamiento clínico en los casos de violaciones. El paquete prioriza los servicios de aborto en condiciones de seguridad ("al mayor grado permitido por la ley") y la atención tras el aborto en los establecimientos de salud. Trata asimismo la morbilidad y la mortalidad debidas al VIH y otras infecciones de transmisión sexual mediante la promoción del uso de precauciones ordinarias, la disponibilidad de métodos anticonceptivos, la provisión de terapia antirretrovírica a las personas inscritas en tales programas antes del inicio de una emergencia y la disponibilidad de tratamiento sintomático para las infecciones de transmisión sexual. La Federación Internacional por los Derechos Humanos ha señalado también que el riesgo de que se violen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de ciertos grupos de personas refugiadas, incluidas las mujeres romaníes, las mujeres africanas y las mujeres afrodescendientes, se ve agravado por el racismo y otras formas de discriminación. Véase, <https://www.fidh.org/es/region/europa-y-asia-central/ucrania/llamado-a-la-accion-repercusiones-del-conflicto-en-ucrania-en-la>
- 122 OMS, 2022c; Physicians for Human Rights, 2022.
- 123 ACNUDH, 2022d.
- 124 Kismödi y Pitchforth, 2022.
- 125 People in Need, 2022; ACNUDH, 2022d.
- 126 Women's Link Worldwide, 2019a.
- 127 Women's Link Worldwide, 2019b.
- 128 IPPF, 2020.
- 129 UNFPA, 2020b.
- 130 *Ibid.*
- 131 Carino, 2021.
- 132 Hernández, 2022.
- 133 Center for Reproductive Rights, 2021c.
- 134 Council on Foreign Relations, 2022.
- 135 Center for Reproductive Rights, 2022.
- 136 UNFPA, OMS e ICM, 2021.
- 137 Regeringen Socialdepartementet, 2022.
- 138 La Casa Blanca, 2021.
- 139 La Casa Blanca, 2022.
- 140 OMS, 2022d.
- 141 Hall, 2022; Al Jazeera, 2021; McCool, 2021.
- 142 Medida como equivalente en donaciones. Los donantes oficiales asignaron 5,08 dólares por mujer en edad reproductiva en el mundo en desarrollo en 2018; en 2019, esta cifra se redujo a 3,70 dólares, lo que representa el mayor descenso interanual experimentado en los últimos 10 años. Fuente: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2022.
- 143 OMS, 2020.
- 144 *Ibid.*
- 145 *Ibid.*
- 146 OMS, 2022e.
- 147 Countdown 2030 Europe, 2020.
- 148 Universal Access Project, s.f.(a), s.f.(b).
- 149 Secretario General de las Naciones Unidas, 2022.
- 150 Como parte de sus mecanismos de seguimiento y examen, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible alienta a los Estados Miembros de las Naciones Unidas "a que realicen exámenes periódicos e inclusivos, liderados e impulsados por los países, de los progresos nacionales y subnacionales" (párr. 79). Se espera que estos exámenes nacionales sirvan de base para los exámenes periódicos por parte del foro político de alto nivel, que se reúne bajo los auspicios del Consejo Económico y Social. Como se estipula en la Agenda 2030 (párr. 84), los exámenes periódicos del foro serán voluntarios, estarán dirigidos por los Estados e incluirán a los países desarrollados y en desarrollo, y contarán con la participación de múltiples partes interesadas.
- 151 Oficina Regional para África Oriental y Meridional del UNFPA, 2022b.
- 152 UIP, s.f.(a).
- 153 OMS, 2022b.
- 154 UIP, 2021.
- 155 UIP, 2022b.
- 156 UIP, 2022a.
- 157 Comisión de la Unión Africana, s.f.
- 158 Los tres ceros del UNFPA son cero necesidades insatisfechas de planificación familiar; cero muertes maternas; y cero casos de violencia de género y prácticas nocivas contra las mujeres y las niñas, incluidos el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina.
- 159 Comisión de la Unión Africana, s.f.

REFERENCIAS

Aboderin, Isabella. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Older Men and Women: Addressing a Policy Blind Spot". *Reproductive Health Matters* 22, núm. 44 (2014): 185-90. <https://www.jstor.org/stable/43288378>.

Abubakar, Ibrahim, Robert W Aldridge, Delan Devakumar, Miriam Orcutt, Rachel Burns, Mauricio L Barreto, Poonam Dhavan, et al. "The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The Health of a World on the Move". *The Lancet* 392, núm. 10164 (15 de diciembre de 2018): 2606-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7).

ACNUDH, ONU-Mujeres, ONUSIDA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Mundial de la Salud (OMS). *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement*, 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507325>.

ACNUDH. "El cambio climático agrava la violencia contra las mujeres y las niñas". ACNUDH, 12 de julio de 2022. <https://www.ohchr.org/es/stories/2022/07/climate-change-exacerbates-violence-against-women-and-girls>.

ACNUDH. "Evaluación del ACNUDH sobre varias cuestiones preocupantes en materia de derechos humanos en la Región Autónoma Uigur de Xinjiang, República Popular China". ACNUDH, 31 de agosto de 2022. <https://www.ohchr.org/es/documents/country-reports/ohchr-assessment-human-rights-concerns-xinjiang-uyghur-autonomous-region>.

Agiresaasi, Apophia. "Lawsuits Spotlight Forced Sterilization of Women with HIV in East African Countries". *Global Press Journal*, 13 de marzo de 2016, sec. Kenya. <https://globalpressjournal.com/africa/kenya/lawsuits-spotlight-forced-sterilization-of-women-with-hiv-in-east-african-countries/>.

