

CARTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD FEMINISTAS:

Llamamiento a la acción por una atención
basada en los derechos y centrada
en las personas

Misión y público destinatario de esta carta

La carta de los sistemas de salud feministas es una herramienta de incidencia para la promoción de los sistemas de salud feministas basados en los derechos humanos, la justicia de género y la rendición de cuentas pública. Plasma las obligaciones de derechos humanos vigentes de los Estados en forma de principios claros sobre cómo deben ser el diseño, la gestión, la financiación, la prestación de servicios y la rendición de cuentas de los sistemas de salud.

La carta complementa a la declaración de Melbourne por la igualdad de género. La declaración reivindica un reequilibrio del ecosistema de la igualdad de género en torno a la responsabilidad estatal, la rendición de cuentas pública, una voz colectiva y la solidaridad, mientras que esta carta aplica esta visión a los sistemas de salud. La carta establece qué debe hacer un Estado para respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud, inclusive la salud y los derechos sexuales y reproductivos, de una forma feminista, basada en derechos, centrada en las personas y responsable ante las comunidades a las que sirve.¹

La carta va dirigida a gobiernos, instituciones multilaterales, profesionales de la investigación, la sociedad civil, el personal sanitario, los movimientos feministas y las personas activistas. Puede emplearse para orientar las reformas, informar la formulación de políticas y la investigación, reforzar la incidencia y exigir responsabilidades a los Estados en aras de crear sistemas de salud equitativos, inclusivos, accesibles y transformadores.

La carta ofrece una base común de principios y obligaciones estatales. No pretende ser exhaustiva ni ofrecer un modelo rígido. Puede adaptarse y utilizarse como base para investigaciones, procesos de implantación, marcos de rendición de cuentas, indicadores, procesos de monitoreo y mecanismos de denuncia que den respuesta a los contextos locales y las prioridades comunitarias.

¿Por qué son necesarios los sistemas de salud feministas?

Los sistemas de salud de todo el mundo están fracasando en su misión de satisfacer las necesidades de las poblaciones a las que atienden. La escasez de financiación, los recortes a las ayudas, la privatización y las infraestructuras deficientes son parte del problema. Sin embargo, el principal escollo es que muchos sistemas de salud no se han diseñado pensando en las vidas, derechos y realidades de las personas. Suelen pasar por alto el impacto del género, la raza, la clase, la discapacidad, la edad, la situación migratoria, la sexualidad y otras formas de desigualdad en el acceso a una atención de calidad, respetuosa y asequible.

Las deficiencias de los sistemas de salud de todo el mundo no son inevitables. Son un reflejo de la toma de decisiones sobre el poder, los recursos y qué necesidades se consideran urgentes. En los sistemas de salud, los graves desequilibrios de poder siguen reforzando las estructuras neoliberales, coloniales, capitalistas, patriarcales, racistas y capacitistas que discriminan de forma sistemática a las personas, sobre todo a las niñas, las mujeres y las comunidades marginalizadas.² Estos desequilibrios de poder convierten la atención sanitaria en un producto, menosprecian la labor del personal sanitario comunitario y de primera línea, socavan la salud y los derechos sexuales y reproductivos y excluyen a las personas más vulnerables de la toma de decisiones. De esta forma, erosionan la confianza pública y arrebatan la autonomía, dignidad y seguridad a las personas que precisan de atención sanitaria y a quienes la prestan.³

El derecho internacional de los derechos humanos es claro: los Estados tienen la obligación jurídica de respetar, proteger y garantizar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de bienestar y salud física y mental, lo que incluye la salud y los derechos sexuales y reproductivos.⁴ Un enfoque feminista promueve que esta obligación debe cumplirse priorizando a las personas más afectadas por las injusticias, reforzando los sistemas públicos, redistribuyendo el poder y los recursos y exigiendo que los sistemas de salud rindan cuentas ante las personas a las que sirven.

Conseguir una «salud para todas las personas» requiere una transformación centrada en la justicia. Se deben transformar las estructuras, normas y relaciones de poder que determinan la salud de qué personas es importante, qué conocimientos son relevantes, quién toma las decisiones y a quién se deja atrás. Los sistemas de salud feministas ofrecen una hoja de ruta para esta transformación; priorizan la dignidad, el cuidado, la autonomía corporal, la igualdad, una voz colectiva y el liderazgo de las mujeres, las niñas, las personas de género diverso, el personal sanitario y las comunidades marginalizadas.⁵

Basada en la declaración de Melbourne, esta carta insta a los Estados y al ecosistema global más amplio de salud e igualdad de género a rediseñar los sistemas de salud como bienes públicos esenciales para el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos. Exige sistemas de salud que hagan frente a las desigualdades, defiendan los derechos y satisfagan las necesidades de todas las personas, sobre todo de las que suelen ser excluidas de la atención sanitaria y la toma de decisiones.

