

172.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de junio del 2023

Punto 7.4 del orden del día provisional

CE172/INF/4
21 de junio del 2023
Original: español

ESTADO DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Introducción

1. En la 30.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, los Estados Miembros solicitaron a la Oficina Sanitaria Panamericana que informara sobre el estado actual del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la Región de las Américas. En el presente documento se brinda un análisis de la situación, se indican las respuestas sanitarias y las barreras de acceso existentes, y se sugieren medidas para mejorar la situación informadas por la evidencia científica.

Antecedentes

2. La salud sexual y reproductiva debe entenderse como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no como la mera ausencia de enfermedades, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Esto incluye el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de toda coacción, discriminación y violencia, y la libertad para decidir sobre la procreación (1).

3. Los servicios de salud sexual y reproductiva deben garantizar fundamentalmente: *a)* el acceso a la información; *b)* la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles; *c)* una atención sanitaria que minimice los riesgos en embarazos y partos, y facilite el acceso al aborto seguro en los casos permitidos por la ley; *d)* el cuidado del sistema sexual y reproductivo, y el tratamiento de sus enfermedades; *e)* la salud menstrual; *f)* las transiciones de género, y la integridad corporal de la población intersexual.

4. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están comprometidos con las metas 3.7 y 5.6 de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, ambas vinculadas con la salud sexual y reproductiva, así como con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (2), en la que se reconoce que todas las personas y las comunidades deben tener acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud e insumos adecuados, oportunos y de calidad. Este informe está en consonancia con el *Plan de acción para la salud de la*

mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 (3), cuyos indicadores y metas son sus referencias orientadoras. Los países y territorios se han comprometido asimismo a abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT),¹ con el respeto pleno de la dignidad y los derechos humanos, teniendo en cuenta la diversidad de expresiones y de identidad de género, sin discriminación (4).

5. El Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 incluye indicadores para monitorear los avances en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva vinculados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5, así como con la meta 1.4 de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. A su vez, los Estados Miembros de la OPS han adoptado planes de acción y estrategias relacionados con la salud sexual y reproductiva, con especial atención a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad. Para la elaboración de este informe se ha llevado a cabo una revisión y sistematización de datos, planes e iniciativas existentes, así como de artículos científicos y publicaciones de los organismos del sistema de las Naciones Unidas vinculados a la salud sexual y reproductiva.

Análisis de la situación

6. La mayoría de los países y territorios de la Región de las Américas han mejorado la cobertura del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con un enfoque de atención primaria de salud. En el 2021, la cobertura de los servicios esenciales de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil era de 81,3% en la Región, 7,3 puntos por encima del promedio mundial que se sitúa en 74,0%. Estos indicadores son desiguales en los distintos países de la Región, y los grupos poblacionales en situación de marginalidad y vulnerabilidad presentan peores resultados. En el mismo año, el índice compuesto de cobertura de estos servicios fluctuaba entre 37,9% y 84,5% en el quintil de la población de menores ingresos, y entre 65,3 % y 89,6% en el de mayores ingresos (5-7).

7. Como la gran mayoría de los aspectos vinculados a la salud pública, la salud sexual y reproductiva se vio afectada negativamente por la pandemia de COVID-19 en magnitudes y formas que urge evaluar para implementar acciones específicas. La emergencia sanitaria afectó a las condiciones de vida de la población y sus comportamientos de prevención y atención de la salud, y también debilitó la capacidad de respuesta de los servicios de salud. La solvencia de las instituciones públicas para recopilar y analizar datos desglosados se redujo. Actualmente, a pesar de los esfuerzos, la mayoría de los países todavía no ha recuperado los niveles de cobertura de salud previos a la pandemia y enfrentan una crisis de salud prolongada. En el informe provisional de la cuarta ronda de la encuesta rápida sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante

¹ La OPS emplea la sigla “LGBT” de conformidad con la resolución CD52.R6 (2013), *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. Es importante señalar que la sigla ha cambiado con el transcurso de los años para incluir otras orientaciones sexuales e identidades de género. Por ejemplo, en las Naciones Unidas se utiliza la sigla “LGBTQI+”, que remite a las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, *queer*, intersexuales y (+), donde el símbolo (+) apunta a incluir un rango más amplio de orientaciones sexuales e identidades de género (las personas asexuales y pansexuales, entre otras).

la pandemia de COVID-19 de mayo del 2023, 22 países de la Región informaron interrupciones en los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva y maternoinfantil (8). Al mismo tiempo, sin embargo, desde el inicio de la pandemia la transformación digital del sector de la salud ha propiciado una incorporación segura, legal y sostenible de los servicios de telesalud, lo que mitiga parcialmente las barreras de acceso (9).

Anticoncepción

8. El acceso universal a la anticoncepción está contemplado en los compromisos mundiales y regionales suscritos desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, en los que se reconoce el derecho de las personas a planificar su futuro reproductivo, y se entiende que el acceso a la anticoncepción previene embarazos no intencionales y abortos inseguros.