Akinwotu, Emmanuel. "Sierra Leone Backs Bill to Legalise Abortion and End Colonial-Era Law". *The Guardian*, 6 de julio de 2022, sec. Global development. <https://www.theguardian.com/global-development/2022/jul/06/sierra-leone-backs-bill-to-legalise-abortion-and-end-colonial-era-law>.

Alizada, Nazifa, Vanessa Boese, Martin Lundstedt, Kelly Morrison, Natalia Natsika, Yuko Sato, Hugo Tai, y Staffan Lindberg. "Democracy Report 2022: Autocratization Changing Nature?" Gotemburgo, Suecia: V-Dem Institute, marzo de 2022. https://v-dem.net/media/publications/dr_2022.pdf.

Al Jazeera. "Tanzania to Allow Students to Attend School after Giving Birth". Al Jazeera, 24 de noviembre de 2021. <https://www.aljazeera.com/news/2021/11/24/tanzania-allow-students-attend-school-after-giving-birth>.

American Public Health Association (APHA). "Preventing Violations of Sexual and Reproductive Health Rights in Immigration Detention". American Public Health Association, 26 de octubre de 2021. <https://www.apha.org/Policies-and-Advocacy/Public-Health-Policy-Statements/Policy-Database/2022/01/07/Preventing-Violations-of-Sexual-and-Reproductive-Health-Rights-in-Immigration-Detention>.

Asamblea Nacional. República del Ecuador, Constitución de 2008, 20 de octubre de 2008. <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador08.html>.

Asociación Nacional de Mujeres Indígenas con Discapacidad de Nepal (NIDWAN). "Written Submission on The Situation of Indigenous Girls and Women with Disabilities to CEDAW on GR on Indigenous Women and Girls". Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 18 de junio de 2021. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CEDAW/DGD24.June2021/32.docx>.

Australian Institute of Health and Welfare. "Australia's Mothers and Babies: Maternal Deaths". Australian Institute of Health and Welfare, 18 de noviembre de 2021. <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/maternal-deaths-australia>.

Banco Mundial. "The Social and Educational Consequences of Adolescent Childbearing". Portal de datos de género del Banco Mundial, 24 de febrero de 2022. <https://genderdata.worldbank.org/data-stories/adolescent-fertility/>.

Banke-Thomas, Aduragbemi, Comfort Z. Olorunsaiye, y Sanni Yaya. "Leaving No One behind' Also Includes Taking the Elderly along Concerning Their Sexual and Reproductive Health and Rights: A New Focus for Reproductive Health". *Reproductive Health* 17, núm. 1 (29 de junio de 2020): 101. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00944-5>.

Bankole, Akinrinola, Lisa Remez, Onikepe Owolabi, Jesse Philbin, y Patrice Williams. "From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress". Guttmacher Institute, diciembre de 2020. <https://www.guttmacher.org/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-subsaharan-africa>.

Bartholet, Elizabeth. "Intergenerational Justice for Children: Restructuring Adoption, Reproduction and Child Welfare Policy". *The Law & Ethics of Human Rights* 8, núm. 1 (1 de mayo de 2014): 103-30. <https://doi.org/10.1515/lehr-2014-0002>.

Bayerlein, Michael, Vanessa A. Boese, Scott Gates, Katrin Kamin, y Syed Mansoob Murshed. "Populism and COVID-19: How Populist Governments (Mis)Handle the Pandemic". *Journal of Political Institutions and Political Economy* 2, núm. 3 (12 de noviembre de 2021): 389–428. <https://doi.org/10.1561/113.00000043>.

BBC. "Peru Forced Sterilisations Case Reaches Key Stage". *BBC News*, 1 de marzo de 2021, sec. Latin America & Caribbean. <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-56201575>.

Bennetts, Marc. "Russia Moves to Ban Discussion of 'Childfree Lifestyles'". *The Times*, 19 de julio de 2022. <https://www.thetimes.co.uk/article/russia-moves-to-ban-public-discussion-of-homosexuality-t3nmrtdzf>.

Carino, Giselle. "A Brief History of the Green Wave". *Fòs Feminista* (blog), 15 de octubre de 2021. <https://fosfeminista.org/media/a-brief-history-of-the-green-wave/>.

Center for Reproductive Rights. "Advancing Public Health and Human Rights Standards: Safe Abortion through Medical Abortion and Self-Management in Select Asian Countries". Center for Reproductive Rights, 2021. https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/10/Advancing-Public-Health-and-Human-Rights_Bangladesh_India_Nepal_Pakistan_Philippines_Sri-Lanka.pdf.

Center for Reproductive Rights. "Alyne Da Silva Pimentel v. Brazil (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women)". Center for Reproductive Rights, 30 de noviembre de 2007. <https://reproductiverights.org/case/alyne-da-silva-pimentel-v-brazil-committee-on-the-elimination-of-discrimination-against-women/>.

Center for Reproductive Rights. "Case of Alyne Da Silva Pimentel Teixeira ('Alyne') v. Brazil". Nota descriptiva. Center for Reproductive Rights, 7 de julio de 2014. https://static1.squarespace.com/static/5c9edf9111f78419cff9bb06/t/615704f7431ed93393674447/1633092855366/LAC_Alyne_Factsheet.pdf.