¿Qué implica contar con un enfoque feminista en los sistemas de salud?⁶

Un enfoque feminista en los sistemas de salud prioriza los derechos humanos, la justicia de género, la interseccionalidad y la rendición de cuentas pública. Reconoce que en la salud no solo repercuten sus servicios, sino también el poder, es decir, quién puede acceder a la atención sanitaria, qué conocimientos son válidos, cómo se distribuyen los recursos y qué cuerpos y vidas son dignos de protección.

Los sistemas de salud feministas protegen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que incluye la salud y los derechos sexuales y reproductivos integrales y la autonomía corporal.⁷ Ofrecen una atención respetuosa, compasiva y centrada en las personas a lo largo de la vida. Abordan los determinantes sociales y estructurales de la salud, como la desigualdad de género, el racismo, la pobreza, el capacitismo, el colonialismo, la violencia, la injusticia climática, la situación migratoria y la discriminación por la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales.

Los sistemas de salud feministas se diseñan con y para las personas más afectadas por la injusticia. Redistribuyen el poder, los recursos y la toma de decisiones para ponerlos en manos de las comunidades, la sociedad civil, los movimientos feministas y el personal sanitario. Acaban con las estructuras opresivas coloniales, patriarcales, racistas, capacitistas y de otro tipo en la gobernanza, la financiación, la investigación, el cuidado y la generación de conocimientos en el sector de la salud. Garantizan un acceso universal y equitativo a cuidados, medicamentos y tecnologías sanitarias de calidad.

Además, ponen en valor a las personas que hacen posible la atención sanitaria. Por lo tanto, abordan la brecha salarial de género, reconocen el trabajo de cuidados remunerado y no remunerado, protegen y compensan adecuadamente al personal sanitario y velan por que las mujeres y las personas marginalizadas que trabajan como personal sanitario puedan liderar e influir en los sistemas en los que trabajan.⁸

Principios feministas para los sistemas de salud

El derecho a la salud

Los sistemas de salud se sustentan sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Están diseñados para ofrecer una atención integrada y centrada en las personas a lo largo de la vida.⁹

Llamamiento a la acción sobre las obligaciones de los Estados

Los Estados deben respetar, proteger y garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental¹⁰ consagrandos estos derechos en la legislación,¹¹ garantizando el acceso universal a la información y a servicios integrales y velando por una atención sanitaria participativa y centrada en las personas.¹²

Interseccionalidad y determinantes estructurales de la salud¹³

Los sistemas de salud reconocen el género como un determinante estructural de la salud y abordan los sistemas solapados de opresión que determinan el acceso a la atención sanitaria, como la raza, la etnia, la clase, la discapacidad, la edad y la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales.¹⁴ Eliminan los obstáculos a la autonomía corporal, la información y los servicios, dan prioridad a las personas más afectadas y garantizan que la investigación y los datos reflejen sus realidades.¹⁵ Los sistemas de salud son transformadores de género, es decir, cuestionan las estructuras de poder y las normas que generan desigualdades sanitarias, redistribuyen los recursos y las oportunidades y velan por la representación igualitaria y la toma de decisiones a todos los niveles.¹⁶

Los Estados deben otorgar reconocimiento jurídico a las formas de discriminación entrelazadas con base en la raza, la etnia, la clase, la discapacidad, la edad y la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales, además de su impacto negativo conjunto sobre la salud.¹⁷ Los Estados deben prohibir la discriminación y adoptar y aspirar a políticas y programas diseñados para evitar que ocurra.¹⁸ Los Estados deben adoptar enfoques transformadores de género que, de forma activa, cuestionen y cambien las normas de género, las estructuras de poder y las expresiones de masculinidad perniciosas que limitan el acceso a la salud, exacerban los riesgos de salud y perpetúan las desigualdades en la salud de los sistemas sanitarios.¹⁹

Anticolonialismo y descolonialismo

Los sistemas de salud son anticoloniales y descoloniales²⁰ en la gobernanza y la práctica. Reconocen el colonialismo y el racismo como formas de discriminación vinculadas al control patriarcal, la opresión y el control de la sexualidad.²¹ Hacen un esfuerzo constante por erradicar y no reproducir las estructuras de poder colonial.²²

Los Estados deben reconocer y dar respuesta al colonialismo y el racismo como formas de discriminación, lo que incluye los legados persistentes de las estructuras coloniales y extractivas de los sistemas de salud.²³ Los Estados deben eliminar las barreras emanadas del colonialismo y el racismo reformando la legislación, las políticas, la financiación y las estructuras de gobernanza para dar prioridad al liderazgo, el conocimiento local y la autoridad para tomar decisiones de las comunidades afectadas, los pueblos indígenas y las personas más afectadas por las desigualdades coloniales en la salud.²⁴