9. Antes de la pandemia de COVID-19 se observaban avances en los niveles de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva (tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos modernos) y reducciones en la tasa global de fecundidad. Las necesidades insatisfechas de anticoncepción también venían disminuyendo de forma sostenida, aunque más en las personas casadas que en las de edad reproductiva en general (10). El indicador 3.1.2 del plan de acción (3) evalúa el número de países que miden el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que tiene sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos. La demanda anticonceptiva satisfecha con métodos modernos de larga duración era mayor de 80% solo en 10 de 23 países de América Latina y el Caribe, y se observaban grandes inequidades entre los países y dentro de ellos. Las variaciones en el uso de métodos anticonceptivos modernos oscilaban entre 26% (Haití), 36% (Bolivia), 63% (Argentina) y 68% (Brasil). Dentro de los países se constataba la existencia de brechas étnicas (personas indígenas y afrodescendientes), por edad y por condición socioeconómica (11). Los datos a nivel poblacional sobre el uso de preservativos en la población joven son limitados y se recopilan en encuestas como las encuestas de indicadores por conglomerados (MICS, por su sigla en inglés) y la encuesta demográfica y de salud (DHS, por su sigla en inglés), y en la mayoría de los casos solo se recopilan en las mujeres. Los datos disponibles recopilados entre el 2012 y el 2019 en cuatro países de América Latina y el Caribe indicaron que el porcentaje de uso de preservativos en la relación sexual prematrimonial más reciente en jóvenes de 15 a 24 años osciló entre 51 % y 63 % en las mujeres y entre 64% y 88 % en los hombres. De manera similar, el porcentaje de jóvenes en este grupo etario que informó el uso de preservativos en la relación sexual más reciente con una pareja no estable y extraconyugal en nueve países de América Latina y el Caribe osciló entre 41% y 79% en mujeres, y entre 68% y 88% en hombres (12).

10. En un estudio del 2019, se observaba que el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada era bajo en América Latina y el Caribe: en 17 de 23 países, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y de los implantes subdérmicos estaba por debajo de 10%, y las jóvenes de 15 a 17 años, las mujeres indígenas y afrodescendientes, las que se encontraban en los quintiles más bajos de riqueza, las que vivían en zonas rurales y las que

no tenían estudios mostraban un uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada más bajo aún (11). En un análisis del 2022 de encuestas nacionales de 10 países de América Latina y el Caribe, la brecha absoluta entre personas afrodescendientes y no afrodescendientes en la demanda anticonceptiva satisfecha con métodos modernos oscilaba entre 0,7% en Ecuador y 20,1% en Suriname (13).

11. La pandemia de COVID-19 afectó fuertemente al acceso a los anticonceptivos. Se estima que entre 12,9 y 20,1 millones de mujeres en América Latina y el Caribe se vieron forzadas a interrumpir el uso de métodos anticonceptivos durante la pandemia (14). Esta interrupción se debió a las disrupciones en la provisión pública y a las dificultades de la población para afrontar el costo de los métodos anticonceptivos (8, 14).

12. Los países y territorios de la Región están implementando políticas nacionales de salud sexual y reproductiva que incluyen la provisión de métodos anticonceptivos modernos a las mujeres en edad reproductiva con seguros sociales o privados. Se trata de canastas básicas con una gama amplia de métodos y, con ciertas disparidades por país, diversos perfiles profesionales están habilitados para su provisión (a excepción de los métodos de larga duración y los no reversibles) (15, 16). Al 2022 se había cumplido la meta del indicador 3.1.8 del plan de acción relativa al número de países y territorios con políticas mediante las cuales se promueve el acceso informado, voluntario y no coercitivo de las mujeres a los métodos de planificación familiar que ellas prefieran (17).

13. A pesar de estas acciones programáticas, la cobertura de los programas públicos de acceso a la anticoncepción es muy baja. Cuando se considera la cobertura efectiva (niveles de cobertura corregidos por la tasa de eficacia clínica de cada método y por la adhesión observada al año), los niveles de protección se reducen aún más, variando entre 2% y 41% (18). Alrededor de la mitad de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos los adquieren en farmacias y los costean como un gasto de bolsillo, con importantes variaciones según el país; la proporción de usuarias de métodos anticonceptivos que los reciben en forma gratuita (programas públicos o seguros de salud) varía desde 32,2% en Argentina hasta 68,6% en México (16).

14. Las barreras de acceso a la anticoncepción son múltiples; entre ellas, se destacan: *a)* los marcos normativos y legales restrictivos (en especial los vinculados a la falta de autonomía de las niñas y adolescentes); *b)* la falta de cobertura financiera de los métodos o de las prestaciones asociadas a su uso; *c)* la complejidad de los procedimientos administrativos para la provisión y el lenguaje poco entendible de las instrucciones médicas; *d)* la discontinuidad en la disponibilidad de insumos; *e)* la falta de personal en los servicios de salud, así como la baja sostenibilidad de las asignaciones públicas para la adquisición y provisión de métodos modernos; *f)* la falta de confidencialidad y privacidad; *g)* las barreras de movilización; *h)* los valores sociales que dificultan el acceso a la educación sexual; *e i)* las actitudes poco amigables de los equipos de salud. A esto se suman la debilidad de los marcos legales y regulatorios para garantizar la evaluación de los programas (incluidas la veeduría pública y la desigualdad de las normas de género) y la falta de empoderamiento de las mujeres en situación de vulnerabilidad (19, 20).