Center for Reproductive Rights. "Global Trends: Abortion Rights". Center for Reproductive Rights, 24 de agosto de 2022. <https://reproductiverights.org/global-trends-abortion-rights-infographic/>.

Center for Reproductive Rights. "Lakshmi Dhikta v. Nepal". s.f. https://oltem1bixlohb0d4busw018c-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/08/LD_FS_7-19-Update.pdf.

Center for Reproductive Rights. "Mexico Supreme Court Recognizes a Constitutional Right to Abortion". Center for Reproductive Rights, 8 de septiembre de 2021. <https://reproductiverights.org/mexico-supreme-court-decriminalizes-abortion/>.

Center for Reproductive Rights. "Supreme Court of Nepal Decision: Lakshmi v. Government of Nepal", 23 de julio de 2021. <https://reproductiverights.org/nepal-supreme-court-decision-lakshmi-v-government-of-nepal/>.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). "2022 Monkeypox Outbreak Global Map". Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 14 de septiembre de 2022. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>.

CDC. "Unintended Pregnancy | Reproductive Health". Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 20 de julio de 2021. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/index.htm>.

Chapin, Angelina. "Reports Of ICE's Forced Hysterectomies Are Nothing New In America". *The Cut*, 15 de septiembre de 2020. <https://www.thecut.com/article/ices-forced-sterilizations-are-nothing-new-in-america.html>.

CIDH. "Mujeres Indígenas". Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017. <https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/Brochure-MujeresIndigenas.pdf>.

Clark, Cindy, Ellen Sprenger, Lisa Veneklasen, L AlpizarDuran, and J Kerr. "Where Is the Money for Women's Rights? Assessing Resources and the Role of Donors in the Promotion of Women's Rights and the Support of Women's Organizations". Association for Women's Rights in Development, 2006.

Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. "General Comment No. 2 on Article 14.1 (a), (b), (c) and (f) and Article 14. 2 (a) and (c) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa", 28 de noviembre de 2014. <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=13>.

Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. "Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa", 11 de julio de 2003. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/ProtocolontheRightsofWomen.pdf>.

Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25. "Statement by the High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up on the Overturning of Roe vs. Wade". Cumbre de Nairobi, 24 de junio de 2022. <https://www.nairobisummitcpd.org/news/statement-high-level-commission-nairobi-summit-icpd25-follow-overturing-roe-vs-wade>.

Comisión de la Unión Africana. "Maputo Plan of Action 2016–2030: Universal Access to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Services in Africa". Departamento de Asuntos Sociales de la Comisión de la Unión Africana, s.f. https://addis.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MPOA%20English_A5_%20Version%205.pdf.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*. CIDH, 17 de abril de 2017. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mujeresindigenas.pdf>.

Comité de los Derechos del Niño (CRC). "Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia". CRC, 6 de diciembre de 2016. <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights>.

Commission for Gender Equality (CGE). "Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa". 24 de febrero de 2020. <http://cge.org.za/wp-content/uploads/2021/01/forced-sterilisation-of-women-living-with-hiv-and-aids-in-south-africa.pdf>.

Consejo de Derechos Humanos. "Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, Victoria Tauli Corpuz". Asamblea General, 6 de agosto de 2015. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/173/86/pdf/G1517386.pdf?OpenElement>.

Consejo de Derechos Humanos. "Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal". Asamblea General, 30 de marzo de 2021. <https://www.ohchr.org/en/documents/country-reports/ahrc4710-report-working-group-universal-periodic-review-nepal>.

Consejo de Derechos Humanos. "La violación como una vulneración grave, sistemática y generalizada de los derechos humanos, un delito y una manifestación de la violencia de género contra las mujeres y las niñas, y su prevención". Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović. Asamblea General de las Naciones Unidas, 19 de abril de 2021.

Consejo de Derechos Humanos. "Violencia contra las mujeres y las niñas indígenas". Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Reem Alsalem. Asamblea General, 21 de abril de 2022. <https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A/HRC/50/26>.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). "Recomendación general núm. 34 (2016) sobre los derechos de las mujeres rurales". Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 7 de marzo de 2016. <https://digitallibrary.un.org/record/835897?ln=en>.

Corrêa, Sonia, David Paternotte, y Roman Kuhar. "The Globalisation of Anti-Gender Campaigns". *International Politics and Society*, 31 de mayo de 2018. <https://www.ips-journal.eu/topics/democracy-and-society/the-globalisation-of-anti-gender-campaigns-2761/>.

Council on Foreign Relations. "What Colombia's Legalization of Abortion Means for Latin America". Council on Foreign Relations, 2022. <https://www.cfr.org/in-brief/what-colombias-legalization-abortion-means-latin-america>.

Countdown 2030 Europe. "Private Sector Engagement in Sexual and Reproductive Health: A Look at Modalities of Donor Support". Countdown 2030 Europe, noviembre de 2020. https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/uploaded-files/C2030E_Private%20sector%20engagement%20in%20SRH_Nov2020.pdf.

Daigle, Megan, Deirdre N Duffy, y Diana López Castañeda. "Abortion Access and Colombia's Legacy of Civil War: Between Reproductive Violence and Reproductive Governance". *International Affairs* 98, núm. 4 (5 de julio de 2022): 1423-48. <https://doi.org/10.1093/ia/iia116>.

Datta, Neil. "Tip of the Iceberg: Religious Extremist Funders against Human Rights for Sexuality and Reproductive Health in Europe 2009-2018". Brussels: European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, junio de 2021. <https://www.epfweb.org/sites/default/files/2021-06/Tip%20of%20the%20Iceberg%20June%202021%20Final.pdf>.