Atención sanitaria respetuosa y centrada en las personas a lo largo de la vida

Los sistemas de salud garantizan una atención sanitaria oportuna, compasiva y centrada en las personas a lo largo de la vida. Dan respuesta a las necesidades, derechos, dignidad, capacidades cambiantes y agencia de las personas en cada fase de sus vidas, desde la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta y la vejez.²⁵ Eliminan las barreras estructurales y jurídicas, inclusive los requisitos de autorización de terceras personas, que obstaculizan el acceso a la atención sanitaria.²⁶

Los Estados deben respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud a lo largo de la vida velando por prestar servicios de salud accesibles, asequibles, aceptables y de calidad para todas las personas en todas las etapas vitales.²⁷ Esto incluye velar por la prestación de servicios adaptados a la edad, con perspectiva de género y basados en derechos, que van desde la educación sexual integral y la atención centrada en la adolescencia, pasando por los servicios de salud materna, neonatal, sexual y reproductiva hasta la atención para las personas mayores, como la salud mental y los cuidados a largo plazo. Los Estados deben respetar, proteger y garantizar el derecho a una atención respetuosa y digna a lo largo de la vida y velar por que todas las personas tengan acceso a servicios que promuevan la dignidad, la privacidad, el consentimiento informado y estén libres de perjuicio, coacción y violencia en todos los contextos sanitarios.²⁸

Salud y derechos sexuales y reproductivos²⁹

Los sistemas de salud defienden la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía corporal y el derecho de todas las personas a una toma de decisiones libre e informada sobre su sexualidad y reproducción.³⁰ Ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva integrales, confidenciales, basados en derechos y centrados en las personas a lo largo de toda la vida que están libres de coacción, discriminación, estigma y violencia.³¹ Prestan una especial atención a la adolescencia, que se enfrenta a graves obstáculos, como la criminalización, el estigma, los requisitos de autorización de terceras personas y la negación de la confidencialidad de la atención. Los sistemas de salud deben diseñarse con y para las personas jóvenes en calidad de titulares de derechos respetando sus capacidades cambiantes, su agencia y su derecho a una toma de decisiones informada.³² Deben acabar con los obstáculos estructurales, jurídicos y sociales para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, adecuación y alta calidad de los servicios para todas las personas.³³

Los Estados deben respetar, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos velando por el acceso universal a servicios, información y educación integrales y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva y por la autonomía, el consentimiento informado y la no discriminación en todos los aspectos de la atención a lo largo de la vida.³⁴ Los Estados deben garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva sean confidenciales, se basen en derechos y estén libres de coacción, discriminación, estigma y violencia en todos los contextos sanitarios.³⁵ Los Estados deben garantizar el derecho de la adolescencia al acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva sin autorización de terceras personas, con lo que deben velar por que los sistemas de salud se diseñen con y para las personas jóvenes en calidad de titulares de derechos y respeten sus capacidades cambiantes, su agencia y su derecho a una toma de decisiones informada.³⁶ Los Estados deben poner fin a todas las barreras estructurales, jurídicas y sociales a la atención de salud sexual y reproductiva, inclusive la criminalización, y velar por la disponibilidad, accesibilidad, adecuación y alta calidad de los servicios para todas las personas, sobre todo para las que han de hacer frente a diversas formas de discriminación entrelazadas.³⁷

Justicia para las personas con discapacidad

Los sistemas de salud son accesibles, inclusivos y se sustentan sobre el diseño universal. Garantizan que las personas con discapacidad, sobre todo las niñas y las mujeres con discapacidad que hacen frente a diversas formas de discriminación entrelazadas, pueden disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental sin discriminación alguna.³⁸ Aquí se incluyen las instalaciones, el transporte, la información y la comunicación accesibles, la interpretación en lengua de signos, los formatos accesibles y las tecnologías de apoyo, los ajustes razonables, los servicios específicos de atención a la discapacidad, los cuidados de salud mental integrales y el apoyo a la autonomía, el consentimiento libre e informado y el pleno respeto de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.³⁹