15. No se han registrado progresos sustantivos en los sistemas de información nacionales para medir las necesidades satisfechas de anticoncepción con métodos modernos (en el 2022, solo 7 países informaron haber medido este indicador, sobre una meta para ese año de 12 países). Dado que esta información se obtiene mediante encuestas poblacionales, las restricciones causadas por la pandemia pueden explicar el retraso en la disponibilidad de este dato. En el 2017, según la encuesta de línea de base de la OPS, ninguno de los países disponía de datos para este indicador desglosados por edad y otros determinantes sociales (17).

Embarazo en la adolescencia

16. El embarazo en la adolescencia es consecuencia de la vulneración del derecho a la educación, a la educación sexual, al acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva, al acceso a métodos anticonceptivos eficaces, a una vida libre de violencia de todo tipo y a tomar decisiones libres e informadas sobre la vida sexual y la reproducción. La maternidad temprana impacta negativamente en la trayectoria vital de las mujeres, ya que se asocia con la deserción escolar, las dificultades de inserción en el mercado laboral y de acceso a trabajos de calidad, todo lo cual produce un menor nivel de ingresos a lo largo de la vida, lo que a su vez impacta en la productividad consolidada de los países. El embarazo en la adolescencia provoca asimismo problemas de salud: mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas, complicaciones y mortalidad perinatal, prematuridad, peso bajo al nacer, peor estado de nutrición infantil e impacto en la salud mental de las madres adolescentes. Por ello, contribuye a la persistencia de los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud (17).

17. Los determinantes del embarazo en la adolescencia son múltiples y operan de manera sistémica, por lo que deben ser abordados de forma integral e intersectorial. Entre ellos, se cuentan *a*) la aceptación legal o social del matrimonio infantil; *b*) la iniciación sexual temprana; *c*) el abuso sexual infantil, la violencia de género y otras formas de violencia; *d*) la situación de calle; *e*) la ausencia de políticas de educación integral sobre la sexualidad (EIS); *f*) las normas legales o administrativas restrictivas para el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto; *g*) los obstáculos geográficos, financieros o actitudinales para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; y *h*) las normas, los roles y las relaciones de género desiguales.

18. Algunos grupos poblacionales, como las niñas y las adolescentes de los segmentos más pobres, de menor nivel de escolaridad, rurales, indígenas y afrodescendientes, presentan tasas de fecundidad de tres a cinco veces superiores a los promedios nacionales, así como consecuencias más adversas sobre la salud en relación con otros factores de riesgo: abuso sexual, intimidación escolar (*bullying*) y otras formas de violencia, situación de calle o consumo de drogas (21).

19. El indicador *a* del objetivo 6 del plan de acción (3) mide la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe que se redujo de 66,5% (2010-2015) a 60,7% (2015-2020), lo que representa una disminución de 7,47% en una década, con variaciones importantes entre subregiones y países, lo mismo

que dentro de los países. Aunque no todos los embarazos en la adolescencia son embarazos no intencionales, estos representan un fenómeno de gran magnitud y trazador de desigualdad de género y vulneración de derechos. Se estima que, cada año, las adolescentes de 15 a 19 años en países de ingresos bajos y medianos tienen 21 millones de embarazos, casi la mitad de los cuales (10 millones) no son planificados. Más de una cuarta parte de esos 21 millones, aproximadamente 5,7 millones, terminan en aborto, la mayoría de ellos en condiciones inseguras (21, 22). Sin duda, el gran número de embarazos en la adolescencia muestra que la fecundidad adolescente no se debe a preferencias reproductivas sino a factores de riesgo vinculados a situaciones de vulnerabilidad y a barreras en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y, en particular, a la anticoncepción (23, 24).

20. Existe consenso acerca de las acciones necesarias para reducir el embarazo no intencional en la adolescencia: *a)* recopilar, analizar y utilizar datos de salud precisos y actualizados sobre el uso de anticonceptivos y sus determinantes, y sobre el desempeño de los programas y la sexualidad y fertilidad adolescentes para fundamentar las leyes y políticas; *b)* formular o revisar leyes y políticas para reducir las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y a la EIS con mecanismos de evaluación; *c)* implementar estrategias intersectoriales y comunitarias con la participación de adolescentes; *d)* desarrollar estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva para adolescentes que incluyan intervenciones basadas en la evidencia y ajustadas al contexto, con presupuestos suficientes e indicadores desglosados por edad y condición socioeconómica para hacer seguimiento de los avances; *e)* monitorear las estrategias con el aporte de las partes interesadas (funcionarios, organizaciones no gubernamentales organismos del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones y redes juveniles, donantes, padres y madres, maestros e integrantes de la comunidad); y *f)* realizar revisiones periódicas de los programas y del cumplimiento de los marcos legales y regulatorios (25, 26).

21. Aunque en la última década las políticas y los programas para la prevención del embarazo en la adolescencia han cobrado mayor importancia en las agendas nacionales de salud y desarrollo (27), aún existen desafíos para institucionalizar y ampliar a mayor escala las iniciativas. Se han implementado intervenciones centradas en la escuela, la familia y la población adolescente, pero no han tenido la continuidad necesaria o no han sido escaladas. En algunos casos, las políticas y los programas de EIS o el acceso a métodos anticonceptivos reversibles de larga duración no han sido sistemáticamente implementados. La EIS empodera a las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo, su vida y su futuro; reduce las infecciones de transmisión sexual, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y los embarazos no intencionales; y mejora los indicadores sobre la salud sexual y reproductiva (28, 29).

