

11 de mayo de 2021

Tengo el honor de dirigirme a Usted en mi calidad de Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de conformidad con la resolución 42/16 del Consejo de Derechos Humanos.

Me gustaría invitarle a responder al cuestionario que figura a continuación. Los insumos que se reciban servirán de base para mi informe temático sobre el derecho de toda persona a la salud sexual y reproductiva – desafíos y oportunidades durante la COVID -19, que se presentará a la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2021.

El cuestionario sobre el informe se puede consultar en el sitio web de la Oficina, en inglés (idioma original), así como en francés, y español (traducciones no oficiales): (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/health/pages/srrihealthindex.aspx>).

Todas las respuestas recibidas se publicarán en el mencionado sitio web, a menos que se indique que la respuesta debe permanecer confidencial.

Nótese que hay un límite de 3000 palabras por cuestionario. Sírvase por favor enviar las respuestas al cuestionario a: srhealth@ohchr.org. La fecha final para enviar las respuestas es el **10 de junio de 2021**.

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

CUESTIONARIO

Datos de contacto

Comparta por favor sus datos de contacto en caso de que necesitemos comunicarnos con usted en relación con este cuestionario. (opcional)

Tipo de actor (por favor seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Estado observador <input checked="" type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): sociedad civil
Nombre del Estado Nombre de la persona encuestada	Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro - CLACAI
Correo electrónico	susana@promdsr.org

¿Podemos atribuir públicamente estas respuestas a su *? (En la web de la OACDH, en la sección de la Relatoría)	X <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Comentarios (si fuera relevante):
--	--

Antecedentes

El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte integrante del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y un tema prioritario para la Relatora Especial del derecho a la salud durante su mandato.

La Relatora Especial, Tlaleng Mofokeng, centrará su próximo informe temático a la Asamblea General en "El derecho a la salud sexual y reproductiva - retos y oportunidades durante la pandemia de COVID - 19".

Objetivos del informe

Con su informe, la Relatora Especial pretende esclarecer el estado y nivel actual de realización del derecho a la salud sexual y reproductiva y la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud relacionados durante la pandemia COVID-19. Sobre la base del trabajo e informes anteriores del mandato, la Relatora Especial se propone profundizar en los problemas estructurales y sistémicos que impiden el disfrute libre y pleno del derecho a la salud sexual y reproductiva.

La Relatora Especial se centrará en aspectos históricamente olvidados, como el impacto del colonialismo y el racismo en el disfrute de este derecho, con un enfoque interseccional. También analizará el impacto de la COVID -19 y las políticas, cambios legales y prácticas relacionadas, en el acceso a los servicios en materia de salud sexual y reproductiva. La Relatora Especial también presentará los retos y oportunidades relacionados con la operacionalización del derecho a la salud sexual y reproductiva en el contexto actual de pandemia.

A efectos de este cuestionario:

El derecho a la salud sexual y reproductiva conlleva el derecho a tomar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, libres de violencia, coacción y discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y a la propia salud sexual y reproductiva. También implica el derecho a un acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información en materia de salud, que garanticen a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva en virtud del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La atención a la salud sexual y reproductiva se refiere a los servicios, bienes e instalaciones que incluyen

- *Servicios relacionados con el embarazo y el posparto*
- *Planificación familiar y anticoncepción, incluido el acceso al aborto seguro*
- *Prevención, diagnóstico y tratamiento de los cánceres del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.*

- *Tratamientos hormonales*
- *Tratamientos de afirmación del género*
- *Acceso a la información sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva.*

Preguntas

- 1. Desde el comienzo de la pandemia de la COVID-19, los Estados han adoptado nuevas políticas, leyes y otras medidas en respuesta a la crisis. Por favor, refiérase a las medidas relevantes en su país (o países) y su impacto en el derechos a la salud sexual y reproductiva. Por favor, comparta información sobre las oportunidades y los desafíos.**

Desde el Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro -CLACAI- se llevó adelante un monitoreo sobre acceso a servicios de salud reproductiva en 9 países de la región, en el marco del proyecto “La Salud Reproductiva es Vital” (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, El Salvador y Uruguay). Todos esos países tomaron medidas restrictivas a la libre circulación de las personas -sobre todo, mediante la declaración de estados de emergencia y/o la imposición de cuarentenas rigurosas- en respuesta a la crisis sanitaria que supuso la pandemia del COVID-19. Estas causaron -a su vez- un impacto significativo sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, por ejemplo: :

1. El cierre de efectores y en la restricción de horarios de atención en los centros de salud de primer nivel (que son, precisamente, donde se prestan muchos de estos servicios);
2. La reducción de personal sanitario o bien la reasignación de sus funciones para atender casos de COVID (ya sea por faltas por contagio de personal sanitario, por licencias, entre otras razones);
3. La priorización de atención de pacientes con COVID-19;
4. La postergación de las consultas de salud reproductiva consideradas no urgentes, ya sea por los profesionales de salud en cada caso o por lineamientos generales sobre la priorización de esos servicios;
5. La exigencia de cumplir con ciertas medidas de bioseguridad (como prueba de COVID negativa no proporcionada en el servicio) que, en muchos casos, hicieron imposible el acceso a estos servicios;
6. La negación al ejercicio de ciertos derechos sexuales y reproductivos conquistados en el último tiempo, como la prohibición de acompañamiento en el parto y las cesáreas innecesarias programas para evitar trabajos de parto prolongados.

Tras estas consideraciones generales y dando cuenta de la particularidad de cada país estudiado, a continuación, se expone el detalle de las medidas tomadas en los países mencionados y el consecuente impacto en sus servicios de salud sexual y reproductiva:

En **Argentina**, el presidente Alberto Fernández decretó emergencia sanitaria por el plazo de un año desde el 12 de marzo de 2020. Con esto, comenzó el confinamiento obligatorio para prevenir el contagio de coronavirus en el país. La ciudadanía sólo podía desplazarse para tareas indispensables como el aprovisionamiento de alimentos, medicamentos y artículos de limpieza. A medida que pasó el tiempo, el gobierno central aumentó las prerrogativas de las provincias para tomar medidas e imponer restricciones de acuerdo con el nivel de riesgo en que se encontraban. A partir de mayo de 2020, el territorio argentino adoptó un sistema de cuarentena flexible según los niveles de contagio en cada jurisdicción.

En particular, la pandemia en el país -junto a tales restricciones a la libre circulación de las personas- supusieron una escasez de insumos y falta de disponibilidad de personal capacitado para atender oportunamente a quienes requieren prestaciones de salud reproductiva, sobre todo en zonas alejadas de los centros urbanos o las capitales provinciales, que fueron las principales afectadas. El acceso limitado a estas prestaciones se vio incrementado, a su vez, por dificultades preexistentes a la pandemia; entre los que destacan su sistema de salud fragmentada y las deterioradas condiciones de trabajo de las/os profesionales de salud.

Sin embargo, se tomaron progresivamente medidas para mejorar el acceso a la salud reproductiva, como la declaración de estos servicios como servicios esenciales y urgentes y la emisión de lineamientos para la garantía de la salud reproductiva en el marco de la pandemia en algunas jurisdicciones y por el Ministerio de Salud de la Nación. Además, se aprobó la Ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y postaborto, que amplía el derecho al acceso a esta práctica y se emitió un protocolo de atención para estandarizar las prácticas de acuerdo con la evidencia más reciente sobre la materia en un marco de derechos humanos.

En **Brasil**, el manejo de la crisis sanitaria estuvo marcado por las tensiones entre el Ministerio de Salud y el presidente de la nación, Jair Bolsonaro. Por un lado, mientras el gobierno declaraba Emergencia de Salud Pública de Importancia Nacional (ESPIN) el 3 de febrero, el primer mandatario alentaba a poner fin a las medidas de prevención de contagio, como el aislamiento social y el uso de mascarillas. En junio, Brasil se convirtió en el epicentro de la COVID-19 a nivel mundial.

En este contexto y como fruto, a su vez, de la presión de sectores conservadores presentes en los poderes del Estado, Brasil no adoptó ninguna política pública que sirviera para asegurar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva. Al contrario, emitió algunas normas que dificultaron el acceso, especialmente a la interrupción legal del embarazo. Este escenario puso en serio riesgo la vida de millones de mujeres, que no lograron acceder a una atención oportuna de estos servicios.

En **Bolivia**, el gobierno declaró la emergencia sanitaria el 17 de mayo de 2020 a través de un decreto que suspendió actividades, impuso restricciones en el tránsito y llamó a las personas a quedarse en sus hogares si no era indispensable salir. Los sistemas públicos y privados de salud quedaron excluidos de esta decisión, pero se mantuvieron enfocados en combatir las consecuencias del virus en el país.

Esta declaración de emergencia sanitaria en el país -en el contexto de una crisis política, social y económica que el país viene arrastrando desde 2019- tuvo un impacto prominente sobre los servicios de salud reproductiva. En efecto, el Estado Plurinacional no incluyó la salud reproductiva como servicio esencial, lo que la dejó relegada en una segunda categoría de atención sanitaria ante el aumento de casos de coronavirus y el consecuente colapso del sistema de salud. En concreto, los servicios de salud reproductiva en Bolivia estuvieron suspendidos durante la cuarentena estricta por COVID 19, y continuaron prestándose con serias limitaciones a continuación.

En **Chile**, el gobierno decretó un estado excepcional de catástrofe en el país el 19 de marzo, en respuesta al aumento de contagios de la COVID-19 en la población. Si bien tenía una duración inicial de 90 días, la situación se extendió por meses, a través de cuarentenas totales o parciales en distintos puntos del país.

En este marco legal del estado de excepción, el gobierno implementó medidas especiales para hacer frente a la penetración del SARS-CoV-2. Entre ellas, puede nombrarse: el desincentivo de las autoridades a que la ciudadanía acudiera a centros de

salud si no era por razones de extrema urgencia, la redistribución del personal sanitario y la limitación de atenciones más allá de las que tuvieran directa relación con el coronavirus.