Los Estados deben garantizar que los sistemas de salud se diseñen de conformidad con el diseño universal y sean plenamente accesibles en la práctica, lo que incluye unas infraestructuras, información, comunicación y servicios digitales accesibles, además de la interpretación en lengua de signos y otros elementos coadyuvantes a la comunicación.⁴⁰ Los Estados deben garantizar el acceso equitativo a la misma selección, calidad y estándar de atención sanitaria, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva, los servicios específicos de atención a la discapacidad y los servicios de salud mental integrales.⁴¹ Los Estados también deben respetar la autonomía, voluntad y preferencias de las personas con discapacidad, garantizar el consentimiento libre e informado y defender la capacidad jurídica en condiciones de igualdad con el resto de las personas a través de una toma de decisiones adecuada.⁴²

Salud mental

Los sistemas de salud contemplan la salud mental y el bienestar psicosocial como elementos esenciales del derecho a la salud.⁴³ Abordan los detonantes estructurales del malestar, como la desigualdad de género, la violencia, la pobreza y la discriminación, a la vez que garantizan una atención de calidad, comunitaria y basada en derechos.⁴⁴

Los Estados deben establecer el derecho a la salud mental como un componente esencial del derecho a la salud e integrar unos servicios accesibles, de calidad y basados en derechos en los sistemas de salud que estén libres de discriminación, coacción y abuso.⁴⁵ Los Estados deben atajar los determinantes sociales que repercuten en el bienestar mental, inclusive la desigualdad de género, la violencia y la pobreza.⁴⁶

Conflictos, crisis y emergencias humanitarias

Los sistemas de salud son neutrales, imparciales, se basan en los derechos y son capaces de permanecer funcionales y accesibles en contextos de conflicto armado, ocupación, asedio y genocidio.⁴⁷ Las instalaciones médicas, el personal sanitario y el personal humanitario gozan de protección de conformidad con el derecho internacional humanitario y nunca deben ser objeto de ataques.⁴⁸ La desviación de fondos públicos a la militarización socava el derecho a la salud y perjudica de forma desproporcionada a las niñas, las mujeres y las comunidades marginalizadas que más dependen de los sistemas de salud.⁴⁹ Los sistemas de salud abordan de forma activa las dimensiones de género de los conflictos, como la violencia sexual y de género, la violencia reproductiva y la destrucción de los servicios de salud sexual y reproductiva, que el derecho internacional humanitario define como crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad.⁵⁰

Los Estados deben velar por que los sistemas de salud permanezcan funcionales, accesibles e imparciales en contextos de conflictos armados, ocupación, asedio y emergencias humanitarias, a la vez que cumplen con sus obligaciones básicas vinculadas al derecho a la salud.⁵¹ Los Estados deben respetar y proteger las instalaciones médicas, al personal sanitario y al personal humanitario y exigir responsabilidades en caso de ataques o cualquier otra vulneración del derecho internacional humanitario y del derecho internacional de los derechos humanos.⁵² Los Estados deben velar por que el gasto militar no ponga en riesgo los recursos necesarios para el disfrute del derecho a la salud.⁵³ Los Estados también deben garantizar que los sistemas de salud abordan las dimensiones de género de los conflictos, inclusive la violencia sexual y de género, la violencia reproductiva y la perturbación o destrucción de los servicios de salud sexual y reproductiva, además de velar por la rendición de cuentas cuando estas supongan vulneraciones del derecho internacional de los derechos humanos, el derecho internacional humanitario o el derecho penal internacional.⁵⁴

Personas refugiadas, desplazadas internas, migrantes y apátridas

Los sistemas de salud son inclusivos, tienen base en los derechos y están libres de discriminación. Garantizan un acceso equitativo a los servicios de salud para todas las personas desplazadas, migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas y apátridas con independencia de su condición jurídica, nacionalidad o documentación.⁵⁵

Los Estados deben garantizar que los sistemas de salud ofrecen un acceso equitativo y no discriminatorio a los servicios de salud para todas las personas desplazadas, migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas y apátridas con independencia de su condición jurídica, nacionalidad o documentación mediante la eliminación de todos los obstáculos al acceso y la aplicación de un enfoque con perspectiva de género durante todo el ciclo de desplazamiento que identifique y dé respuesta a las necesidades específicas de las mujeres, las niñas y las personas de género diverso,

Personas refugiadas, desplazadas internas, migrantes y apátridas (cont.)