Aborto inseguro

22. Dada su alta prevalencia, el aborto inseguro es un problema de salud pública. La evidencia muestra que las políticas restrictivas no solo no reducen el número de abortos, sino que impiden que se realicen de forma segura. Un estudio mundial describe que 87,4% de los abortos en 57 países donde el aborto está permitido a demanda fueron abortos

seguros, frente a 25,2% de los abortos ocurridos en 62 países en los que el aborto está completamente prohibido o permitido solo en caso de riesgo para la vida o la salud física. Existen también barreras de acceso geográficas, económicas, administrativas y actitudinales (30, 31).

23. En la Región se da una amplia diversidad de modelos regulatorios, desde los que permiten el aborto a demanda en el marco de modelos mixtos que reconocen causales en distintas etapas de la gestación, hasta los que poseen regulaciones altamente restrictivas que penalizan el aborto en todos los casos. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe solo permiten el aborto en condiciones específicas: peligro para la vida, riesgo para la salud, inviabilidad fetal, violación, incesto y salud mental. Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Suriname son los únicos países en los que el aborto está totalmente prohibido. Argentina, Colombia y Uruguay lo permiten a petición de cualquier persona hasta las 14, 24 y 12 semanas respectivamente. Cuba es el único país que ha despenalizado esta práctica por completo. Y en seis estados de México se permite el aborto a demanda en diversas etapas gestacionales, aunque en general el país mantiene un modelo restrictivo por causales. La legislación sobre el aborto varía por estado en Estados Unidos y Canadá no tiene restricciones legales para acceder al aborto (32).

24. El derecho a acceder a servicios integrales de salud reproductiva —incluido el aborto— está arraigado en las normas internacionales sobre derechos humanos. En la observación general núm. 36 del Comité de Derechos Humanos, relativa al derecho a la vida, se afirma que la protección del derecho a la vida de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar implica la protección de su derecho al acceso al aborto seguro (33). A su vez, la atención integral del aborto seguro es una de las intervenciones incluidas en las orientaciones para el mantenimiento de los servicios de salud esenciales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2020 (34).

25. En los últimos años, siguiendo la tendencia mundial, en América Latina y el Caribe se ha registrado una disminución de 28% de la tasa de embarazos no intencionales y un aumento de 26% de esos embarazos que terminaron en aborto, con una variación de 9% a 45% según el país (35). En el período 2010-2014, se realizaron aproximadamente 6,5 millones de abortos cada año en América Latina y el Caribe, frente a 4,4 millones en el período 1990-1994. De esos 6,5 millones, 4.897.000 fueron abortos inseguros (387.000 en el Caribe, 1.070.000 en América Central y 3.440.000 en América del Sur) (36). En el 2015 se estimó que las complicaciones asociadas al aborto inseguro representaban 9,9% del total de muertes maternas en América Latina y el Caribe. A su vez, en algunos países se ha observado un aumento sistemático de las causas indirectas de mortalidad materna atribuible a la cobertura y calidad deficientes de la atención prenatal, y a la falta de acceso a servicios de anticoncepción y al aborto seguro (37).

26. La Región muestra desigualdades en el acceso al aborto seguro. Las niñas víctimas de violencia sexual, las adolescentes, las mujeres en situación de pobreza, las personas con discapacidad, las mujeres que residen en zonas alejadas de las ciudades grandes y las migrantes son quienes tienen mayores dificultades para acceder a un servicio de aborto de calidad y en forma oportuna donde no está legalmente prohibido. Las desigualdades son

consecuencia de diversas barreras de acceso: *a)* personales e interpersonales: falta de información sobre el derecho al aborto y sobre cómo acceder a los servicios, reconocimiento tardío del embarazo, falta de apoyo del entorno o pareja; *b)* logísticas: distancia, movilidad, dificultades para abandonar las tareas del hogar y/o el trabajo; *c)* sociales: estigma y presión social; y *d)* del sistema de salud: disponibilidad de servicios, mecanismos de derivación, opciones clínicas limitadas, calidad en el trato, uso abusivo de la objeción de conciencia. También se observan barreras vinculadas a las normativas legales y sanitarias, como los plazos de espera, los costos del procedimiento o del traslado, y la falta de cobertura de salud. En los últimos 15 años, en aquellos países que han limitado las restricciones en la legislación e implementado políticas de acceso, la mortalidad y morbilidad maternas por aborto y los abortos inseguros se han reducido, y la mayoría de los abortos se han producido en las primeras 12 semanas de gestación (30-32).

27. La experiencia en América Latina y el Caribe muestra la necesidad de ejecutar políticas con apoyo legal para: *a)* mejorar el acceso universal y gratuito a la anticoncepción para evitar los embarazos no intencionales; *b)* proveer servicios posteriores al aborto de calidad para reducir la enfermedad y la muerte asociadas al aborto inseguro y garantizar la anticoncepción posaborto; *c)* mejorar las políticas de acceso al aborto seguro con opciones clínicas y autogestionadas (incluidos los medicamentos para el aborto farmacológico); *d)* ampliar las bases para el aborto legal con el fin de reducir los abortos inseguros; y *e)* adecuar los protocolos de atención a las recomendaciones sobre la materia de la OMS (35-39).