El hecho de no contar con la totalidad del personal abocado a sus funciones originales sumado a la falta de regulación específica en materia de salud sexual y reproductiva desencadenó, en la práctica, serias restricciones en el acceso a los servicios de salud reproductiva. En efecto, el Estado chileno solo reconoció como esenciales el embarazo, parto y puerperio. El resto de los servicios de salud reproductiva no tuvieron el mismo reconocimiento en el contexto de la emergencia sanitaria. En particular el acceso a la anticoncepción se vio afectado por la distribución de insumos en mal estado que resultaron ineficaces y provocaron cientos de embarazos no intencionales.

Al impacto en esos servicios de salud reproductiva se suman las brechas de acceso que supone un sistema público de amplia cobertura, pero escasa capacidad; y un sistema privado de salud que excluye del acceso a la población más vulnerable, así como a personas migrantes irregulares, o personas alejadas de los centros urbanos.

Cabe destacar que, en **Chile**, los servicios dedicados a la interrupción del embarazo en las tres causales que permite el marco regulatorio actual fueron los más afectados en este contexto, mientras que la atención durante el embarazo y después del parto recibió más atención por parte de la política nacional.

En **Colombia**, el gobierno declaró emergencia sanitaria a nivel nacional el 12 de marzo de 2020, y doce días después, el presidente Iván Duque decretó la cuarentena total. La declaratoria de estado de excepción supuso la prohibición de manera expresa de salir de casa a menos de que fuese por una necesidad básica, o en caso de emergencia. En este marco, se suspendió el funcionamiento del comercio, de servicios no esenciales y de transporte intermunicipal.

Estas medidas tuvieron un significativo impacto sobre los servicios reproductivos en Colombia, manteniendo y profundizando las barreras estructurales que ya existían antes de la crisis sanitaria. Por un lado, las prestadoras de salud, que ya hacían interpretaciones restrictivas de los derechos sexuales y reproductivos para autorizar tratamientos, desconocieron su carácter esencial y obstaculizaron su prestación. Además, las brechas de acceso se profundizaron, dada la falta de cobertura en salud reproductiva en todo el territorio nacional, para las comunidades vulnerables, las zonas rurales y apartadas de las áreas urbanas, que se vieron afectadas por el cierre de los centros de salud más cercanos y la imposibilidad de transportarse a otros municipios. Adicionalmente, la ya existente desinformación sobre la prestación de los servicios de salud reproductiva, aumentó considerablemente con la pandemia, al mismo tiempo que se mantuvieron los problemas estructurales del país relativos a la falta de cobertura en salud reproductiva en todo el territorio nacional, y a la existencia de brechas económicas para acceder a sistemas sanitarios alternativos al estatal, como los sistemas subvencionados o privados. Se reportaron problemas particulares, para el acceso a la salud reproductiva de migrantes, venezolanas mayormente.

En **Ecuador**, el gobierno declaró el estado de excepción por calamidad pública a nivel nacional el 16 de marzo de 2020. A partir de esta declaración, comenzaron a regir medidas como el toque de queda y el inicio del confinamiento, se cancelaron eventos masivos así como también las actividades no esenciales.

Durante los primeros meses de la pandemia, la atención en salud se volcó a contener el virus y el aumento de contagios, por lo que los centros de salud suspendieron las consultas ambulatorias y las cirugías consideradas como no urgentes. El sistema

sanitario se enfocó en garantizar medidas de bioseguridad para la atención de pacientes, reorganizar los servicios de salud y proporcionar nuevos lineamientos de atención al personal sanitario.

En este contexto y pese a que el gobierno ecuatoriano reconoció los servicios de salud reproductiva como esenciales, en la realidad se evidenció que la pandemia afectó directamente el acceso a servicios de salud reproductiva, como la provisión de métodos anticonceptivos, atenciones prenatales, atenciones a complicaciones obstétricas y de interrupciones legales del embarazo en los primeros niveles de atención.

En **Perú**, el 16 de marzo de 2020, el ex presidente del Perú, Martín Vizcarra, decretó estado de emergencia en respuesta al aumento de casos de coronavirus SARS-COV-2, y con el objetivo de reducir las posibilidades de contagio en el país. A partir de la declaratoria, implementó medidas que limitaban mayormente las actividades no esenciales y la circulación de tránsito en el territorio. Los servicios de salud siguieron operando, pero tomando como única prioridad la atención a las personas infectadas por el virus.

Pese a los esfuerzos, Perú se posicionó como el país con la tasa de mortalidad más alta del mundo en agosto de 2020, con 101,3 personas fallecidas por cada 100.000 habitantes. El colapso del sistema sanitario implicó el cierre de todos los centros de primer nivel de atención, en donde se dan la mayoría de las atenciones de salud reproductiva en el país, hasta finales de mayo. Dentro de los servicios que se inhabilitaron estuvo, por ejemplo, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).

De esta forma, la llegada del coronavirus al país puso en manifiesto la deuda que Perú tiene en materia de salud reproductiva. Ante la crisis sanitaria, el Estado peruano declaró los servicios de salud reproductiva como esenciales durante la crisis sanitaria de 2020. No obstante, pese a que la institucionalidad a cargo avanzó en la normativa para poner especial atención a estos servicios, su respuesta fue tardía o no han sido implementados de manera integral.

Esta omisión está asociada a una serie de falencias en la atención, sobre todo del aborto terapéutico o por causal salud, único habilitado en el país, así como la entrega y asesoría en métodos anticonceptivos para adolescentes.

En **El Salvador**, el gobierno decretó la cuarentena en todo el territorio nacional el 15 de marzo de 2020. Entre otras medidas, el Estado inhabilitó el transporte público en el país, y optó por concentrar la provisión de servicios de salud pública en atenciones por coronavirus. La cuarentena total, que tenía la intención inicial de durar 30 días, fue extendida hasta el 24 de agosto.

Durante este período, el Estado de El Salvador no reconoció los servicios de salud reproductiva como esenciales. Esta situación profundizó los problemas existentes en la materia, dentro de un país que no reconoce la interrupción del embarazo bajo ninguna de sus causales y que, incluso, ha presentado reformas de ley para incrementar las penas por hasta 50 años para quienes aborten bajo cualquier circunstancia.

En particular, durante la pandemia, se vieron evidenciadas las brechas ya existentes entre los distintos sistemas de salud que constituyen el ecosistema sanitario de El Salvador. Mientras el Ministerio de Salud es quien tiene mayor cobertura en salud, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), de financiamiento mixto, es la entidad que cuenta con mayor presupuesto para prestar sus servicios.

De esta forma, las garantías de salud reproductiva se transformaron en un privilegio solo para quienes, por ejemplo, accedieran a un trabajo formal y estable y, entonces, pudieran cotizar mensualmente en el Instituto de Salud Salvadoreño y costear parte de los gastos asociados a la atención médica, incluyendo desplazamiento a los

centros y las consultas, tratamientos y medicinas. Las mujeres de las zonas rurales, o quienes se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad social y que dependen del funcionamiento del sistema público de salud para acceder a la atención médica fueron los grupos más excluidos dentro de este contexto.

Finalmente y de manera similar al resto de los países, en **Uruguay**, el gobierno decretó emergencia sanitaria por la pandemia de la COVID-19 el 13 de marzo, restringiendo, entre otros, el derecho a reunión y movilización. A través de esta declaratoria, hizo un llamado amplio a que las personas permanecieran en sus hogares a menos de que fuese indispensable salir, y apeló al distanciamiento social como práctica extendida.

Si bien la incidencia del virus en Uruguay fue baja en comparación a otros países de la región, las limitaciones al libre desplazamiento impactaron en la disponibilidad y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Según datos obtenidos por la organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) aseguró que la provisión habitual de los servicios de salud reproductiva se vio resentida además por la priorización de la atención sanitaria por coronavirus.

En concreto, los equipos del primer nivel de atención discontinuaron las actividades de promoción y prevención en materia de salud reproductiva, con el fin de evitar aglomeraciones y priorizar la emergencia sanitaria por coronavirus, a la vez que se cerraron los centros donde suelen darse estas actividades. En la misma línea, los centros de atención cerraron o cambiaron abruptamente su agenda de atenciones sin informar a tiempo a la población.

2. Por favor, especifique también las medidas legales o de otro tipo introducidas durante la pandemia con el objetivo de reconocer, o restringir, prohibir o criminalizar: a) el acceso al aborto legal; b) las relaciones sexuales consentidas entre adultos; c) las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, d) las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes de edades similares, e) el trabajo sexual, f) el matrimonio entre personas del mismo sexo, g) la información sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva; h) la transmisión del VIH/SIDA, y i) la autonomía y la libre toma de decisiones sobre el propio cuerpo y la salud sexual y reproductiva.

En materia de **aborto legal**, fue posible reconocer -a través del estudio de los nueve países investigados- tres escenarios regulatorios posibles durante la pandemia:

Dentro del primer escenario, se encuentran los países que *emitieron regulaciones para facilitar el acceso a las interrupciones legales o voluntarias del embarazo (IVE o ILE, respectivamente)*.

En este escenario, se encuentra, por ejemplo, **Colombia**, toda vez que el gobierno nacional emitió normas que reconocieron las prestaciones de salud reproductiva como esenciales y ordenó su garantía durante la pandemia, aunque la aplicación de estas normas fue muy variada en el país. Además, instituciones prestadoras de servicios de salud reproductiva privadas como Oriéntame y ProFamilia -con el objetivo de adaptar la prestación de sus servicios y la difusión de información al contexto de confinamiento obligatorio- han sido capaces de adelantar, desde el inicio de la pandemia, protocolos para ser prestadoras en la variante de telesalud, lo que facilitó el acceso a estos servicios a poblaciones y municipios en los que no había atendido antes (en efecto, llegaron a todos los departamentos con la prestación de la ILE así como también lograron asegurar en ellos anticoncepción de corta duración).