Reconocen y dan respuesta a las necesidades específicas de las mujeres, las niñas y las personas de género diverso en movimiento, inclusive los riesgos de persecución por razón de género, la violencia sexual y de género, la trata y la negación del acceso a los servicios de salud reproductiva.⁵⁶ Los sistemas de salud garantizan que las mujeres migrantes tienen acceso a los servicios de salud esenciales, inclusive los cuidados de salud sexual y reproductiva, libres de discriminación, explotación y represalias.⁵⁷

lo que incluye la persecución por razones de género, la violencia sexual y de género, la trata y la negación del acceso a los servicios de salud reproductiva.⁵⁸ Los Estados deben garantizar que las mujeres migrantes, inclusive las trabajadoras indocumentadas, tengan acceso a los servicios de salud esenciales y a una salud y unos derechos sexuales y reproductivos libres de discriminación, explotación y represalias, garantizando la atención de urgencia con independencia de la situación migratoria.⁵⁹

Justicia climática y ambiental

Los sistemas de salud se basan en la justicia climática, aplican una perspectiva de género y son resilientes. Anticipan y dan respuesta a los peligros relacionados con el clima y el medio ambiente,⁶⁰ abordan los impactos desproporcionados sobre las comunidades marginalizadas⁶¹ y velan por que los servicios esenciales y de salud y derechos sexuales y reproductivos sigan siendo accesibles, de alta calidad y se presten de la misma forma durante las crisis relacionadas con el clima.⁶²

Los Estados deben garantizar que las comunidades afectadas, sobre todo las mujeres y las niñas, y el personal sanitario participan de forma equitativa y significativa en el diseño y seguimiento de la respuesta climática. Asimismo, los Estados deben velar por que todas las políticas, leyes, planes, programas, partidas presupuestarias y actividades relacionadas con el clima y los desastres se sustenten sobre los derechos humanos y la igualdad y prioricen a los grupos de mujeres y niñas más marginalizados.⁶³ Los Estados deben garantizar la continuación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante las crisis climáticas y deben incluir a las mujeres y las comunidades marginalizadas en toda la preparación, planificación y respuesta ante los desastres.⁶⁴

Personal sanitario

Los sistemas de salud reconocen las contribuciones esenciales de una fuerza laboral conformada principalmente por mujeres, lo que incluye a las parteras, enfermeras y doctoras, trabajadoras sanitarias comunitarias, trabajadoras sanitarias informales y estudiantes, a la prestación de los servicios de salud. Se apoya, empodera, protege y remunera de forma adecuada al personal sanitario, que puede acceder a una educación y formación de calidad y participar de forma significativa en la toma de decisiones a todos los niveles.⁶⁵ Los sistemas de salud abordan las barreras de género del sector de la salud y la economía del cuidado, como la desigualdad salarial, la infrarrepresentación en los puestos de liderazgo, la discriminación y la infravaloración de las labores sanitarias y de cuidados remuneradas y no remuneradas.⁶⁶

Los Estados deben garantizar que todo el personal sanitario, lo que incluye a las parteras, enfermeras y doctoras, trabajadoras sanitarias comunitarias, trabajadoras sanitarias informales, estudiantes y jóvenes, tengan salarios dignos, unas condiciones de vida dignas, unas condiciones de trabajo seguras y un horario laboral razonable.⁶⁷ Los Estados deben abordar las brechas de género en los puestos de liderazgo y los salarios, velar por la participación significativa del personal sanitario en las decisiones sobre los sistemas de salud y garantizar la igualdad de oportunidades.⁶⁸ Los Estados también deben asegurar el acceso de las personas provenientes de comunidades rurales y marginalizadas a los programas educativos profesionales sobre salud que impartan modalidades de estudio que se ajusten a sus necesidades.⁶⁹

Cobertura sanitaria universal y financiación de la salud

Los sistemas de salud garantizan la cobertura sanitaria universal, por lo que velan por la disponibilidad, accesibilidad, adecuación y calidad de los servicios de salud, inclusive los servicios integrales de salud y derechos sexuales y reproductivos⁷⁰, para todas las personas con independencia de su género, raza, edad, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales, discapacidad, situación migratoria o estatus socioeconómico.⁷¹ Los sistemas de salud se financian de forma equitativa para que los recursos se recauden, asignen y empleen en pro de la eliminación de las barreras económicas, la priorización de las comunidades marginalizadas tradicionalmente y la promoción de una atención universal integral basada en los derechos.⁷²

Los Estados deben prestar una cobertura sanitaria universal que garantice el disfrute del derecho a la salud, inclusive a unos cuidados de salud sexual y reproductiva integrales disponibles, accesibles, adecuados y de calidad.⁷³ Los Estados deben eliminar los obstáculos financieros y no financieros al acceso a los servicios de salud, inclusive a los servicios de salud sexual y reproductiva; ampliar la cobertura; aumentar los recursos disponibles para la atención, y garantizar la prestación de servicios con perspectiva de género que aborden las diversas formas entrelazadas de discriminación.⁷⁴ En aras de cumplir su obligación de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud y a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, los Estados deben velar por una financiación equitativa de la salud con servicios asequibles para todas las personas usando el máximo de recursos a su disposición, asignando partidas de recursos adecuadas para la salud de las mujeres en comparación con la de los hombres y priorizando la atención preventiva y primaria que beneficie al conjunto de la población.