Violencia de género

28. Las estimaciones más recientes de la OMS, correspondientes al 2021, señalan que 34% de las mujeres y niñas de la Región de las Américas de 15 a 49 años ha sufrido violencia física o sexual en su pareja o violencia sexual fuera de su pareja en algún momento de su vida (40). Los datos indican que la violencia dentro de la pareja es la forma más común de violencia contra las mujeres: una de cada cuatro mujeres de la Región ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja al menos una vez en su vida, lo que equivale a cerca de 53 millones de mujeres (41). Muchas veces, la violencia comienza temprano (21% de las mujeres ya han sufrido violencia por parte de una pareja cuando llegan a los 25 años) y no cesa durante el curso de vida (28% de las mujeres mayores de 65 años sufre violencia de pareja). La violencia tiene consecuencias graves en la salud física, mental, sexual y reproductiva. La violencia obstétrica, por su parte, debe ser asimismo abordada, en tanto significa una vulneración de derechos y tiene implicancias en la salud física y mental de las personas.

29. Los datos demuestran que la violencia contra las mujeres y las niñas puede prevenirse, y que sus consecuencias pueden mitigarse. El sector de la salud desempeña en este terreno un papel fundamental, ya que tiene la capacidad de ayudar a detectar el abuso de forma temprana y proporcionar a las sobrevivientes una atención de calidad, colaborando con otros sectores gubernamentales y asociados para avanzar en la aplicación de medidas multisectoriales. La pandemia de COVID-19 ha exacerbado las barreras de

acceso y las brechas en los servicios, lo que ha dificultado la prontitud y la calidad de la atención posterior a la violencia sexual.

30. Los países de la Región muestran progresos en la generación de información sobre la violencia contra las mujeres y las niñas; la inclusión de la prevención, atención y reparación de la violencia contra las mujeres en las políticas y los planes de salud; la elaboración de protocolos y directrices para orientar la respuesta de los sistemas de salud, y la capacitación de profesionales de salud y el fortalecimiento de la prestación de servicios integrales de atención posterior a la violación. En un informe reciente de la OPS sobre la materia se muestra que 83% de los Estados Miembros ha incluido este tema en sus planes o políticas de salud, 80% de los países cuenta con una política multisectorial de prevención de la violencia contra las mujeres o una política nacional de género que contempla la violencia contra las mujeres de manera significativa, y 60% de los países de la Región cuenta con al menos un protocolo del sector de la salud para la prevención de la violencia contra las mujeres (42). Aunque el gran número de políticas es un logro importante para la Región, es necesario realizar más esfuerzos para mejorar la calidad de los documentos que las recogen, su consonancia con la evidencia y su implementación. Cuanto más detallada sea la orientación, más fácil será para el personal de salud comprender exactamente lo que se requiere de él.

Cáncer cervicouterino

31. La incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino han decrecido en la última década en la Región, pero en la mayoría de los países y territorios las tasas siguen por encima del umbral de eliminación al que aspira la estrategia mundial (4 por 100.000). Es el tercer diagnóstico de cáncer más común, con variaciones considerables entre los países, y sigue siendo el más frecuente en las mujeres en 11 de los 32 países y territorios con datos disponibles (43). En el 2020, la incidencia variaba desde 6,1 por 100.000 mujeres en América del Norte hasta 13,8 por 100.000 en América Central y 15,4 por 100.000 en América del Sur (44).

32. América Latina y el Caribe presenta la segunda mayor mortalidad por cáncer cervicouterino en todo el mundo, con las tasas más altas en el Caribe (8,2 por 100.000), seguido de América del Sur (7,8 por 100.000) y Centroamérica (6,8 por 100.000) (44). Si bien algunos países han impulsado legislación para el tratamiento del cáncer, esta no responde a una visión integral de prevención, detección temprana, acceso a vacunas y medicamentos, manejo integral de información y acceso a financiamiento para gastos catastróficos.

33. En la última década, 16 países de América Latina y el Caribe han actualizado sus recomendaciones para introducir nuevas pruebas de detección o enfoques programáticos alternativos; sin embargo, la citología sigue siendo la principal prueba de detección (45). En relación con el indicador 3.1.7 del plan de acción (3) sobre el número de países y territorios que han introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en su programa de inmunización, para el 2022 39 países y territorios ya habían introducido programas de vacunación contra el VPH en niñas y 12 de ellos también en niños (17).

34. El acceso a medicamentos contra el cáncer, en particular a aquellos de alto costo, sigue siendo un reto, y la utilización del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública es aún limitada. Además, dado que los registros de cáncer a nivel poblacional son fundamentales en la planificación, el seguimiento y la evaluación de las acciones nacionales, más de la mitad de los países de América Latina y el Caribe tienen un registro de baja calidad, con menos de 10% de la población cubierta (45).