También fue éste el escenario de **Argentina**, donde se destaca, como principal medida legal en la materia, la sanción de la Ley N° 27.610 de acceso a la Interrupción voluntaria del Embarazo (IVE)¹ y atención postaborto, que reconoció el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar a requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud del país durante las primeras catorce semanas de gestación y, luego, por causales. Además, otra medida fundamental tomada en el país fue la implementación de prescripciones médicas electrónicas, que resultó esencial para garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva tanto de aborto como de anticoncepción y atención perinatal durante la pandemia; al mismo tiempo que evitó que la ciudadanía tuviera que acercarse personalmente a los centros de salud para acceder a tales servicios. Por último, en línea con las recomendaciones emitidas por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR) del Ministerio de Salud de la Nación en lo referido a garantizar el acceso a las prestaciones de salud reproductiva durante la pandemia, debe mencionarse que varios gobiernos locales generaron sus propios lineamientos y recomendaciones, centrándose -en su mayoría- en la provisión y asesoramiento vinculado a la ILE y también a los métodos anticonceptivos.

Dentro del segundo grupo de países, se encuentran aquellos que, por el contrario, *emitieron regulaciones para limitar la práctica del aborto legal.*

El caso más evidente de este escenario es **Brasil**, cuyo Ministerio de Salud dictó una nueva ordenanza que intensificaba barreras innecesarias para acceder a la interrupción legal del embarazo en casos de violación. Esta modificaba el acceso al aborto, haciendo, por ejemplo, obligatoria la notificación del delito de violación a la policía, lo que vulneraba el principio ético del secreto profesional, previsto en la ley. Cabe destacar que, la acción del movimiento feminista ha resultado fundamental para demostrar la ilegalidad de esta ordenanza, sin embargo, el juicio aún está pendiente ante el Supremo Tribunal Federal. En efecto, este tipo de acciones dan cuenta de la precarización que enfrentan las mujeres en materia de salud reproductiva en Brasil en materia de salud reproductiva, en general, y en relación con el aborto, en particular.

Por otro lado, **Ecuador** y **Perú** también adoptaron medidas obstaculizadoras en el acceso a la práctica del aborto, en tanto, en los primeros meses de la pandemia, limitaron el acceso a todas las prácticas ambulatorias y de consulta externa para dictaminar las causales de aborto legal. En el caso particular de **Perú**, debe señalarse el Decreto Supremo N° 094-202, emitido el 23 de mayo, el cual, si bien incluye la posibilidad de interrumpir el embarazo en los casos de personas gestantes infectadas de COVID-19, en la práctica, operó como una disposición que restringió el acceso al aborto terapéutico, pues solo medía el riesgo asociado a la vida y al contagio del virus, y no consideró otras situaciones en las que las vidas de las mujeres, su integridad o salud estaban en riesgo, como en los casos de niñas con embarazos no intencionales o producto de una violación sexual.

De manera similar, **Bolivia** también limitó el acceso al aborto legal, primero, suspendiendo durante la cuarentena rígida completamente el servicio (en tanto los hospitales habilitados para practicar abortos legales sólo recibían pacientes COVID-19); y luego, incrementando los requisitos para acceder a la práctica (en algunos casos, se solicitó a la usuaria que se traslade a otro hospital con sus propios medios ya que no contaban ni con ambulancia ni con trajes de bioseguridad, y, adicionalmente, se requirió la presentación de una prueba negativa para el COVID-19 para acceder al servicio.).

¹ La Ley 27.610 de acceso a la Interrupción voluntaria del Embarazo (ILE) está disponible para su consulta en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Finalmente, en el tercer escenario, *se encuentran aquellos países que mantuvieron sus regulaciones anteriores en materia de aborto -es decir, sin innovación normativa alguna-, pero en los cuales, como consecuencia de la pandemia y las medidas adoptadas, sufrieron limitaciones innecesarias para el acceso a la práctica.* Aquí se ubican **Chile y Uruguay. El Salvador**, por su parte, tampoco ha innovado normativamente su regulación en aborto durante el período de la pandemia, pero debe señalarse que, a diferencia de los otros dos países mencionados, aquí el modelo legal vigente continúa siendo la prohibición absoluta del aborto.

En lo que respecta a la anticoncepción, también se han reconocido tres escenarios:

En primer lugar, se encuentran los países que emitieron *regulaciones para facilitar el acceso* a esta práctica en la pandemia. Aquí pueden encontrarse una mayor cantidad de países que los mencionados para el aborto legal, ya que además de **Argentina** (donde a la receta electrónica, se le sumaron otras medidas facilitadoras como la eliminación del requisito de receta para la anticoncepción de emergencia y la entrega domiciliaria de anticonceptivos, en algunas jurisdicciones) y **Colombia** (donde también existieron entregas domiciliarias), también responden a este escenario: **Perú, Ecuador, Uruguay, y El Salvador.**

En **Perú**, se dictó, una vez flexibilizada la cuarentena, la “Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 - Directiva Sanitaria” aprobada por la resolución ministerial N° 217-2020-MINSA² para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar, que detalló las facilidades necesarias para asegurar la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos; entre las que se encuentran la eliminación de requisitos de documentación probatoria (tales como tener historia clínica o certificado) como precondition para acceder a un programa de anticoncepción, así como también se dispuso la entrega mínima de tres meses de métodos anticonceptivos a nuevas usuarias o continuadoras.

De manera similar, en **Ecuador**, según el Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490,³ se flexibiliza la presentación del carné -que hasta el momento se exigía- para acceder a estos métodos luego de la cuarentena estricta, al mismo tiempo que se habilita la entrega de pastillas anticonceptivas para 3 meses y se refuerzan las disposiciones vigentes de provisión inmediata de anticoncepción oral de emergencia (AOE) sin necesidad de presentar documentación migratoria o cédula de ciudadanía. Asimismo, se especifica la necesidad de fortalecer la provisión de preservativos en dispensarios de los centros de salud para facilitar las medidas de prevención del contagio del COVID-19.

En **Uruguay**, por su parte, se acordó prologar los vencimientos de las tarjetas de tratamiento prolongado, a modo de facilitar y hacer continua la entrega de métodos sin requerir consultas presenciales.

Por último, en este primer grupo, destaca la gestión del ISSS en **El Salvador** en lo que respecta a asegurar la atención por teleconsulta y la entrega programada de los insumos para evitar, de este modo, la espera y el contacto presencial prolongado con el sistema de salud.

² La Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 - Directiva Sanitaria está disponible para su consulta en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/483433-217-2020-minsa>

³ El Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 está disponible para su consulta en: <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/01/Acuerdo-Ministerial-2490.pdf>

Dentro del segundo grupo, ubicamos los países que emitieron *regulaciones que limitaron el acceso* a la anticoncepción. Esto sucedió en algunas jurisdicciones de **Argentina** como Entre Ríos en las cuales se limitó la anticoncepción de larga duración para adolescentes; en **Bolivia** en donde se exigió también prueba negativa de covid para acceder a asesoría reproductivas o retirar insumos anticonceptivos; y durante la primera etapa de pandemia en **Perú** y **Ecuador**, donde quedaron suspendidas estas prestaciones por realizarse siempre por consulta externa y no considerarse de “urgencia” en ese momento, entre las que se incluyó la asesoría reproductiva y la entrega de anticonceptivos.

Por último, se encuentran los países que *mantuvieron sus regulaciones anteriores* para el acceso a la práctica. Este es el caso de **Chile** y **Brasil**.

Finalmente, en materia de **atención prenatal**, aquí sólo se distinguen dos supuestos:

Por un lado, los Países que emitieron *regulaciones para facilitar el acceso* a esta práctica en la pandemia. Aquí se encuentran **Argentina, Colombia, El Salvador, Perú, Uruguay, Brasil, y Chile**.

En **Argentina**, la DNSSyR recomendó la entrega de toda la documentación sanitaria a la gestante en la primera consulta, así como también dispuso la actualización inmediata de los registros para que pueda atenderse en cualquier servicio si hubiera cortes en la atención, o control y la realización de análisis en el mismo día para que no tengan que regresar. A estas medidas se sumaron también el envío de resultados y el seguimiento por telesalud.

En **Colombia**, por su parte, se utilizó mecanismos para limitar los tiempos de espera en los servicios, agilizar los turnos y cumplir con medidas de bioseguridad para mejorar la atención de las gestantes. También utilizó telesalud para el seguimiento de los controles que siempre se realizaron de forma presencial.

En **El Salvador**, el ISSS uso equipos para atención domiciliaria, y tele-asistencia en servicios especializados para seguimiento de embarazos. A la par, el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) amplió los horarios de atención y permitió la libre demanda de atención de sus servicios de salud sexual y reproductiva.

En **Perú**, las directivas emitidas tienen la particularidad de que se dirigen únicamente a las gestantes sospechosas o confirmadas de COVID, estableciendo procedimientos para facilitar la atención en esos casos.

Por último, dentro de este grupo, debe señalarse que, tanto en **Uruguay** como en **Brasil** y **Chile**, se estableció un triage telefónico para identificar si se requería y/o era posible la consulta presencial. Además, mediante este sistema, se decidía si debía hacerse seguimiento por telesalud.

Por el otro lado, se encuentran los países que emitieron *regulaciones que limitan el acceso* a la práctica. Este es el caso de **Ecuador** y de **Bolivia**:

En **Ecuador**, la limitación de atención de consulta externa alcanzó el control del embarazo en los primeros meses lo que retrasó la atención prenatal. Como agravante, las atenciones prenatales documentadas entre marzo y mayo de este año descendieron un 45,47% con respecto al mismo período de 2019 y la mortalidad materna aumentó en un 33,64%. Esta tendencia a la baja en la atención, la saturación de los centros de salud y con la falta de lineamientos estatales, exponen a las personas gestantes a complicaciones obstétricas y muertes maternas.

Por su parte, en **Bolivia**, si bien el país también adoptó un triage telefónico que tenía por objeto facilitar la accesibilidad, los requisitos de bioseguridad exigidos

impidieron a muchas gestantes recibir atención prenatal adecuada, lo cual desencadenó en un aumento de partos extra-hospitalarios no planificados, y de alto riesgo, incluso en las puertas de los servicios -que no permitieron la entrada de las gestantes- o bien en las inmediaciones del lugar.