Metodología

Esta carta se sustenta sobre el derecho internacional de los derechos humanos, que tiene fuerza vinculante. Todos los principios se han definido tras la revisión de una lista no exhaustiva de tratados e interpretaciones autorizadas, con la que se han identificado los requisitos básicos de los sistemas de salud y se han articulado usando una perspectiva feminista e interseccional. Las obligaciones de los Estados emanan de la formulación de los tratados y se alinean con cada uno de los principios. Este enfoque traduce los compromisos jurídicos existentes en estándares concretos aplicables a los sistemas de salud feministas.

Los principios se sustentan sobre **marcos de derechos humanos internacionales básicos** y sus interpretaciones autorizadas. En los casos en los que un principio no está incluido en este marco, este emana de un instrumento paralelo jurídicamente vinculante o de un instrumento no vinculante, pero con autoridad política, como una declaración, un acuerdo o una resolución. Esta es una lista de principios no exhaustiva, por lo que es posible seguir desarrollando subprincipios y cuestiones emergentes.

El derecho a la salud, a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y a la salud mental se consideran aplicables a lo largo de la vida siguiendo el marco de la OMS de aplicación en la práctica de un enfoque centrado en todas las etapas de la vida. Este enfoque abarca todas las etapas vitales y prioriza a la persona en vez de solo al servicio o intervención prestados. Asimismo, la carta se basa en la definición de salud y derechos sexuales y reproductivos de la Comisión Guttmacher-Lancet, una descripción exhaustiva y basada en los derechos de la salud sexual y reproductiva a lo largo de la vida. Esta definición constituye un marco interpretativo que permite que la carta aborde cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos que no se mencionan de forma explícita en sus principios.

La carta se ha creado de forma colaborativa por un consorcio multidisciplinar de personas activistas por la igualdad de género y los derechos humanos, personal sanitario y profesionales de la investigación sobre los sistemas de salud. Ha pasado por un exhaustivo proceso de revisión por pares realizado por más de dos docenas de personas socias del consorcio. Además, una actividad virtual de validación comunitaria a la que asistieron varios cientos de personas, como personas investigadoras, parteras, activistas, gestoras de programas y asesoras de políticas, también contribuyó a pulir el documento. La carta concibe a los movimientos feministas e interseccionales como esenciales para el diseño, promoción y perdurabilidad de la transformación de los sistemas de salud, inclusive a través de la agencia colectiva, el desarrollo de movimientos, el espacio cívico, la rendición de cuentas y la resistencia a los retrocesos.

Agradecimientos

La carta es uno de varios activos emanados del proyecto Crear sistemas de salud feministas coordinado por Women Deliver, la campaña PUSH gestionada por la Confederación Internacional de Matronas, el Departamento Heilbrunn de Población y Salud Familiar de la Facultad Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia y el Thematic Working Group on Gender and Health Systems de Health Systems Global. Es un producto especializado centrado en los aspectos relacionados con la salud global de la declaración de Melbourne.

Agradecemos a Kinza Hasan de Women Deliver y a Merette Khalil de la Confederación Internacional de Matronas la redacción y edición de la carta y damos las gracias a las colaboradoras del proyecto Nicole Haberland de la Universidad de Columbia y Anna Kalbarczyk de Health Systems Global por sus contribuciones durante el desarrollo de la carta. Asimismo, agradecemos a Rachel Elliott de Women Deliver su labor de apoyo a la edición.

Gracias a quienes participaron en la consulta comunitaria virtual organizada por la campaña PUSH y personas socias del proyecto del 24 de marzo de 2026 y compartieron sus comentarios para orientar el marco y el desarrollo de la carta. Además, queremos agradecer la labor de revisión por partes de las siguientes personas, cuya pericia y contribuciones han contribuido a la mejora de este documento: Nana Abuelsoud (Realizing Sexual and Reproductive Justice), Norhan Bader (Center for Development Services-MENA), Stephanie Baric (Women in Global Health), Ana Baretto (Liberia), Floriane Borel (Instituto Guttmacher), Paola Salwan Daher (Women Deliver), Daniela Drandic (Confederación Internacional de Matronas), Lewis Emmerton (SheDecides), Julia Fan (Women Deliver), Eunice Garcia (Women Deliver), Kate Hawkins (Pamoja Communications Ltd), Savannah Russo (Kinaura Partners), Nihal Said (Federación Internacional de Planificación Familiar), Pratishtha Singh (The George Institute for Global Health) y Swetha Sridhar (Fos Feminista).