Dickson, Anna, Philip Loft, Tim Robinson, y Nigel Walker. "LGBT+ Rights and Issues in the Caribbean". House of Commons Library, 27 de enero de 2022. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9436/CBP-9436.pdf>.

Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de conformidad con el párrafo 3 del artículo 7 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer con respecto a la comunicación núm. 17/2008, 10 de agosto de 2011. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/517/02/pdf/N1151702.pdf?OpenElement>.

Dodor, S, A Grabowski, y E Leasure. "Sexual and Reproductive Health, Rights, and Justice: A Closer Look at the Historical Impacts of Racism & Colonialism". Washington, DC: International Center for Research on Women, 2021. https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2021/12/UAPbrief_v3-SRHR-and-Justice.pdf.

Ebrahim, Shaazia. "Forced Sterilisation Amounts to 'Inhuman and Degrading Treatment.'" *Health-e News*, 3 de marzo de 2020. <https://health-e.org.za/2020/03/04/forced-sterilisation-amounts-to-inhuman-and-degrading-treatment/>.

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). "ICPD+25 Nairobi Summit Commitments Analysis: A Roadmap for Fulfilling the Promise". IPPF, 8 de julio de 2020. <https://www.ippf.org/resource/icpd25-nairobi-summit-commitment-analysis-report-roadmap-fulfilling-promise>.

Finlay, Jocelyn E., y Marlene A. Lee. "Identifying Causal Effects of Reproductive Health Improvements on Women's Economic Empowerment Through the Population Poverty Research Initiative". *The Milbank Quarterly* 96, núm. 2 (2018): 300-322. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12326>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6". Nueva York: UNFPA, 29 de febrero de 2020. <https://www.unfpa.org/sdg-5-6>.

Forward Together. "The Road to Reproductive Justice: Native Americans in New Mexico", 2020. <https://forwardtogether.org/tools/the-road-to-reproductive-justice-native-americans-in-new-mexico/>.

Fòs Feminista. "Fòs Feminista Celebrates Sierra Leone's Decriminalization of Abortion", 1 de julio de 2022. <https://fosfeminista.org/statements/sierra-leone-decriminalization/>.

Gago, Verónica. "What Latin American Feminists Can Teach American Women about the Abortion Fight". *The Guardian*, 10 de mayo de 2022, sec. Opinion. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2022/may/10/abortion-roe-v-wade-latin-america>.

Gammage, Sarah, Shareen Joshi, y Yana van der Meulen Rodgers. "The Intersections of Women's Economic and Reproductive Empowerment". *Feminist Economics* 26, núm. 1 (2 de enero de 2020): 1-22. <https://doi.org/10.1080/13545701.2019.1674451>.

Gilliam, Melissa L., Amy Neustadt, y Rivka Gordon. "A Call to Incorporate a Reproductive Justice Agenda into Reproductive Health Clinical Practice and Policy". *Contraception* 79, núm. 4 (1 de abril de 2009): 243-46. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.12.004>.

Gobierno de la República de Namibia contra LM y otros (SA 49 de 2012) [2014] NASC 19, núm. SA 49/2012 (Corte Suprema de Namibia, 3 de noviembre de 2014).

Grupo de Apoyo Interinstitucional sobre Cuestiones de los Pueblos Indígenas. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples". Naciones Unidas, junio de 2014. https://www.un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf.

Guttmacher Institute. "Abortion in Sub-Saharan Africa". Guttmacher Institute, 24 de noviembre de 2020. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-sub-saharan-africa>.

Guttmacher Institute. "Interactive Map: US Abortion Policies and Access After Roe". Guttmacher Institute, 2022. <https://states.guttmacher.org/policies/>.

Hall, Kelli Stidham, Goleen Samari, Samantha Garbers, Sara E. Casey, Dazon Dixon Diallo, Miriam Orcutt, Rachel T. Moresky, Micaela Elvira Martinez, y Terry McGovern. "Centring Sexual and Reproductive Health and Justice in the Global COVID-19 Response". *The Lancet* 395, núm. 10231 (11 de abril de 2020): 1175-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30801-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1).

Hall, Tayla. "Tanzania Allows Teenage Mothers to Be Back in School". *Human Rights Watch* (blog), 1 de abril de 2022. <https://www.hrw.org/news/2022/04/01/tanzania-allows-teenage-mothers-be-back-school>.

Heidari, Shirin, Monica A. Onyango, y Sarah Chynoweth. "Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All". *Sexual and Reproductive Health Matters* 27, núm. 1 (1 de enero de 2019): 343-45. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1676513>.

Hernandez, Joe. "How Green Became the Color of the Abortion Rights Movement". *NPR*, 27 de junio de 2022, sec. National. <https://www.npr.org/2022/06/27/1107717283/abortion-rights-green-symbol>.

Human Rights Funders Network. "Funding for Intersectional Organizing: A Call to Action for Human Rights Philanthropy". *Advancing Human Rights*, junio de 2022. <https://www.hrfn.org/wp-content/uploads/2022/07/AHR-Intersectionality-Report-July-2022.pdf>.

Human Rights Watch. *Shattered Lives: Sexual Violence during the Rwandan Genocide and Its Aftermath*, septiembre de 1996. <https://www.hrw.org/legacy/reports/1996/Rwanda.htm>.

Human Rights Watch. "This Alien Legacy: The Origins of 'Sodomy' Laws in British Colonialism". *Human Rights Watch*, 17 de diciembre de 2008. <https://www.hrw.org/report/2008/12/17/alien-legacy/origins-sodomy-laws-british-colonialism>.