35. La evidencia muestra que el nivel bajo de tamizaje y la falta de detección temprana en grupos en situación de vulnerabilidad se deben a las barreras: *a*) estructurales (condición socioeconómica y nivel de escolaridad), *b*) culturales (creencias y actitudes vinculadas al cáncer cervicouterino, discriminación, servicios no sensibles, y desinformación y prejuicios de prestadores de servicios), y *c*) sistémicas vinculadas al sistema de salud (falta de acceso a la detección y el seguimiento por brechas en la tecnología disponible, escasa capacidad de respuesta y de organización de los servicios de salud).

36. Durante la pandemia de COVID-19, los servicios de tamizaje del cáncer se interrumpieron, y 17% de los países de América Latina y el Caribe informaron que 50% o más de los servicios se había interrumpido a causa de la reducción de la búsqueda de atención, la reorientación de los recursos de salud u otras razones. Los efectos de estas restricciones todavía no han sido integralmente evaluados (46).

Personas con discapacidad

37. Las personas con discapacidad sufren considerables desigualdades en materia de salud. En total, se estima que casi 12% de la población de América Latina y el Caribe presenta al menos una discapacidad, lo que supone un total de alrededor de 66 millones de personas (47). La salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad tiene una larga historia de invisibilidad, desconocimiento y discriminación, debido a la errónea presunción de su no sexualidad, y de su falta de autonomía para decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida sexual y reproductiva.

38. Las personas con discapacidad enfrentan barreras adicionales para el acceso a servicios, educación e información sobre la salud sexual y reproductiva, y están más expuestas tanto a situaciones de violencia de género como a otras formas de violencia y abuso. Entre las barreras a las que se enfrentan, se encuentran la inaccesibilidad de muchos espacios de salud, las dificultades de comunicación, la falta de formación específica de los profesionales de salud y las limitaciones financieras. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce a estas personas como sujetos de derecho, lo que implica su pleno reconocimiento como sujetos sexuados, con diversidad funcional, con distintos modos de vivir la sexualidad, con una posición activa y con capacidad de decidir por sí mismas.

39. Según el informe final del *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación* (48), de la OPS, la Región ha avanzado en el logro de los objetivos allí analizados. El número de países con legislación y planes nacionales sobre discapacidad ha aumentado, aunque muchos de esos planes no se han ejecutado plenamente y las personas con discapacidad siguen

afrontando obstáculos considerables para acceder a los servicios de atención de salud en muchos países (49).

Población LGBT

40. A pesar de que los datos sobre la morbilidad, la mortalidad y el acceso a los servicios de salud de la población LGBT son limitados, la investigación y la información epidemiológica muestran que esta población presenta peores resultados de salud que la población heterosexual. Además, enfrenta obstáculos para el acceso a una atención de salud centrada en el paciente y no logra utilizar de manera temprana y oportuna los servicios de salud o no los utiliza en absoluto. Se ha constatado que las personas LGBT con VIH y que perciben altos niveles de estigmatización tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la búsqueda de atención médica, así como mayores problemas de salud mental. Por otra parte, estos grupos poblacionales se enfrentan a problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva como la dificultad para formar una familia, la falta de tamizaje del cáncer, la escasa visibilidad en la EIS o un mayor riesgo de sufrir violencia (incluido el abuso sexual infantil) (50).

41. Las barreras de acceso a la atención de salud que encuentra la población LGBT se deben a la estigmatización y la discriminación de la sociedad, incluso de los sistemas de salud, que derivan en una comprensión inadecuada de sus problemas específicos, negación del cuidado, atención inadecuada o inferior al promedio, y prejuicios acerca de las causas de sus enfermedades. Los miembros de esta población, por su parte, responden con temor a la ausencia de garantía de confidencialidad y privacidad. La falta de leyes y políticas contra la discriminación de este grupo poblacional, la falta de servicios sensibles, la escasa capacitación específica de los prestadores de salud, la falta de protocolos y normas para la atención de cada grupo dentro del colectivo LGBT, y la baja capacidad financiera y de recursos de gran parte de esta población también son obstáculos para el acceso a los servicios de salud (51).

Salud de los hombres

42. A la luz de un análisis por género, se observa mayor mortalidad prematura en los hombres que en las mujeres. Los roles de género masculino y las prácticas impuestas socialmente afectan en muchos aspectos la salud, propiciando comportamientos de riesgo (modos de vida y conductas) que derivan en el mayor acceso de los hombres a los servicios de salud por urgencias, con patologías crónicas descompensadas o por causas externas, y su utilización baja de los servicios de control y prevención. La falta de autocuidado de la salud física y mental afecta negativamente la trayectoria de vida de muchos hombres.

43. Las discrepancias entre las necesidades de salud de los hombres y sus comportamientos sociales deben ser consideradas en las políticas mediante enfoques integrales e integrados, sensibles y con corresponsabilidad de género. El sistema de salud aborda las consecuencias de la socialización masculina hegemónica de manera fragmentada. En concreto, en el campo de la salud sexual y reproductiva, dada la prevalencia de una cultura de género que concibe la reproducción como fenómeno

exclusivamente femenino, los hombres no son llamados a asumir una corresponsabilidad integral en la atención prenatal, el parto, la lactancia, los cuidados infantiles y las actividades domésticas. Aunque es cierto que desde la sociedad civil y el sector académico se vislumbran algunas soluciones para estos problemas, no existen respuestas programáticas organizadas que sean suficientes, integrales y conectadas con otros sectores de la política pública.