3. En lo que respecta a la atención de la salud sexual y reproductiva, ¿qué servicios, bienes e información se están proporcionando en su país (o países), durante la pandemia?

En **Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y El Salvador**, los servicios de salud sexual y reproductiva fundamentales como las interrupciones del embarazo, el acceso a métodos anticonceptivos, los servicios de reproducción asistida y la atención pre-natal se estuvieron proporcionando durante la pandemia -en el marco de sistemas sanitarios enfocados en contener el virus- con serias limitaciones.

En cambio, en países como **Bolivia, Perú y Ecuador**, estos servicios fueron significativamente suspendidos a nivel nacional durante la cuarentena estricta por COVID 19, para ser posteriormente restablecidos a la par de la flexibilización de las restricciones, aunque con limitaciones.

Toda estas limitaciones en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en los países mencionadas serán detalladas en las preguntas que les siguen.

Sobre la información sobre los servicios todos los países reportaron problemas, tanto porque la difusión sobre los servicios de salud que están disponibles como la forma de acceder a ellos fue insuficiente, como porque el acceso a la información sanitaria para la incidencia presentó problemas, en países como El Salvador y Ecuador las autoridades sanitarias negaron el acceso a la mayoría de los datos a las organizaciones de la sociedad civil que participaron en el monitoreo. En los demás países solo la entregaron parcialmente.

3.1. ¿Algún cambio en comparación con la situación anterior a la COVID 19? ¿Se ha quitado prioridad o se ha dejado de financiar algún servicio, bien o información relativo a la salud sexual y reproductiva? De ser así, ¿a quién afecta esto?

Como se advirtió, en todos los países monitoreados se observó una afectación de los servicios de salud sexual y reproductiva, luego de la pandemia y las medidas adoptadas frente a ella. Esta afectación supuso importantes cambios en la materia, en comparación con la situación anterior al COVID-19 en 2019:

En primer lugar, debe señalarse la **suspensión de algunos servicios de salud sexual y reproductiva -sobre todo de consultas externas- que fueron consideradas “no urgentes” y que condujeron a la consecuente disminución en la oferta de estos servicios.** En **Perú**, se estima que la reducción de los servicios de salud sexual y reproductiva estuvo en alrededor del 40% en comparación a los disponibles en 2019, en un contexto donde, dado un estudio realizado por Promsex, se halló que el 31% de las personas que requirieron uno de estos servicios no pudieron acceder; y que, de las que lo lograron, el 25% reportó problemas graves en el acceso. Lo mismo se repite en **Chile**, donde se registró menos atenciones de matronería y ginecología con respecto del año anterior, con una reducción del 50,4%; una disminución del 12% de partos hospitalarios y un 21% menos abortos realizados en comparación a 2019.

En **Colombia**, por su parte, si bien se decretó la esencialidad de los servicios de salud reproductiva, en algunos municipios -como Yopal en el Casanere- esta no fue considerada urgente y se suspendió la entrega de anticonceptivos y también la provisión de abortos legales, aún aunque las consultas para acceder a estos últimos servicios se duplicaron respecto del año anterior.

El caso de **Argentina** también debe mencionarse en este punto ya que allí se registró una disminución en la oferta de servicios de salud reproductiva con respecto al 2019; y si bien, a la vez, aumentó la atención telefónica o virtual, esto no puede compensar la disminución de los servicios. Además, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA) del Ministerio de Salud de la Nación reportó una disminución en la entrega de anticonceptivos a adolescentes del 40% en métodos reversibles de larga duración durante el primer cuatrimestre del año (enero-abril), alcanzando solo un 10% de la meta de provisión proyectada para ese período. La misma situación se reportó en la provincia de Entre Ríos, en donde se otorgó menos de un tercio de la colocación esperada de este tipo de métodos para adolescentes, lo que es explicado por las autoridades mediante la disminución de demanda de tales servicios que significó al cierre de colegios y de las asesorías del primer nivel de atención.

En segundo lugar, a la par de las suspensiones, en todos los países relevados, se observó un **re-agendamiento de citas de esos servicios de salud sexual y reproductiva** que no fueron priorizados y que fueron relegados para momentos menos agudos en la crisis sanitaria. Esto sucedió, fundamentalmente, con: (1) los programas de promoción y prevención en salud reproductiva (en particular, referidos al Papanicolaou y al cáncer de mama, ovario y endometrio); (2) la anticoncepción quirúrgica; y (3) la colocación de anticonceptivos de larga duración en países como **Perú, Argentina y Ecuador**, todos los cuales fueron suspendidos durante la primera fase de la pandemia y recién fueron retomados con el comienzo de las flexibilizaciones. En esta línea, también se observó (4) una disminución importante (alrededor del 40%) de las atenciones prenatales respecto del año anterior en **Bolivia, Perú y Ecuador**, mientras que, en **Colombia**, se vio una disminución de la atención prenatal concentrada en el sistema subsidiado de salud (trabajadores y personas sin cobertura de salud) para ese período.

En tercer lugar, respecto del 2019 y para todos los países monitoreados, también se observó una **reducción de efectores**, en especial del primer nivel de atención, que son aquellos donde se llevan adelante la mayoría de los servicios de salud sexual y reproductiva. Ello fue el resultado de: (1) la suspensión de estos servicios en centros de salud, pertenecientes al primer nivel de complejidad sanitaria antes descripta; (2) la restricción en los horarios para llevar a cabo tales servicios, una vez habilitados; y (3) la disminución del personal disponible para servicios de salud reproductiva, como resultado de la concentración de dicho personal en la atención a pacientes de COVID-19.

Respecto de esto último, puede mencionarse el caso de la provincia de Jujuy en **Argentina**, donde las parteras fueron asignadas a la realización del triage general en los servicios de salud para detectar casos de COVID, lo que redujo el personal disponible, especialmente, para la realización de controles de embarazos de bajo riesgo en el primer nivel de atención durante la primera fase del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio decretado en el país.

En cuarto lugar, y como se describirá en mayor detalle posteriormente, un cambio significativo en esta materia supuso, a su vez, la **falta de insumos para la atención de la salud reproductiva**, en particular de medicamentos (para interrupciones del embarazo y atención prenatal). Incluso en países como **Brasil y Colombia**, donde ya desde antes

de la pandemia se habían constatado faltantes en algunos tipos de métodos anticonceptivos, esta situación se vio significativamente recrudecida en algunos periodos durante la pandemia, en particular en la salud pública.

En quinto lugar, también debe señalarse que **la demanda de servicios de salud reproductiva también se redujo en todos los países**. Debido a las restricciones de movilidad y al miedo de la población a contraer el virus, en muchos casos, las personas decidieron postergar la atención de su salud reproductiva, a la par de que la oferta de tales servicios, por las razones antes expuestas, también se redujo.

El impacto de estas significativas afectaciones en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva -fundamentalmente, mediante la restricción de horarios de los centros de atención primaria, la reducción del personal sanitario por reasignación de funciones para atender el COVID-19, la exigencia del cumplimiento de medidas de bioseguridad para acceder a estas atenciones y la negativa al ejercicio de ciertos derechos conquistados en el último tiempo, como el acompañamiento en el parto y las cesáreas innecesarias- se tradujo en mayores padecimientos durante el embarazo y a emergencias obstétricas, lo que, a su vez, contribuyó en el **aumento de las muertes maternas y morbilidad perinatal en el 2020 en comparación con el 2019, para todos los países monitoreados de los que han podido obtenerse esos datos**. Las cifras de **Perú** son las que más saltan a la vista en materia de mortalidad materna: durante 2020, el Ministerio de Salud (Minsa) registró 433 defunciones maternas, lo que representó un incremento de 42% en relación con el período anterior.

3.2. Por favor, explique si ha habido algún impacto en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad o calidad de los servicios en materia de salud sexual y reproductiva durante la COVID - 19.

En lo que respecta a la **disponibilidad de insumos para servicios de salud reproductiva**, sólo **Argentina** reportó solicitud de compras extraordinarias de insumos para la atención de estos servicios, en particular en anticoncepción y aborto legal.

Por su parte, a excepción de **Uruguay, Colombia y Bolivia** (de los cuales no se pudo obtener información), el resto de los países presentan dos escenarios:

Por un lado, *se encuentran los países que han podido mantener la disponibilidad de tales insumos cubriendo la demanda que existía*. Esto sucedió en **Perú y Brasil**, fundamentalmente porque la demanda de atención disminuyó. El caso de **Brasil** es particularmente interesante dado que el periodismo de investigación dio cuenta que, en el contexto de la pandemia, **se vio afectada la disponibilidad de los métodos anticonceptivos** -que escasearon a nivel nacional- al mismo tiempo que **se vieron reducidas la cantidad de hospitales que practicaran abortos legales (sólo el 55% de los hospitales que en 2019 practicaban abortos legales lo continuaron practicando en 2020)**, lo que dificultó considerablemente el acceso a esas prestaciones y afectó directamente, en consecuencia, al derecho al acceso a la salud de las adolescentes, niñas y personas gestantes a nivel nacional.

Por otro lado, *se encuentran los países en donde sí se ha observado una afectación en la disponibilidad de insumos para estos servicios, evidenciando problemas para el abastecimiento debido a la pandemia*. Este es el caso de **El Salvador y Ecuador**, donde se presenta una disminución de alrededor del 30% en algunos insumos anticonceptivos transitorios en relación a 2019, y un aumento de alrededor de 5 veces en la disponibilidad de insumos para la IVE mecánica.

El caso de Chile merece una mención especial, pues si bien se mantuvo la cantidad de insumos disponibles, varias partidas de anticonceptivos defectuosas fueron distribuidos a la población, causado cientos de embarazos no intencionales. Si bien el Estado identificó el problema y se comprometió a no repetir esta situación, los efectos para las gestantes en el marco de la pandemia y las restricciones al acceso a la interrupción del embarazo y la atención prenatal que han sido referidas resulta particularmente lesivo de sus derechos.