Iniciativa sobre Derechos Sexuales (SRI), Consejo Nacional de Mujeres Dirigentes (NCWL), Dalit Human Rights Defenders Network (DHRDNet), Red Internacional de Solidaridad Dalit, AWID, e Iniciativa Her Rights (HRI). "Submission to the Committee on the Elimination of Racial Discrimination to Inform the Elaboration of General Recommendation No. 37 on Racial Discrimination and the Right to Health". ACNUDH, 14 de julio de 2022. <https://www.ohchr.org/en/events/events/2022/thematic-discussion-racial-discrimination-and-right-health-day-general>.

International AIDS Society (IAS). "IAS Calls on the Safeguarding of Access to Health and HIV Services in Ukraine". IAS, 3 de marzo de 2022. <https://www.iasociety.org/news/ias-calls-safeguarding-access-health-and-hiv-services-ukraine>.

International Dalit Solidarity Network (IDSN). "Dalit Women and Girls Targets of Caste-Based Sexual Violence". IDSN, 14 de noviembre de 2021. <https://idsn.org/dalit-women-and-girls-targets-of-caste-based-sexual-violence/>.

Job, Chisom Peter. "Letting Women Decide: Activists Hail Benin Abortion Vote". *Al Jazeera*, 27 de octubre de 2021. <https://www.aljazeera.com/news/2021/10/27/activists-hail-new-benin-law-abortion>.

Kim, Sunhye, Na Young, y Yurim Lee. "The Role of Reproductive Justice Movements in Challenging South Korea's Abortion Ban". *Health and Human Rights Journal*, 9 de diciembre de 2019. <https://www.hhrjournal.org/2019/12/the-role-of-reproductive-justice-movements-in-challenging-south-koreas-abortion-ban/>.

Kismödi, Eszter, y Emma Pitchforth. "Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice in the War against Ukraine 2022". *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 30, núm. 1 (2022): 2052459. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2052459>.

Kluchin, Rebecca M. *Fit to Be Tied: Sterilization and Reproductive Rights in America, 1950-1980*. Ithaca, NY: Rutgers University Press, 2011. <https://doi.org/10.36019/9780813548319>.

Knight, Marian, Kathryn Bunch, Derek Tuffnell, Roshni Patel, Judy Shakespeare, Rohit Kotnis, Sara Kenyon, y Jennifer Kurinczuk. "Saving Lives, Improving Mothers' Care: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19". MBRACE-UK, noviembre de 2021. https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrace-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf.

La Casa Blanca. "FACT SHEET: Vice President Kamala Harris Announces Call to Action to Reduce Maternal Mortality and Morbidity". La Casa Blanca, 7 de diciembre de 2021. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2021/12/07/fact-sheet-vice-president-kamala-harris-announces-call-to-action-to-reduce-maternal-mortality-and-morbidity/>.

La Casa Blanca. "White House Blueprint for Addressing the Maternal Health Crisis". Washington D.C.: La Casa Blanca, junio de 2022. <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2022/06/Maternal-Health-Blueprint.pdf>.

La Fiscalía contra Dragoljub Kunarac, Radomir Kovac, y Zoran Vukovic, Núm. IT-96-23-T&IT-96-23/1-T (Tribunal Internacional para el Enjuiciamiento de los Presuntos Responsables de las Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario Cometidas en el Territorio de la ex-Yugoslavia desde 1991, 22 de febrero de 2001).

La Fiscalía contra Jean-Paul Akayesu, Núm. ICTR-96-4-T (Tribunal Penal Internacional para Rwanda, 2 de septiembre de 1998).

La Fiscalía contra Radoslav Brdanin, Núm. IT-99-36-T (Tribunal Internacional para el Enjuiciamiento de los Presuntos Responsables de las Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario Cometidas en el Territorio de la ex-Yugoslavia desde 1991, 1 de septiembre de 2004).

Li, Zhihui, Linda Richter, y Chunling Lu. "Tracking Development Assistance for Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health in Conflict-Affected Countries". *BMJ Global Health*, vol. 4, núm. 4 (1 de agosto de 2019): e001614. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001614>.

Liddell, Jessica L., y Sarah G. Kington. "Something Was Attacking Them and Their Reproductive Organs: Environmental Reproductive Justice in an Indigenous Tribe in the United States Gulf Coast". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, núm. 2 (enero de 2021): 666. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020666>.

Lu, Chunling, Matthew T. Schneider, Paul Gubbins, Katherine Leach-Kemon, Dean Jamison, y Christopher J. L. Murray. "Public Financing of Health in Developing Countries: A Cross-National Systematic Analysis". *The Lancet*, Londres (Inglaterra), vol. 375, núm. 9723 (17 de abril de 2010): 1375-87. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60233-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60233-4).

Macleod, Catriona Ida, Siân Beynon-Jones, y Merran Toerien. "Articulating Reproductive Justice through Reparative Justice: Case Studies of Abortion in Great Britain and South Africa". *Culture, Health & Sexuality*, vol. 19, núm. 5 (4 de mayo de 2017): 601-15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1257738>.

Manning, Amy, y Marta Schaaf. "Disrespect and Abuse in Childbirth and Respectful Maternity Care". *Healthy Newborn Network*, 25 de junio de 2018. <https://www.healthynetwork.org/resource/disrespect-and-abuse-in-childbirth-and-respectful-maternity-care/>.