Medidas necesarias para mejorar la situación

44. Para ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, reducir las inequidades, garantizar los derechos humanos y contribuir a la cobertura universal, se someten las siguientes medidas a la consideración de los Estados Miembros:

- a) Promover e implementar marcos normativos, políticas y regulaciones integrales que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, sin discriminación de ningún tipo, para reducir las inequidades, mejorar las oportunidades de desarrollo de las personas y las familias, y avanzar en el cumplimiento efectivo de los compromisos asumidos en este campo.
- b) Expandir el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva con un enfoque de atención primaria de salud por medio de:
 - i. La capacidad y eficacia del primer nivel de atención en redes integradas de salud, asegurando servicios de salud sexual y reproductiva integrales y con un enfoque inclusivo de la salud, sexualidad y reproducción.
 - ii. La participación comunitaria y la colaboración intersectorial para llegar a los grupos en situación de vulnerabilidad.
 - iii. La formación de los equipos de salud en torno a la perspectiva de equidad, género y derechos para garantizar la atención integral de la salud sexual y reproductiva.
 - iv. La recuperación de los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva que fueron afectados durante la pandemia de COVID-19.
 - v. El modelo de atención de tareas compartidas para ampliar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios y las innovaciones vinculadas con la salud digital.
- c) Aumentar la inversión en políticas y programas de salud sexual y reproductiva, lo que tiene importantes beneficios económicos para los gobiernos, las sociedades y las personas. Garantizar un financiamiento adecuado y sostenible para la implementación de intervenciones costo-efectivas basadas en la evidencia, la organización y prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, y el acceso a medicamentos para la salud sexual y reproductiva universales y gratuitos.
- d) Fortalecer la articulación, el trabajo intersectorial y los protocolos de atención entre las áreas de salud, educación, protección social, seguridad y justicia para ejecutar políticas y programas integrales que permitan intervenir sobre los determinantes de

- la salud sexual y reproductiva, y dar respuesta a las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos, con particular énfasis en la EIS.
- e) Fortalecer los sistemas de investigación e información para la recopilación y el análisis de los indicadores de salud sexual y reproductiva desglosados por edad, género (incluida la diversidad LGBT), pertenencia étnico-racial y lugar de residencia para establecer las brechas de la equidad, y fundamentar el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva y la evidencia local necesaria para contextualizar las acciones, bajo un marco jurídico que favorezca la integración de datos y su protección legal.
 - f) Aumentar el compromiso político para mejorar la cobertura y eficacia de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, estableciendo metas de corto y mediano plazo, mecanismos de rendición de cuentas y espacios de participación de los grupos afectados.

Intervención del Comité Ejecutivo

45. Se invita al Comité Ejecutivo a que tome nota del presente informe y haga los comentarios que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Developing sexual health programmes: a framework for action. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [documento CD53/5, Rev.2]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 [documento CD56/8, Rev. 1]. 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans [documento CD52/18]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23287&Itemid=270&lang=es.

5. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory. UHC service coverage index (indicator 4834). Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-reproductive-maternal-newborn-and-child-health>.
6. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020. Nueva York: Naciones Unidas; 2020. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Spanish.pdf
7. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2023;46:e94. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>.
8. Organización Mundial de la Salud. Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023: interim report, 1 May 2023. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/367352>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Hoja de ruta para la transformación digital del sector de la salud en la Región de las Américas [documento CD59/6]. 59.º Consejo Directivo de la OPS, 73.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 20 al 24 de septiembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/cd59r1-roadmap-digital-transformation-health-sector-region-americas>.
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Visibilizar lo invisible: la necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales. Nueva York: UNFPA; 2020. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/publications/visibilizar-lo-invisible-la-necesidad-de-actuar-para-poner-fin-la-crisis-desatendida--2>.
11. Gómez Ponce de León R, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. Lancet Glob Health. 2019;7(2):e227-235. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30481-9](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30481-9).
12. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018). Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49545?locale-attribute=es>.

13. Costa JC, Mujica OJ, Gatica-Domínguez G, Del Pino S, Carvajal-Vélez L, Sanhueza A, et al. Inequalities in the health, nutrition, and wellbeing of Afrodescendant women and children in ten Latin American and Caribbean countries. *Lancet Reg Health*. 2022;15:e1-17. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4038402>.
14. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe. Informe técnico. Nueva York: UNFPA; 2020. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/el-impacto-de-covid-19-en-el-acceso-los-anticonceptivos-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>.
15. Reproductive Health Supplies Coalition, Foro Latinoamericano y del Caribe para el Aseguramiento de Insumos de Salud Reproductiva. Hojas informativas sobre indicadores de seguridad anticonceptiva. Bruselas: RHSC, ForoLAC; 2021 [consultado el 23 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/groups/forolac/hojas-informativas-sobre-indicadores-de-seguridad-anticonceptiva/>.
16. Garraza LG, Tobar F, Rodríguez Bernate I. Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America. *Sex Reprod Health Matters*. 2020;28(2):e332-341. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1833429>.
17. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030: informe de progreso [documento CSP30/INF/12]. 30.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 74.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-inf-12-b-s-pda-mujer-nino-nina-adolescente-salud_0.pdf.
18. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Evaluación regional sobre la contribución de UNFPA en materia de planificación familiar y aseguramiento de insumos. Nueva York: UNFPA; 2021. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/espanol_estudiodecasosyevaluacioncompleto_0.pdf.
19. Tobar F. The Middle Income Trap: A growth crisis for the Reproductive Health Supply Security financing in Latin American and Caribbean. UNFPA LACRO; 2014. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Reproductive%20Health%20Supply%20financing%20in%20LAC%20countries20013.pdf>.
20. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción. Ginebra: OMS; [fecha desconocida] [consultado el 13 de junio del 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1.

21. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Reseña técnica: el embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Nueva York: OPS, UNFPA; 2020. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_dec_10_spanish_policy_brief_design_ch_adolescent.pdf.
22. Darroch JE, Woog V, Bankola A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. Nueva York: Instituto Guttmacher; 2016. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf.
23. Woog V, Kågesten A. The sexual and reproductive health needs of very young adolescents aged 10–14 in developing countries: what does the evidence show? Nueva York: Instituto Guttmacher; 2017. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/srh-needs-very-young-adolescents-report_0.pdf.
24. Rodríguez Vignoli J. Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Santiago: CEPAL, UNFPA; 2017. (Serie Población y Desarrollo; No. 119). Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1230/fecundidad%20no%20deseada.pdf>.
25. Organización Mundial de la Salud. Family planning evidence brief: reducing early and unintended pregnancies among adolescents. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255862>.
26. Population Reference Bureau. Youth contraceptive use: effective interventions. A reference guide. Washington, D.C.: PRB; 2017. Disponible en: <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/12/PRB20Youth20Policies20Reference20Guide.pdf>.
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Health equity report 2016: analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/386/file/Publication.pdf>.
28. Fondo de Población de las Naciones Unidas Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Estado del arte de la educación integral de la sexualidad en América Latina 2021. UNFPA LACRO; 2021. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estado_del_arte_de_la_esis_final_para_difundir.pdf.

29. Caffé S, Plesons N, Camacho AV, Brumana L, Abdool SN, Huaynoca S et al. Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reprod Health*. 2017 Jul 14;14(1):83. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0345-y>.
30. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-2381. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).
31. Organización Mundial de la Salud. Global Abortion Policies Database. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://abortion-policies.srhr.org/>.
32. Center for Reproductive Rights. Mapping Abortion Rights Worldwide. Washington, D.C.: CRR; 2019. Disponible en: <https://reproductiverights.org/mapping-abortion-rights-worldwide/>.
33. Comité de Derechos Humanos. Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida [documento CCPR/C/GC/R.36/Rev.7]. Ginebra: OHCHR; 2017. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf.
34. Organización Mundial de la Salud. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 1 de junio del 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2.
35. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152-1161. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).
36. Instituto Guttmacher. Aborto en América Latina y el Caribe. Nueva York: Instituto Guttmacher; 2018. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>.
37. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Grupo del Banco Mundial, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf.

38. Ramos S, Ábalos E, Gerdts C, Keefe-Oates B, Krause M, Ramón Michel A, et al. Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES, Ibis Reproductive Health; 2022. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4705>.
39. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1467395/retrieve>.
40. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres: estimaciones para 2018. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>.
41. Organización Panamericana de la Salud. Nota descriptiva sobre la Región de las Américas de la OMS: prevalencia estimada de la violencia contra las mujeres, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55197>.
42. Organización Panamericana de la Salud. Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326381>.
43. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018–2030. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38574>.
44. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Cancer Today: Data Visualization Tools for Exploring the Global Cancer Burden in 2020. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2020 [consultado el 2 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>.
45. Pilleron S, Cabasag CJ, Ferlay J, Bray F, Luciani S, Almonte M, et al. Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: where are we? *Int J Cancer*. 2020;147(6):1638-1648. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijc.32956>.
46. Villain P, Carvalho AL, Lucas E, Mosquera I, Zhang L, Muwonge R, et al. Cross-sectional survey of the impact of the COVID-19 pandemic on cancer screening programs in selected low- and middle-income countries: study from the IARC COVID-19 impact study group. *Int J Cancer*. 2021;149(1):97-107. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijc.33500>.

47. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad. Washington, D.C.: OPS; [fecha desconocida] [consultado el 13 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>.
48. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: informe final [documento CD58/INF/7]. 58.º Consejo Directivo, 72.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 28 y 29 de septiembre del 2020. Sesión virtual: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd58inf7-plan-accion-sobre-discapacidades-rehabilitacion-informe-final>.
49. Kuper H, Heydt P. The missing billion: access to health services for 1 billion people with disabilities. Londres: Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres; 2019. Disponible en: <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/international-centre-evidence-disability/missing-billion>.
50. Jaffray B. Experiences of violent victimization and unwanted sexual behaviours among gay, lesbian, bisexual and other sexual minority people, and the transgender population, in Canada, 2018. Ottawa: StatCan; 2020. Disponible en: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00009-eng.htm>.
51. Organización Panamericana de la Salud. Informe del director sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans [documento CD56/INF/11]. 56.º Consejo Directivo, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/en/node/61784>.

- - -