Por su parte, en cuanto a la **accesibilidad por prestación**, y comenzando por el aborto legal, se observó que, en todos los países estudiados, la demanda de consejería para esta práctica aumentó mientras que, sin embargo, las solicitudes formales de acceso decrecieron. Por ello, en todos los países se reporta una disminución de la cantidad de abortos legales realizados con respecto al mismo período de 2019. A modo de ejemplo, pueden nombrarse los casos de **Colombia** (donde algunas cifras apuntan a una disminución del 19,687% con respecto al año anterior en prácticas del aborto, siendo la disminución más pronunciada en el primer nivel de atención en salud y en las zonas rurales o de difícil acceso); el caso **Chileno** (donde, según un reporte del Ministerio de Salud, de enero a junio de 2020, la constitución de causales para acceder a un aborto legal en el país disminuyó en un 23,4%, encontrándose la mayor caída en la primera causal; es decir, aquella que opera cuando la vida de la madre está en riesgo); y el caso de **Ecuador** (donde el aborto terapéutico descendió un 68,79% durante el mismo período; pasando de 407 atenciones en 2019, a 127 en 2020).

En relación con la accesibilidad en aborto, debe destacarse, a su vez, que (1) sólo **Argentina y Colombia** adoptaron institucionalmente su provisión por telemedicina mientras que, en **Uruguay**, se recomendó su implementación, más no se dieron lineamientos; (2) Ningún país modificó su regulación en materia de servicios ambulatorios (sin internación), de modo que aquellos que exigen internación (como **Ecuador, Brasil, Perú y Chile**) continuaron en esa exigencia, lo que ocasionó que sólo se puedan practicar en efectores de segundo y tercer nivel de complejidad; (3) La regulación de todos los países estudiados -a excepción de **Argentina y Colombia**- exige más de una consulta para acceder a la práctica, lo que no fue modificado en el marco de la pandemia; (4) salvo por **Argentina y Colombia**, tampoco existió en estos países una flexibilización en los requisitos para su acceso; y (5) ninguno de estos países reportó adaptaciones específicas para asegurar el acceso al aborto legal en zonas rurales o de difícil acceso, ni para la atención de indígenas, adolescentes, personas con discapacidad ni migrantes.

En lo que respecta a la **accesibilidad en asesoría en salud reproductiva**, en todos los países observados se reportó un aumento en la demanda de este servicio, más esta no fue satisfecha por la oferta de estos servicios. **Argentina**, por ejemplo, registró una caída del 70% en la atención de asesoría reproductiva por medio de la línea gratuita 0800 del Ministerio de Salud de la Nación (a la par que se registró un cambio en los motivos de consulta aumentando la solicitud de ILE en un 500% y disminuyendo la consulta de jóvenes y adolescentes en un 58%). En **Colombia**, en igual sentido, se observó una disminución del 27% en la cantidad de asesorías en SR -impartidas mediante talleres de educación sexual y otras actividades grupales o individuales al respecto- del Ministerio de Salud de la Nación.

Cabe destacar, asimismo, que si bien todos estos países adoptaron modalidades de atención a distancia por medio del uso de telesalud (principalmente líneas telefónicas, WhatsApp, aplicaciones y páginas web interactivas), la cobertura y la capacidad de acceso a la tecnología de la población determinó en muchos casos la inaccesibilidad.

En lo referido a la **accesibilidad en anticoncepción**, todos los países reportaron una disminución en la entrega de anticonceptivos (MAC). En **Ecuador**, por ejemplo, la disminución en el primer semestre de 2020 fue de 36% con respecto a 2019, mientras que en países como **Colombia** se registró un importante desabastecimiento fundamentalmente en zonas rurales y de difícil acceso del país. En efecto, la dificultad en el acceso de esas poblaciones se repitió en todos los países, pues se vio profundizada por la crisis sanitaria y las restricciones de movilidad.

Además, debe señalarse que pocas adaptaciones se realizaron para la provisión de MAC para adolescentes, indígenas, personas negras, y migrantes. Referido a los adolescentes, en particular, en **Bolivia**, se registró una disminución de entrega de MAC a menores de 19 años del 32% con respecto a 2019. En **Argentina**, este porcentaje de disminución fue del 40% en métodos reversibles de larga duración.

A su vez, en materia de entrega de MAC, cabe destacar el caso de **El Salvador**, donde la accesibilidad en anticoncepción se vio particularmente obstaculizada por el hecho de que tal entrega sólo se hizo presencialmente (aunque se permitió que una persona con el documento de otra recibiera insumos por ella, lo que supuso cierta flexibilización).

Ya en lo referido a la distribución de los MAC, también se reportaron problemas en todos los países. Al respecto, el caso de **Chile** resulta especialmente preocupante porque no hubo distribución de preservativos resistentes al lubricante durante todo el periodo monitoreado, y se reportaron problemas en la distribución de anticoncepción hormonal (cerca de 40% menos que en 2019) junto a partidas de MAC defectuosos que tuvieron que ser retirados del mercado y causaron cientos de embarazos no intencionales, como se relato más arriba.

Ahora bien, pese a estas disminuciones y afectaciones, **Argentina** logró cubrir, como se señaló con anterioridad, la demanda de MAC a nivel nacional, siendo el único país en poder hacerlo (aunque, a nivel provincial, debe señalarse que provincias como **Mendoza** y **Córdoba** no contaron con MAC suficientes para entregar, especialmente en el primer nivel de atención).

Por último, en lo referido a la **accesibilidad en la atención prenatal**, todos los países reportaron una disminución en tales servicios de alrededor del 40% en los primeros meses de la pandemia.

En línea con lo mencionado con anterioridad, la atención prenatal presencial fue preferida en todos los países (algunos incluso no adoptaron la telemedicina para este tipo de servicios como **Brasil, Chile** y **Colombia**) pero todos -incluso esos- permitieron el seguimiento de los controles presenciales por telesalud, para asegurar la accesibilidad a estos servicios.

Ahora bien, cabe destacar, al respecto, que la implementación del triage telefónico -que tenía por objetivo descongestionar el sistema, agilizar la asignación de turnos y el seguimiento oportuno sin riesgo de contagio y que fue adoptada, como se señaló anteriormente, en **Uruguay, Brasil, Ecuador** y **Bolivia**- operó, en muchos casos, como una barrera de acceso debido a que la difusión de información sobre las líneas no fue suficiente, su capacidad de respuesta fue limitada para la demanda real, los turnos se asignaron con importante retraso, el acceso dependió en gran medida de los recursos de las usuarias, y se limitó, de esta forma, el acceso de la población más pobre, de zonas remotas.

Además, si bien los lineamientos emitidos por los gobiernos de los países observados estuvieron centrados en las medidas de bioseguridad, lo cierto es que en todos

los países se reportó una falta de estos elementos en determinados momentos o jurisdicciones, lo que afectó la **calidad y la continuación de la atención**.

3.3. Por favor, comparta también información sobre otros posibles obstáculos o desafíos prácticos en el acceso a los servicios en materia de salud sexual y reproductiva durante la pandemia, y quiénes padecieron el impacto.

En **Brasil**, el **avance de sectores conservadores** presentes en los poderes del Estado en su cruzada anti-derechos -en un intento por dismantelar los avances normativos ya establecidos que permitían la garantía de los derechos reproductivos en el país, como las regulaciones referidas a la interrupción voluntaria del embarazo- supuso uno de los grandes desafíos en materia de salud sexual y reproductiva. En efecto, si bien el Ministerio de Salud encaminó esfuerzos para reconocer los servicios de salud reproductiva como esenciales, lo cierto es que la respuesta del gobierno fue radical en remover cualquier declaración en esa línea.

En este marco, esta avanzada de sectores conservadores junto a la **falta de políticas públicas que pudieran garantizar la provisión oportuna** de servicios de salud reproductiva implicó un incremento de las brechas de acceso que ya existían para poblaciones vulnerables, como niñas, personas en situación de pobreza y pueblos indígenas dentro del país. De hecho, durante la pandemia y tal como se señaló anteriormente, no hubo, en efecto, ninguna sola medida que procurara adaptar los servicios a estos grupos, sus necesidades particulares o ubicación geográfica.

En efecto, la **presión de sectores conservadores** como obstáculo en el acceso a estos servicios se reportó también en **Uruguay**, favorecida por el hecho de que el gobierno actual de este país presenta una línea abiertamente conservadora, e incluye en su coalición facciones políticas que promueven la regresividad de los derechos reproductivos. En este contexto, no es de extrañar que, si bien las autoridades sanitarias emitieron una circular a las instituciones de salud para que no se suspendiera la atención en salud reproductiva durante la pandemia, estos compromisos fueron muy frágiles a la hora de verdaderamente garantizar los derechos de niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes.

Además, **Uruguay** mantuvo la **regulación vigente en materia de aborto que restringe hasta un año de residencia el uso de los servicios legales para personas migrantes**. En efecto, esta decisión no se modificó durante la pandemia, lo que las dejó excluidas del acceso en un contexto de crisis sanitaria, en una abierta vulneración a sus derechos.

En **Argentina**, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva se vio limitado, a su vez, por una condición estructural previa a la pandemia: **su sistema de salud fragmentado entre distintos niveles y jurisdicciones**, que dificulta la coordinación y la construcción de lineamientos comunes; y que se ve particularmente afectado tanto por un **deterioro en las condiciones de trabajo de las/os profesionales de salud** como por una **falta de disponibilidad de personal capacitado para atender oportunamente a quienes requieren prestaciones de salud reproductiva**, sobre todo, en zonas alejadas de los centros urbanos o las capitales provinciales (lo que en muchos casos condujo a mujeres ubicadas en aquellas zonas a desplazarse innecesariamente para acceder al servicio). Este problema estructural también se observó en **Bolivia** (donde la emergencia sanitaria aumentó las dificultades ya existentes dado su **frágil sistema de salud sexual y reproductiva, aunadas por la crisis política, social y económica** que

atraviesa el país desde 2019); en Chile (donde el sistema de salud se encuentra **fragmentado entre un sistema público amplio pero con poca capacidad, y un sistema privado de salud óptimo al cual accede sólo la población más privilegiada**); y en **Colombia** (donde se reportó una **falta de cobertura en salud reproductiva -en condiciones de igualdad y no discriminación- en todo el territorio nacional previa a la pandemia**, al mismo tiempo que también se evidenciaron allí importantes **brechas económicas para acceder a sistemas sanitarios alternativos al estatal, ya sean subvencionados o privados**).