Mascaro, Lisa. "GOP's Graham Unveils Nationwide Abortion Ban after 15 Weeks". *AP News*, 13 de septiembre de 2022. <https://apnews.com/article/2022-midterm-elections-abortion-inflation-us-supreme-court-health-7ea4f8fa597c97042503d856a082ef94>.

McCool, Alice. "Tanzania to Lift Ban on Teenage Mothers Returning to School". *The Guardian*, 26 de noviembre de 2021, sec. Global development. <https://www.theguardian.com/global-development/2021/nov/26/tanzania-to-lift-ban-on-teenage-mothers-returning-to-school>.

Messing, Ariella J., Rachel E. Fabi, y Joanne D. Rosen. "Reproductive Injustice at the US Border". *American Journal of Public Health*, vol. 110, núm. 3 (marzo de 2020): 339-44. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305466>.

Miller, Katy K., Morghan Park, y Jess Peterson. "Colonization and the Health of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning and Intersex (LGBTQI) Populations: A Narrative Review of Three Case Studies". *Pediatrics*, vol. 149, núm. 1 Meeting Abstracts February 2022 (23 de febrero de 2022): 585.

Mofokeng, Tlaleng. "Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19". Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 16 de julio de 2021.

Morison, Tracy, y Jabulile Mary-Jane Jace Mavuso. "Introduction: Diversifying Reproductive Justice Scholarship: Marginalised Voices and Overlooked Issues". *Sexual and Reproductive Justice: From the Margins to the Centre*. Serie: Critical Perspectives on the Psychology of Sexuality, Gender, and Queer Studies. Lexington Books, 2022.

Moro-Coco, Mayra, and Natalie Raaber. "Llegando hasta la raíz: Reincorporación de los derechos humanos y la igualdad de género a la agenda de desarrollo post 2015". Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo (AWID), 2013. <https://www.awid.org/es/publicaciones/llegando-hasta-la-raiz-reincorporacion-de-los-derechos-humanos-y-la-igualdad-de>.

Naciones Unidas. "Reports of Sexual Violence in Ukraine Rising Fast, Security Council Hears". Noticias ONU, 6 de junio de 2022. <https://news.un.org/en/story/2022/06/1119832>.

Nariño, Santiago, y Jussara Francisca de Assis dos Santos. "Tackling Systemic Racism in Maternity Care (SSIR)". *Stanford Social Innovation Review*, 2021. <https://doi.org/10.48558/GMC9-5290>.

Nedelsky, Jennifer. "Introduction". *Law's Relations: A Relational Theory of Self, Autonomy, and Law*. Edición, Jennifer Nedelsky, O. Oxford University Press, 2012. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195147964.003.0001>.

Ngwenya, Charles G. "Protocol to the African Charter on the Rights of Women: Implications for Access to Abortion at the Regional Level". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, núm. 2 (2010): 163-66. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.04.013>.

OCHA. "Panorama Global humanitario 2022", noviembre de 2021. <https://gho.unocha.org/es>.

OCHA. "Ukraine". OCHA, 2022. <https://reports.unocha.org/en/country/ukraine/>.

Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). "Global Humanitarian Overview 2020", 10 de diciembre de 2019. https://www.unocha.org/sites/unocha/files/GHO-2020_v9.1.pdf.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). "Acerca de la juventud y los derechos humanos". ACNUDH. Fecha de consulta: 31 de agosto de 2022. <https://www.ohchr.org/es/youth/about-human-rights-youth>.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). "Climate Change and Disaster Displacement". ACNUR. Fecha de consulta: 31 de agosto de 2022. <https://www.unhcr.org/climate-change-and-disasters.html>.

Oficina Regional para África Oriental y Meridional del UNFPA. "Climate Justice Requires Ending Climate Crisis-Related Child Marriages". Oficina Regional para África Oriental y Meridional del UNFPA 2022b. <https://esaro.unfpa.org/en/news/climate-justice-requires-ending-climate-crisis-related-child-marriages>.

Olivares, José, y John Washington. "He Just Empties You All Out': Whistleblower Reports High Number of Hysterectomies at ICE Detention Facility". *The Intercept*, 15 de septiembre de 2020. <https://theintercept.com/2020/09/15/hysterectomies-ice-irwin-whistleblower/>.

OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas (DPNU). "Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017: cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU): resumen de orientación", s.f. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHO-RHR-19.23-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

OMS. *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf.

OMS. *Universal Health Coverage for Sexual and Reproductive Health in Morocco*. Organización Mundial de la Salud, 22 de febrero de 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044623>.

OMS. "Maltrato de las personas mayores", 13 de junio de 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>.

OMS. "Parliaments Promote Women's, Children's and Adolescents' Health in the Time of COVID-19", Organización Mundial de la Salud, 1 de abril de 2022. <https://www.who.int/news/item/01-04-2022-parliaments-promote-women-s-children-s-and-adolescents-health-in-the-time-of-covid-19>.

OMS. "Universal Access to Sexual and Reproductive Health: New Tools Offer Strategies on Integrating Sexual and Reproductive Health into Primary Health Care, as a Fundamental Component of Universal Health Coverage". Organización Mundial de la Salud, 19 de julio de 2022. <https://www.who.int/news/item/19-07-2022-universal-access-to-sexual-and-reproductive-health>.

OMS. "Universal Health Coverage for Sexual and Reproductive Health: Evidence Brief". Organización Mundial de la Salud, 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331113>.