**CARTA DE LOS
SISTEMAS
DE SALUD FEMINISTAS**

Notas y referencias

Página 2

1 La carta se basa en la definición de salud y derechos sexuales y reproductivos de la Comisión Guttmacher-Lancet, una descripción exhaustiva y basada en los derechos de la salud sexual y reproductiva a lo largo de la vida. Esta definición constituye un marco interpretativo que permite que la carta aborde cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos que no se mencionan de forma explícita en sus principios.

Página 3

2 Eger, H.; Chacko, S.; El-Gamal, S.; Gerlinger, T.; Kaasch, A.; Meudec, M., et al. (2024), Towards a feminist global health policy: power, intersectionality, and transformation. PLOS Global Public Health. 4(3):e0002959. Abimbola, S., y Pai, M. (2020), Will global health survive its decolonisation? The Lancet.

396(10263):1627-1628. Mofokeng, T. (2025), Reclaiming sexual and reproductive rights through a decolonial lens. Health and Human Rights. 27(1):91.

3 Kentikelenis, A., y Rochford C. (2019), Power asymmetries in global governance for health: a conceptual framework for analyzing the political-economic determinants of health inequities. Global Health. 15(Suppl. 1):70, DOI: 10.1186/s12992-019-0516-4. Morgan, R.; Ayiasi, R. M.; Barman, D., et al. (2018), Gendered health systems: evidence from low- and middle-income countries. Health Research Policy and Systems.

16(1):58, DOI: 10.1186/s12961-018-0338-5.

4 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del 16 de diciembre de 1966, artículo 12 (en adelante, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, artículo 12), UN Doc. E/C.12/2000/4 (en adelante, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, artículo 12. UN Doc. E/C.12/GC/22 (en adelante, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22).

5 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14.

Página 4

6 La carta presenta una definición operativa de los sistemas de salud feministas creada en colaboración con comunidades feministas y de los ámbitos de la salud y la igualdad de género que estará en constante revisión con base en el aprendizaje colectivo, la incidencia y la implantación.

7 Starrs, A. M.; Ezeh, A. C.; Barker, G., et al. (2018), Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. The Lancet. 391(10140):2642-2692, DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9.

8 Eger, H. (2023), Feminist Global Health Policy: Addressing Health Inequalities through an Intersectional Perspective. Springer. ISBN: 978-3-658-43497-7.

Notas y referencias

Página 5

9 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 21; Organización Mundial de la Salud (2016), Framework on integrated, people-centred health services. UN Doc. A69/39, párrafos 14 y 15; Nabyonga-Orem, J., y Asamani, J. A. (2022), Ensuring the right to health along the life course. The Lancet Global Health. 10(12):e1689-e1690.

10 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafos del 1 al 5; Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 89.

11 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafos 33 y 36-37.

12 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1999), Recomendación general núm. 24 sobre la mujer y la salud, artículo 12. UN Doc. A/54/38/Rev.1., párrafo 31(a) (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 24); Organización Mundial de la Salud (2016), Framework on integrated, people-centred health services. UN Doc. A69/39, párrafos 14 y 15.

13 Empleamos el adjetivo «estructural» porque estos determinantes operan a nivel macro y no se pueden modificar mediante conductas individuales. Se forman en función de la asignación de los recursos, el poder, el prestigio y la discriminación en la sociedad, lo que deriva en la estratificación social. Consulte Solar, O., y Irwin, A. (2010), A conceptual framework for action on the social determinants of health, WHO Discussion Paper. Los determinantes sociales y estructurales de la salud engloban en este caso a los determinantes comerciales, lo que incluye al sector privado, las fuerzas del mercado y las prácticas corporativas que influyen en los resultados de salud de conformidad con la definición de determinantes comerciales de la Organización Mundial de la Salud y la serie sobre los determinantes comerciales de la salud de The Lancet. La Organización Mundial de la salud cuenta con un marco fundacional sobre igualdad en la salud a través de la acción sobre los determinantes sociales disponible para su consulta.

14 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2009), Observación general núm. 20 relativa a la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, artículo 2, párrafo 2. UN Doc. E/C.12/GC/20, párrafo 32 (en adelante, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 20); Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2019), Nacidos libres e iguales: orientación sexual, identidad de género y características sexuales en el derecho internacional de los derechos humanos. Segunda edición. Nueva York y Ginebra: ACNUDH.

15 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, artículos 5(a) y 12; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 24, párrafos 6, 9, 12b y 14; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafos 8, 27 y 30.

16 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 28, párrafo 18; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 20, párrafo 32.

17 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 28, párrafo 18.

18 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafos 8, 27 y 30.

19 Mehjabeen, D.; Patel, K.; Jindal, R. M. (2025), Decolonizing global health: a scoping review. BMC Health Services Research. 25(1):828, DOI: 10.1186/s12913-025-12890-8.