También, en este punto, debe señalarse el caso de **Ecuador**, cuyo sistema de salud pública también se encontraba deteriorado por el proceso de debilitamiento y desfinanciamiento que aquel estaba experimentado previo a la pandemia (en efecto, consta que el presupuesto destinado a la salud en Ecuador se redujo en 2020 un 5,32% respecto al del 2019). De esta manera, **la falta de financiamiento o, directamente, el desfinanciamiento de los sistemas de salud pública** también se configura como un obstáculo a la hora de garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en particular. Este problema también se hace presente en **El Salvador**, donde el Ministerio de Salud, a pesar de tener mayor cobertura en salud, cuenta con escaso presupuesto en comparación a ISSS, de financiamiento mixto, a la cual sólo una pequeña proporción de la población puede acceder.

Finalmente, otro obstáculo muy presente en los países monitoreados fue **la falta de información pública sobre servicios de salud sexual y reproductiva disponible tanto para la población en general como para las/os profesionales de salud**. Esto se observó, fundamentalmente, en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y El Salvador.

3.4. Por favor, comparta también las buenas prácticas y oportunidades en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia.

En la región de América Latina, **el impulso y la implementación de la telemedicina** se ha configurado como un ejemplo fundamental de buena práctica en aras de mantener la prestación de servicios de salud y reproductiva durante la pandemia. En **Uruguay**, por ejemplo, se reportó que hubo adopción de telemedicina en todos los servicios de salud sexual y reproductiva realizándose consultas -telefónicamente o por videollamada- a las usuarias, donde se valoraba la necesidad (o no) de consulta presencial. Por su parte, en **Colombia**, la implementación de lineamientos específicos para ofrecer atención de salud reproductiva por telemedicina permitió que servicios especializados privados como Oriéntame y Profamilia llegaran a lugares remotos del país y pudieran enviar a domicilio anticonceptivos y medicamentos para la interrupción legal del embarazo. En la misma línea, en **El Salvador**, la utilización de telemedicina por el ISSS y FOSALUD a través de medios online y de la línea telefónica ayudó a mejorar un poco la accesibilidad a este tipo de servicios de salud.

Asimismo, también se ha observado como una buena práctica **la ampliación de funciones a otros profesionales de la salud**, más allá del personal médico, en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Así, en **Bolivia** –y en particular en el departamento de Potosí– ha resultado positivo el hecho de que se le diese un rol central a las enfermeras obstetras para ampliar la oferta de estos servicios y facilitar la atención en salud reproductiva. También cabe destacar, en este punto, el caso del departamento de Oruro en **Bolivia**, donde se coordinó con los servicios de asistencia social para entregar,

en el mismo momento del control prenatal presencial, el “bono Juan Azurduy” a las gestantes beneficiarias de ese programa para evitar que deban ir a otra oficina para continuar el trámite.

Por último, varios países de la región -entre ellos, **Argentina, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y Uruguay-** han firmado la **declaración internacional “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19”**.⁴ Este pronunciamiento es particularmente relevante en tanto acuerdo de la comunidad internacional respecto al punto de asegurar prestación de servicios de salud sexual y reproductiva dado que en él se pone de manifiesto la intención de los gobiernos firmantes -59 en total- de reconocer los derechos reproductivos como esenciales en el contexto de la pandemia.

Finalmente, por fuera de estas consideraciones generales, a continuación, se expone para cada uno de los países relevados en el marco del Proyecto “La Salud Reproductiva es vital”, el detalle de las buenas prácticas llevadas a cabo:

En **Argentina**, hemos destacado seis buenas prácticas en lo concerniente a la atención a la salud sexual y reproductiva en el país durante la pandemia:

- 1) **La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR) emitió un comunicado con recomendaciones para garantizar el acceso a las prestaciones de salud reproductiva durante la pandemia de la COVID-19**, para sus Referentes Provinciales en Salud Sexual y Reproductiva. Cabe destacar que este hace énfasis en acceso a métodos anticonceptivos y a la interrupción legal del embarazo. El comunicado impactó de manera positiva, en tanto agilizó las atenciones y entregó un marco de acción para los equipos de los centros de salud.
- 2) **El gobierno emitió en abril de 2020 la Resolución 282/2020, referente a la Implementación y el Fomento del Uso de Plataformas de Teleasistencia⁵ y para garantizar las prestaciones de servicios esenciales**. Si bien no se mencionan explícitamente los servicios en salud reproductiva, el Estado ha utilizado otros mecanismos para señalar la importancia de asegurar algunos servicios de salud reproductiva dentro de esta resolución. Por ejemplo, el Ministerio de Salud a nivel nacional ha recomendado incluir la atención prenatal para evitar riesgos innecesarios en personas con capacidad de gestar y la DNSSyR se ha referido a la importancia de incorporar la asistencia en métodos anticonceptivos y la consejería para los casos de Interrupción Legal del Embarazo (ILE).
- 3) **El acceso a al aborto legal) ha sido adaptado para eliminar barreras innecesarias, pues se reconoce como un servicio sensible al tiempo**. Durante la crisis sanitaria, en Argentina se promovió la provisión a través de la atención ambulatoria y el acompañamiento, seguimiento y monitoreo a la distancia, para limitar las visitas a los centros de atención y el contacto con personal de salud.
- 4) **Los centros de salud adoptaron medidas de bioseguridad para asegurar la atención prenatal en contexto de pandemia**. Para esto, coordinaron las

⁴ La Declaración Internacional “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19” está disponible para su consulta en: <https://www.diplomatie.gouv.fr/es/venir-a-francia/entrar-a-francia/covid-19-en-francia-informacion-para-extranjeros/article/declaracion-conjunta-protoger-la-salud-y-los-derechos-sexuales-y-reproductivos>

⁵ La Resolución 282/2020, referente a la Implementación y el Fomento del Uso de Plataformas de Teleasistencia está disponible para su consulta en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227378/20200402?busqueda=1>

atenciones de salud para espaciar las consultas y aún así mantener el monitoreo sobre el desarrollo del embarazo vía virtual o telefónica. También se realizaron ajustes para priorizar la atención a embarazadas en horarios específicos, y educarlas para que puedan alertar sobre cualquier signo de urgencia entre consultas.

- 5) Por otro lado, **la implementación de prescripciones médicas electrónicas fue importante para garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva como anticoncepción, interrupción del embarazo y atención perinatal.** Con este mecanismo, la ciudadanía no debía acudir presencialmente a los centros de salud para buscar sus recetas, evitando un posible contagio por coronavirus.
- 6) En línea con la comunicación de la DNSSyR, **varios gobiernos locales generaron sus propios lineamientos y recomendaciones que reconocen la necesidad de mantener y asegurar los servicios de salud sexual y reproductiva durante la emergencia por COVID-19.** Si bien en su mayoría se centran en provisión y asesoramiento vinculada a los métodos anticonceptivos y aborto, algunas provincias como la de Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos han incluso ampliado la gama de prestaciones. En estas recomendaciones, se enfatiza que se deberían garantizar estos servicios esenciales y/o urgentes durante la pandemia de COVID-19 y que los equipos deben organizarse oportunamente para asegurar la debida atención.

En el caso de **Bolivia**, hemos puntualizado cinco buenas prácticas en esta materia en el marco de la pandemia:

- 1) Como se señaló con anterioridad, el **Estado Plurinacional de Bolivia firmó, adhirió, junto a otros 59 países, a la declaración internacional “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19”.**⁶ Cabe destacar que la **Cancillería del país publicó un comunicado enfatizando que esta declaración se adecuaba a la Constitución.** No obstante, esta declaración no se tradujo en que se declarara a los servicios de salud sexual y salud reproductiva como esenciales, ni se priorizaron políticas, acciones o medidas que promovieran o garantizaran efectivamente el ejercicio pleno de estos derechos.
- 2) **El Ministerio de Salud elaboró y gestionó el “Plan de Contingencia de Salud Materna Bolivia”,** que preveía la atención de telesalud para las mujeres gestantes. De esta forma, se redujeron las barreras de entrada a los servicios de salud, frente al incremento de casos y de atenciones intrahospitalarias de personas infectadas de coronavirus.
- 3) **A nivel departamental, se registraron prácticas conducentes a reforzar la atención en materia de salud reproductiva.** Algunos ejemplos son:
 - El Plan de respuesta a emergencia por el COVID-19, creado por el departamento del Beni, que resaltaba la importancia de la continuidad de los servicios de salud reproductiva.
 - El “Protocolo de atención domiciliaria a mujeres gestantes y puerperios” que elaboró el departamento de Potosí, para garantizar este servicio durante la pandemia

⁶ La Declaración Internacional “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19” está disponible para su consulta en: <https://www.diplomatie.gouv.fr/es/venir-a-francia/entrar-a-francia/covid-19-en-francia-informacion-para-extranjeros/articulo/declaracion-conjunta-proteger-la-salud-y-los-derechos-sexuales-y-reproductivos>

- Los instructivos a los centros de salud que divulgó el departamento de Chuquisaca para garantizar la provisión de servicios de salud reproductiva, como interrupción legal del embarazo, atención y detección de ITS, control prenatal, entre otros.
- 4) **Organizaciones de la sociedad civil, que trabajan en el marco de la salud sexual y reproductiva, como Marie Stopes, CIES, IPAS, Casa de la Mujer, Colectivo Rebeldía, Católicas por el Derecho a Decidir y otras, desplegaron un trabajo incansable.** Por ejemplo, la Casa de la Mujer fortaleció su sistema de atención, añadiendo atención virtual al trabajo que ya ejecutaban sobre el territorio, para brindar orientación en aborto auto suministrado. Crearon una aplicación para tener consultas con la persona que requiera acceder a la interrupción del embarazo y, de manera más general, obtener información sobre derechos reproductivos.