ONU-Mujeres. "Hechos y cifras: Liderazgo y participación política de las mujeres". ONU-Mujeres, sede. Fecha de consulta: 31 de agosto de 2022. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/leadership-and-political-participation/facts-and-figures>.

Organización Meteorológica Mundial (OMM), Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), Proyecto Carbono Global (GCP), Servicio Meteorológico Nacional del Reino Unido, Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), y Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNDRR). "United in Science 2022: A Multi-Organization High-Level Compilation of the Most Recent Science Related to Climate Change, Impacts and Responses", 13 de septiembre de 2022. https://public.wmo.int/en/resources/united_in_science.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Las personas afrodescendientes de América Latina viven en condiciones muy desiguales que repercuten en su salud y bienestar, según un estudio de la OPS". OPS. Fecha de consulta: 27 de septiembre de 2022. <https://www.paho.org/es/noticias/3-12-2021-personas-afrodescendientes-america-latina-viven-condiciones-muy-desiguales-que>.

Patel, P., M. Dahab, M. Tanabe, A. Murphy, L. Ettema, S. Guy, y B. Roberts. "Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-Affected Countries: 2002-2011". *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 123, núm. 10 (septiembre de 2016): 1693-1704. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13851>.

Patel, Parisa, Mahua Das, y Utpal Dasc. "The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India". *Reproductive Health Matters*, vol. 26, núm. 54 (2018): 114-25. <http://www.jstor.org/stable/26605092>.

Patel, Preeti, Bayard Roberts, Samantha Guy, Louise Lee-Jones, y Lesong Conteh. "Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-Affected Countries". *PLoS Medicine*, vol. 6, núm. 6 (9 de junio de 2009): e1000090. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000090>.

Population Reference Bureau (PRB). "The Democratic Republic of the Congo Leads the Way on Abortion Access: A Pathway for Reproductive Rights Advocates in Francophone Africa". Population Reference Bureau, 28 de octubre de 2021. <https://www.prb.org/resources/the-democratic-republic-of-the-congo-leads-the-way-on-abortion-access-a-pathway-for-reproductive-rights-advocates-in-francophone-africa/>.

PRB. "Youth Family Planning Policy Scorecard". Population Reference Bureau, s.f. <https://scorecard.prb.org/youthfpscocard/en/>.

Presidencia de la República de Costa Rica. "Gobierno da luz verde a la Mesa Caribe para impulsar el diálogo, el desarrollo económico y la inclusión en Limón", 17 de febrero de 2019. <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2019/02/gobierno-da-luz-verde-a-la-mesa-caribe-para-impulsar-el-dialogo-el-desarrollo-economico-y-la-inclusion-en-limon/>.

Programa Mundial de Alimentos (PMA). "Projected Increase in Acute Food Insecurity Due to War in Ukraine". Nota descriptiva. PMA, abril de 2022. <https://www.wfp.org/publications/projected-increase-acute-food-insecurity-due-war-ukraine>.

Raj, Anita, Arnab Dey, Sabrina Boyce, Aparna Seth, Siddhartha Bora, Dharmendra Chandurkar, Katherine Hay, et al. "Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India". *Maternal and Child Health Journal*, vol. 21, núm. 9 (septiembre de 2017): 1821-33. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2298-8>.

Rebouche, Rachel. "Reproducing Rights: The Intersection of Reproductive Justice and Human Rights". *UC Irvine Law Review*, vol. 7, núm. 3 (1 de diciembre de 2017). <https://escholarship.org/uc/item/5jr1h6xw>.

Red Interinstitucional sobre Mujeres e Igualdad de Género (IANWGE). "25 Years after Beijing: A Review of the UN System's Support for the Implementation of the Platform for Action, 2014–2019". IANWGE, 2019. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/ianwge-review-of-un-system-support-for-implementation-of-platform-for-action>.

Reunión de la Comisión de Alto Nivel para el seguimiento de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, 9 de junio de 2022. Zoom, 2022.

Ross, Loretta, and Rickie Solinger. "1. A Reproductive Justice History". *Reproductive Justice: An Introduction*, 9-57. University of California Press, 2017. <https://doi.org/10.1525/9780520963207-002>.

Ross, Loretta. "Understanding Reproductive Justice: Transforming the Pro-Choice Movement". *Off Our Backs* 36 (1 de enero de 2006): 14-19. <https://doi.org/10.2307/20838711>.

Ross, Loretta. "What Is Reproductive Justice?" *Reproductive Justice Briefing Book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change*, 2007. <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fileID=4051>.

Ross, Loretta J. "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism". *Souls*, vol. 19, núm. 3 (3 de julio de 2017): 286-314. <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>.

Secretario General. "Discurso del Secretario General ante la Asamblea General". Naciones Unidas, 20 de septiembre de 2022. <https://www.un.org/sg/es/content/sg/statement/2022-09-20/secretary-generals-address-the-general-assembly-trilingual-delivered-follows-scroll-further-down-for-all-english-and-all-french>.

Secretaría General del Consejo. "Igualdad de género y capacitación de las mujeres en la cooperación para el desarrollo - Conclusiones del Consejo y de los Representantes de los Gobiernos de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo". Bruselas: Consejo de la Unión Europea, 15 de mayo de, 2007. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9561-2007-INIT/es/pdf>.

Sharma, Sangita, Fariba Kollahdoz, Katherine Launier, Forouz Nader, Kyoung June Yi, Philip Baker, Tara-Leigh McHugh, y Helen Vallianatos. "Canadian Indigenous Womens Perspectives of Maternal Health and Health Care Services: A Systematic Review". *Diversity & Equality in Health and Care*, 13, núm. 5 (2 de septiembre de 2016): 0-0. <https://doi.org/10.21767/2049-5471.100073>.