En **Brasil**, cabe destacar cinco buenas prácticas:

- 1) **Algunos estados como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul y São Paulo a través de distintas notas técnicas reafirmaron que los servicios de salud reproductiva son esenciales y que debían ser cubiertos durante la pandemia por la COVID-19.** Además, plantearon la necesidad de garantizar acciones de planificación reproductiva que involucren recursos y personal. En conjunto, estos territorios agrupan al 45% de la población del país, por lo que las decisiones adoptadas tienen un impacto extendido dentro de la población, especialmente en favor de quienes acceden a los servicios de salud reproductiva.
- 2) **La promulgación de la Ley N° 13.989/2020 con carácter de emergencia durante la crisis provocada por la pandemia por coronavirus, junto con la Ordenanza N. 467 de 2020, autorizan y regulan el uso de tecnologías con fines asistenciales.** Dada la amplitud de su enfoque, el trabajo conjunto de la sociedad civil logró que una mujer en Minas Gerais pudiera acceder por primera vez al aborto legal vía telesalud en Brasil.
- 3) **El instituto de bioética Anís y el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual desarrollaron un protocolo que sustenta legalmente la realización del aborto previsto por ley después de las 22 semanas de gestación.** El protocolo fue usado para desbloquear el acceso al aborto a una niña víctima de violación, pero habilita a que pueda ser utilizado en otras ocasiones. Este tipo de acciones de incidencia son especialmente urgentes en el contexto actual, en donde la pandemia dificulta el acceso oportuno a los centros de salud. .
- 4) **Para garantizar el acceso a la información en el contexto de aislamiento social, una articulación de enfermeras obstetras voluntarias dieron forma al proyecto “Habla con la matrona”.** La iniciativa, liderada por el trabajo de sociedad civil organizada, orienta a las mujeres embarazadas sobre su proceso con relación al coronavirus vía telefónica. El grupo trabaja en diferentes estados del país y fue un canal importante para evitar la exposición de mujeres embarazadas a hospitales y clínicas médicas. En la misma línea, el canal “Eu Cuido, Eu decido” entrega información segura y basada en evidencias sobre derechos reproductivos en contexto de pandemia vía Whatsapp.

En el caso de **Chile**, dos han sido las buenas prácticas que hemos podido diagnosticar en este ámbito:

- 1) **Las organizaciones feministas tomaron un rol activo en la construcción de soluciones para atender la salud reproductiva en contexto de pandemia.** Por una parte, a través del poder legislativo, se conformó la Mesa de Género y

COVID-19, que reúne a más de 90 organizaciones de la sociedad civil y algunas autoridades gubernamentales. De igual manera, el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género impulsó la construcción de una agenda de prioridades “Mujer y COVID-19”, en conjunto con parlamentarias y representantes de sociedad civil. Parte de la agenda “Mujer y COVID-19” constó en sugerir que se provean las condiciones para facilitar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) con medicamentos y en los domicilios de las personas, entre otras indicaciones. Sin embargo, y pese a la disminución en el acceso a la IVE, esta sugerencia no ha sido llevada a cabo.

- 2) **La sociedad civil también impulsó de manera independiente redes de atención en línea, o vía telefónica.** La Corporación Miles, por ejemplo, registró más de 400 correos de consulta desde el inicio de la crisis sanitaria. Por su parte el Colegio de Matronas (médico obstetras) y la Fundación Nellie Zabel para mujeres con discapacidad auditiva han ofrecido servicios de consejería de manera gratuita o a muy bajo costo para atender las dudas en materia de salud reproductiva

En **Colombia**, han podido diagnosticarse tres buenas prácticas:

- 1) **El Ministerio de Salud y Protección Social, declaró los servicios reproductivos como esenciales**, a través de dos boletines de prensa, y estableció que los mismos deben seguir prestándose en la época de la pandemia por la COVID-19 en Colombia.
- 2) Igualmente, en distintos documentos técnicos, **el Ministerio instó a fortalecer las intervenciones del sector salud que contribuyan a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos**, especialmente las que están orientadas a la autonomía reproductiva, a una vida libre de violencia y al acceso a los servicios de salud.
- 3) **El rol de las Instituciones Privadas Prestadoras de Servicios de Salud Reproductiva, como Oriéntame y Profamilia, fue fundamental.** En IVE y anticoncepción, han adaptado la prestación de sus servicios y la difusión de información al nuevo contexto de confinamiento obligatorio. En conjunto, adelantaron el protocolo para ser aprobadas como prestadoras en la variante de telesalud desde el inicio de la pandemia, lo que permitió acceder a poblaciones y municipios a los que nunca habían podido llegar antes, tal como se señaló con anterioridad. Además, hicieron todas las adecuaciones de bioseguridad para recibir también a usuarias las distintas sedes que mantienen en el país.

En **Ecuador**, hemos diferenciado 5 buenas prácticas adoptadas:

- 1) **El gobierno ecuatoriano adhirió a la declaración internacional “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19”**. Como se señaló con anterioridad, en este pronunciamiento, se pone de manifiesto la intención del gobierno de reconocer los derechos reproductivos como esenciales.
- 2) **El Equipo Humanitario de País (EHP) creó el Plan de Respuesta Humanitaria COVID-19 Ecuador, donde se reconoce como servicios esenciales a los servicios de salud materno-infantil, y la provisión de anticoncepción, entre otros.** Esto, en el marco de la gestión de solicitud de ayuda humanitaria al Sistema de Naciones Unidas para el manejo y control de la emergencia por parte del Estado ecuatoriano. Así, se priorizó esta atención y tuvo condiciones facilitadoras durante el tiempo monitoreado de la pandemia aunque no estuvo exenta de dificultades.

- 3) **Una de las Mesas Técnicas del Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE-N) emitió un documento donde señala que los métodos anticonceptivos deben estar disponibles y accesibles en la respuesta estatal a la pandemia de coronavirus**, con el objetivo de evitar embarazos no planificados o deseados. Sin embargo, Surkuna, constató desabastecimiento en el stock de métodos anticonceptivos, a excepción de la T de cobre y preservativos masculinos. En este escenario, solo entre marzo y junio de 2020 hubo una reducción de casi un 36% en el consumo de estos mecanismos, en comparación con el mismo período del año anterior. Esto, a partir de la estadística total de los medicamentos y dispositivos médicos anticonceptivos entregados por el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- 4) **La difusión de comunicaciones sobre prevención de COVID-19 a través de radios comunitarias a nivel nacional y dirigidas a las poblaciones del área rural donde se incluyeron algunos temas referidos de salud reproductiva.** Esta iniciativa fue desarrollada y coordinada por la Dirección de Promoción de Salud junto al Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE-N) y diferentes organizaciones de Pueblos y Nacionalidades del Ecuador.
- 5) **El rol de la sociedad civil fue de gran ayuda durante la pandemia en Ecuador, para intentar paliar la falta de garantización de acceso a servicios de salud reproductiva.** La organización de la sociedad civil Las Comadres – Red de Acompañamiento en Aborto Seguro, por ejemplo, continuó con su labor pese a la emergencia sanitaria y registró duplicación del número de llamadas recibidas en su línea de atención entre febrero y marzo de 2020.

En El Salvador, hemos destacado cinco buenas prácticas:

- 1) **El Ministerio de Salud (MINSAL) implementó un centro para solicitar información de temas de salud —incluyendo la reproductiva— a través del teléfono 131.** El sistema mantiene 25 teleoperadoras que intentan llegar a las personas con enfermedades crónicas y usuarias de servicios de anticoncepción, entre otros grupos, con el fin de poder administrar atenciones de salud de primer nivel.
- 2) **El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) constituyó equipos multidisciplinarios en las maternidades, para proporcionar atención en salud reproductiva de forma ambulatoria.** Los equipos contaban con médico obstetra, pediatras, enfermeras para dar atención a este grupo durante la pandemia. De esta forma se habilitó la atención en salud reproductiva en todos los niveles de atención.
- 3) **Las organizaciones feministas, desde la fase más restrictiva de la pandemia iniciada en el mes de mayo, posicionaron las necesidades de acceso y garantía de salud reproductiva de las mujeres confinadas dentro de sus demandas.** Fueron las primeras en crear mecanismos de comunicación telefónica y publicitarlos en redes sociales para atender a las mujeres en el territorio salvadoreño, para luego construir un directorio de teléfonos de atención (que estaban más vinculados a esfuerzos individuales) para la atención de necesidades durante la segunda etapa de restricción. En igual medida, el monitoreo y seguimiento por parte de la sociedad civil organizada también fue de gran importancia para cuestionar o visibilizar los obstáculos en la atención en materia de salud reproductiva.
- 4) **La organización Pro-Familia mantuvo activa una red de promotoras voluntarias abastecida para ampliar la red de distribución de métodos anticonceptivos durante la pandemia.** De esta forma, facilitaron el suministro

mientras las usuarias podían optar a métodos de mayor duración a través de establecimientos públicos o dentro de la red de clínicas de la organización.

- 5) **Algunas personas profesionales de la salud implementaron de manera independiente algunas buenas prácticas, como la telemedicina, la promoción de temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, coordinación intersectorial y la implementación de un teléfono amigo**, que buscaban solventar algunas de las dificultades de acceso de las pacientes a los servicios. Cabe señalar que no responde necesariamente a una dirección estratégica desde la parte ejecutiva de las instituciones en las que quienes impulsaron las medidas trabajan.

En **Perú**, hemos diferenciado cinco buenas prácticas:

- 1) Entre marzo y agosto de 2020, el **Ministerio de Salud de Perú (MINSA) aprobó cuatro normas relacionadas con la atención prenatal y anticoncepción, en las que la autoridad reconoció su importancia como servicios esenciales**. Las directrices fueron emitidas por la autoridad central para garantizar el acceso a estas consultas durante el período monitoreado. No obstante, su implementación fue limitada, debido, entre otros factores, a la alta demanda e insuficiencia del personal, así como la no organización interna de los servicios para llevar a cabo las atenciones, la falta de información pública para acceder a estos servicios.
- 2) **La implementación de telemedicina para algunos servicios de salud reproductiva, como la atención prenatal (AP) y la asesoría reproductiva permitieron ampliar el acceso a salud reproductiva**. Si bien no hubo una decisión que la habilitara directamente, la normativa existente antes de la pandemia y los lineamientos que se crearon a partir de la emergencia sanitaria permitieron incluir la planificación familiar dentro de las prestaciones. Sin embargo, a la fecha no es posible medir el impacto de esta práctica, debido a que el MINSA no contaba con información desagregada en materia de salud reproductiva al cierre del monitoreo.
- 3) **El gobierno peruano lanzó campañas públicas de información al menos en dos ocasiones**. Lanzó la primera en mayo de 2020, bajo el título “cuidando a mamá” y con el objetivo de proporcionar guías sobre cómo acceder a cuidados prenatales y en el parto durante la pandemia. Más tarde, en agosto de 2020, el gobierno lanzó la campaña “En tiempos de COVID-19, planifica tu familia” para informar sobre métodos anticonceptivos disponibles y asegurar la continuidad en el uso de los mismos.
- 4) **El rol de las organizaciones e instancias de la sociedad civil fue fundamental para brindar información y acompañar a mujeres que quieran interrumpir su embarazo**. Por ejemplo, la Línea de Aborto Información Segura es una iniciativa que difunde información confiable y gratuita sobre aborto y que registró un aumento de solicitudes de un 400% durante el periodo relevado. Por su parte, la organización Serena Morena señaló que recibieron un 50% más de llamados de mujeres que habían decidido interrumpir su embarazo, tras la primera extensión de los primeros 15 días de la cuarentena obligatoria. La organización también documentó un alza de casos de mujeres que acudían a solicitar acceso al aborto, tras haber intentado con servicios adulterados y obtenidos en informalidad.

Finalmente, en **Uruguay**, hemos destacado cuatro buenas prácticas:

- 1) Si bien, el gobierno uruguayo no declaró expresamente la esencialidad de los servicios de salud reproductiva, como se señaló anteriormente, **firmó, junto a otros 59 países, la declaración internacional “Proteger la salud y los derechos**

- sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19”.
- 2) **El Ministerio de Salud Pública (MSP) publicó una guía detallada con recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido, en el marco de la pandemia por coronavirus.** El documento insta a los equipos de salud a incorporar la perspectiva de género en la gestión de la emergencia sanitaria.
 - 3) **Las unidades de atención médica contaron con la habilitación de servicios de telemedicina para abordar las prestaciones de salud reproductiva.** No obstante, de acuerdo a la información recabada, esta responsabilidad recayó en las personas funcionarias de los centros de salud, pues las instituciones no generaron protocolos para su uso. A menudo, el personal debió usar sus equipos personales para garantizar el servicio, pues no contaban con más de una línea telefónica o servicio de internet para efectuar los controles.
 - 4) **A nivel local, la Intendencia de Montevideo utilizó su sitio web para ofrecer información sobre el funcionamiento de los servicios de salud reproductiva en la capital uruguaya.**
4. **En relación con las preguntas 1 a 3, por favor comparta también información relevante sobre cambios legales, políticos o de otro tipo en su país (o países), que hayan también afectado al derecho a la salud sexual y reproductiva así como a los servicios de salud relacionados, pero que no guarden relación con la COVID-19.**

Como se señaló anteriormente, en primer lugar, un cambio regulatorio importante en **Brasil** fue la ordenanza dictada por el Ministerio de Salud durante la pandemia que, entre otras medidas y como se explicó con anterioridad, impuso la obligación de notificar el delito de violación a la policía como condición para acceder a una interrupción legal del embarazo, restringiendo -de esta forma y en tanto barrera innecesaria- el acceso de las mujeres brasileras a tales prestaciones.

Por otro lado, resulta adecuado definir la crisis política, social y económica de **Bolivia** como un cambio político significativo que impactó en el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva ofrecidos en el país. Tal crisis fue el resultado de un proceso electoral presidencial en octubre del 2019, que desembocó en la renuncia del presidente del Estado boliviano y la conformación de un gobierno de transición con el mandato único de llamar a elecciones, las cuales se fueron postergando por la emergencia sanitaria. Durante este periodo de tiempo, los niveles de conflictividad se profundizaron generando una mayor polarización influyó en el acceso a los servicios de salud.

Asimismo, a nivel institucional en este país, debe señalarse que, desde noviembre de 2019 hasta junio de 2020, el Ministerio de Salud cambió en tres oportunidades a su máxima autoridad ejecutiva: la primera por renuncia, la segunda por denuncias de corrupción por la adquisición de respiradores con presunto sobreprecio, y la tercera por contagio de coronavirus. Durante los momentos en que el contagio registró los picos más altos, la referida cartera de Estado fue asumida interinamente por el Ministro de Defensa.

Esta situación generó una constante rotación de personal de salud no solo a nivel central sino también a nivel departamental. A su vez, la falta de una autoridad en esta cartera de Estado evidenció una vez más frágil institucionalidad del Ministerio, dado que, si bien las autoridades interinas mantuvieron los niveles de coordinación y actividades vinculadas a la atención de la pandemia, todas las demás áreas de trabajo, entre ellas, las

vinculadas al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, no tuvieron respuesta alguna.

Uruguay, por su parte, sufrió fuertes retrocesos a nivel normativo e institucional con la aprobación, en 09/07/2020, de la Ley N° 19.889, conocida como la “Ley de Urgente Consideración” (LUC). La LUC es vista por el movimiento social organizado como una estrategia restauradora, con restricción de libertades, concentración de poder, y abandono por el Estado de políticas que tienden a la igualdad social en favor de privados, lo que seguramente va a afectar las poblaciones socialmente más vulnerables. El presupuesto vigente para el 2020 además -de manera similar a como se afirmó para el caso de Ecuador- supuso recortes o limitaciones presupuestarias en el área de la salud pública y una tendencia neoliberal de privatización.

Finalmente, debe hacerse mención del caso de **El Salvador**, que se caracteriza por la adopción de políticas regresivas en materia de salud sexual y reproductiva. Entre estas políticas, resulta particularmente grave la excesiva restricción al acceso a información relacionada con la salud y, en específico, a la salud sexual y reproductiva en el país, que fue impuesta mediante decretos emitidos por el Ministerio de Salud del país (MINSAL). Esta restricción a la información alcanza el extremo de impedir el acceso, por parte de su ciudadanía, al contenido del Plan Nacional de Salud vigente en el país, al mismo tiempo que también les impide conocer las medidas concretas que fueron tomadas en materia de salud sexual y reproductiva por el MINSAL, aún aunque sus hospitales atienden al 85% de la población salvadoreña.

4. Por favor, indique si su país, institución u organización ha disminuido el apoyo financiero o la ayuda a otro Estado, donante, institución o programa en el ámbito del derecho a la salud sexual y reproductiva, incluyendo mediante la cooperación internacional, en relación con el apoyo o ayuda financiera otorgada antes de la COVID-19.

Como se expuso hasta ahora, si bien -para la mayoría de los países monitoreados- no se cuenta con datos cuantitativos a nivel nacional relativos a la asignación presupuestaria para la salud sexual reproductiva destinada en 2019 y en 2020, sí se observó que los Estados, en mayor o menor medida, redujeron su ofrecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva.

Así, por ejemplo, hemos mencionado el caso del **Estado brasileño**, que redujo significativamente su apoyo financiero a prestaciones de salud sexual y reproductiva en tanto (1) limitó la provisión de métodos anticonceptivos y (2) menos hospitales públicos que los disponibles en 2019 afirmaron realizar abortos legales.

También, en esta línea, puede mencionarse el caso de **Chile**, que no cumplió con la entrega de medicamentos e insumos necesarios al sistema público para la provisión de algunos servicios de salud reproductiva en pandemia. En particular, dicho gobierno no distribuyó ninguna de las dosis programadas de Mifepristona o Misoprostol, que permiten la interrupción del embarazo y que tenía obligación de proveer dado que se trata de prestaciones aseguradas por la Ley N° 21.030,⁷ información que se extrae de los datos entregados por la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). A su vez, los controles del programa de regulación de la fertilidad del gobierno disminuyeron un 43% respecto del año anterior.

⁷ La Ley N° 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, está disponible para su consulta en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>

En materia de anticoncepción, en **Argentina**, destaca el desfinanciamiento al Programa ENIA del Ministerio de Salud de la Nación, donde, como se señaló con anterioridad, se reportó una disminución en la entrega de anticonceptivos a adolescentes del 40%. También se evidenció una disminución general de los programas de prevención del VIH y de la entrega de la profilaxis pre-exposición (PrEP) a lo largo del país. De manera similar, en **Colombia**, se registró una significativa disminución de los tests proporcionados por el Estado respecto del año 2019, tanto de VIH como de otras ITS, sobre todo en las comunidades indígenas (donde se redujo en un 38,90% y un 48,46%, respectivamente). Cifras similares se repiten en las comunidades afro de Colombia.

En **Ecuador**, por su parte, el Estado suspendió completamente sus campañas y acciones comunicacionales de amplia difusión dirigidas a informar sobre la reorganización de la atención en los servicios de salud, en particular de salud reproductiva y los subsecuentes cambios producto de la pandemia. Esto dificultó a las mujeres y las personas gestantes informarse acerca de dónde acudir o qué hacer para acceder a dichos servicios.

5. Por favor, indique si su país, institución u organización se ha visto afectado por una disminución del apoyo financiero o de la ayuda, incluyendo a través de la cooperación internacional, en comparación con el periodo anterior a la pandemia, y cómo ha afectado dicha disminución en la atención médica en cuestión de la salud sexual y reproductiva.

No se ha relevado información respecto a la posibilidad de que los Estados monitoreados hubieran sufrido una disminución del apoyo financiero o de ayuda a través de la cooperación internacional, que hubiera supuesto una disminución en la atención médica de estas cuestiones.