Smith, David. "HIV-Positive Women Sue Kenya Government and NGOs over Sterilisation". *The Guardian*, 11 de diciembre de 2014, sec. Global development. <https://www.theguardian.com/global-development/2014/dec/11/hiv-positive-women-sue-kenya-government-and-ngos-over-sterilisation>.

Sobngwi-Tambekou, Joëlle L., Marthe Tsague-Agnoux, Léopold K. Fezeu, y Flavien Ndonko. "Teenage Childbearing and School Dropout in a Sample of 18,791 Single Mothers in Cameroon". *Reproductive Health*, 19, núm. 1 (15 de enero de 2022): 10. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01323-4>.

Southern Africa Litigation Centre. "Namibia: Coerced Sterilisation of HIV-Positive Women", 3 de noviembre de 2014. <https://www.southernafricalitigationcentre.org/2014/11/03/namibia-coerced-sterilisation-of-hiv-positive-women/>.

Southern Africa Litigation Centre. "News Release: Namibia's Highest Court Finds Government Forcibly Sterilised HIV-Positive Women", 3 de noviembre de 2014. <https://www.southernafricalitigationcentre.org/2014/11/03/news-release-namibias-highest-court-finds-government-forcibly-sterilised-hiv-positive-women/>.

Stoner, Marie C. D., Katherine B. Rucinski, Jessie K. Edwards, Amanda Selin, James P. Hughes, Jing Wang, Yaw Agyei, et al. "The Relationship Between School Dropout and Pregnancy Among Adolescent Girls and Young Women in South Africa: A HPTN 068 Analysis". *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 46, núm. 4 (agosto de 2019): 559-68. <https://doi.org/10.1177/1090198119831755>.

Swabhimani Society y Equality Now. "Justice Denied: Sexual Violence & Intersectional Discrimination - Barriers to Accessing Justice for Dalit Women and Girls in Haryana, India". *Equality Now* (blog), 24 de noviembre de 2020. <https://www.equalitynow.org/resource/justicedenied/>.

Taylor, Luke. "Monkeypox: WHO Declares a Public Health Emergency of International Concern". *BMJ* 378 (26 de julio de 2022): o1874. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1874>.

Thompson, Hannah. "President Macron Launches French Campaign against Endometriosis". *The Connexion*, 13 de enero de 2022. <https://www.connexionfrance.com/article/French-news/Health/President-Macron-launches-French-campaign-against-endometriosis>.

Tulloch, Tezeta. "The Economic and Social Impacts of Maternal Death". *BMC On Health*, 6 de mayo de 2015. <https://blogs.biomedcentral.com/on-health/2015/05/06/economic-social-impacts-maternal-death/>.

UAP. "Workplace WH PSA Initiative" UAP. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2022. <https://www.universalaccessproject.org/workplace-wh-psa-initiative>.

UNFPA. "Parliamentarians Agree on How to Accelerate Progress on Sexual and Reproductive Health". Oficina Regional para África Oriental y Meridional del UNFPA, 7 de julio de 2022. <https://esaro.unfpa.org/en/news/parliamentarians-agree-how-accelerate-progress-sexual-and-reproductive-health>.

UNFPA. "Plan estratégico del UNFPA, 2022-2025". Naciones Unidas, 30 de agosto de 2021. https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/main-document/ES_DP.FPA_2021.8_-_UNFPA_strategic_plan_2022-2025.pdf.

UNFPA. "Refugio en la tormenta: Un programa transformador para las mujeres y las niñas en un mundo proclive a las crisis". Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015. https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_SP.pdf.

Universal Access Project (UAP). "Drive Private Sector Action". UAP. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2022. <https://www.universalaccessproject.org/drive-private-sector-action>.

Vedam, Saraswathi, Kathrin Stoll, Tanya Khemet Taiwo, Nicholas Rubashkin, Melissa Cheyney, Nan Strauss, Monica McLemore, *et al.* "The Giving Voice to Mothers Study: Inequity and Mistreatment during Pregnancy and Childbirth in the United States". *Reproductive Health* 16, núm. 1 (11 de junio de 2019): 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>.

Visible Impact. "National Youth Recommendations for Nepal's National Commitments at Nairobi Summit". UNFPA Nepal, septiembre de 2019. <https://nepal.unfpa.org/en/publications/national-youth-recommendations-nepals-national-commitments-nairobi-summit>.

Women's Link Worldwide. "Helena's Story", 2019. <https://www.womenslinkworldwide.org/en/files/3099/helena-s-story.pdf>.

Women's Link Worldwide. "Las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual en las filas de grupos armados ilegales deben ser consideradas víctimas del conflicto en Colombia y tienen derecho a la reparación", 12 de diciembre de 2019. <https://www.womenslinkworldwide.org/informate/sala-de-prensa/las-mujeres-y-ninas-victimas-de-violencia-sexual-en-las-filas-de-grupos-armados-ilegales-deben-ser-consideradas-victimas-del-conflicto-en-colombia-y-tienen-derecho-a-la-reparacion-1>.

Šveřpa, Milan. "War on Ukraine: Protect People with Intellectual Disabilities and Families". *Inclusion Europe* (blog), 22 de febrero de 2022. <https://www.inclusion-europe.eu/ukraine-people-with-intellectual-disabilities-mustnt-be-abandoned/>.