Notas y referencias

Página 6

20 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 20, párrafos del 7 al 9; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 39, párrafos 20, 24 y 30; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 1; Asamblea General de las Naciones Unidas (2007), Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, artículo 23. UN Doc. A/RES/61/295 (en adelante, Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas); Asamblea General de las Naciones Unidas (2021), Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng. Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19, UN Doc. A/76/172.

21 Barcham, M. (2022), Decolonizing public healthcare systems: designing with Indigenous Peoples. *She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation*. 8(4):454-472, DOI: 10.1016/j.sheji.2022.10.004;

Asamblea General de las Naciones Unidas (2021), Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng. Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19, UN Doc. A/76/172.

22 Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (2024), Recomendación general núm. 37 relativa a la igualdad y al derecho a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, artículo 5(e)(iv), UN Doc. CERD/C/GC/37, párrafo 1 (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general núm. 37); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2022), Recomendación general núm. 39 sobre los derechos de las mujeres y las niñas indígenas. UN Doc. CEDAW/C/GC/39, párrafos 7, 20, 24 y 30) (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 39); Asamblea General de las Naciones Unidas (2022), Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng. El racismo y el derecho a la salud, UN Doc. A/77/197; Asamblea General de las Naciones Unidas (2021), Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng. Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19. UN Doc. A/76/172.

23 Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, artículo 23; Organización Mundial del Trabajo (adoptado el 27 de junio de 1989, entrada en vigor el 5 de septiembre de 1991), Convenio núm. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Art. 2. 1650 UNTS 383 (en adelante, Convenio núm. 169 de la OIT).

24 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 24, párrafo 2; Organización Mundial de la Salud (2025), Framework to implement a life course approach in practice. Ginebra: OMS, ISBN: 978-92-4-011257-5; White Ribbon Alliance (2019), Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Women and Newborns. Washington, D. C.: White Ribbon Alliance.

25 Organización Mundial de la Salud (2025), Framework to implement a life course approach in practice. Ginebra: OMS, ISBN: 978-92-4-011257-5.

26 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14

27 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 24, párrafo 2; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículos 7 y 17.

28 Starrs, A. M.; Ezech, A. C.; Barker, G., et al. (2018), Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet*. 391(10140):2642-2692, DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9.

Notas y referencias

Página 7

29 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafo 1; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, artículo 16; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafos del 5 al 7 y del 13 al 17; Organización Mundial de la Salud (2016), Framework on integrated, people-centred health services. UN Doc. A69/39, párrafos 14 y 15; Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer (1995), Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. UN Doc. A/CONF.177/20/Rev.1, párrafos 94 a 96) (en adelante, Plataforma de Acción de Beijing).

30 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafo 5.

31 Comité de los Derechos del Niño, artículos 12 y 14; Comité sobre los Derechos del Niño (2016), Observación general núm. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, UN Doc. CRC/C/GC/20, párrafos 11, del 18 al 20 y 59 (en adelante, Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 20); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafos 18, 28, 30, 44, 48 y 49(f); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 24, párrafo 23.

32 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 12;

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafo 49(c).

33 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafo 33.

34 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículos 7 y 17; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 24.

35 Comité sobre los Derechos del Niño, Observación general núm. 20; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafo 40.

36 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafos 34 a 36; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, artículo 2.

37 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (25 de noviembre de 2016). Observación general núm. 3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, artículo 6. UN Doc. CRPD/C/GC/3, párrafo 2 (en adelante, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general núm. 3); Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (13 de diciembre de 2006), artículo 25 (en adelante, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

Página 8

38 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 25 (a, b, d); Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general núm. 3, párrafos 2 y 64b.

39 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (9 de diciembre de 1994), Observación general núm. 5 relativa a las personas con discapacidad. UN Doc. E/1995/22, párrafo 34 (en adelante, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 5).

40 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 25.

41 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 25 (a, b, d).

42 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12.

43 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículos 19 y 25.

44 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Asamblea General de las Naciones Unidas (17 de diciembre de 1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. UN Doc. A/RES/46/119 (principios 1.3 y 1.4).

45 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 11;

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 28, párrafo 18.

46 Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (3 de mayo de 2016). Resolución 2286 relativa a la protección de la atención médica en los conflictos armados. UN Doc. S/RES/2286 (en adelante, Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Resolución 2286).

Notas y referencias

Página 9

47 Ibid.

48 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, 18 de octubre de 2013, UN Doc. CEDAW/C/GC/30, párrafos 50-51 y 52 c-d (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 30); Secretario General de las Naciones Unidas, António Guterres (9 de septiembre de 2025). The Security We Need: Rebalancing Military Spending for a Sustainable and Peaceful Future. Oficina de Asuntos de Desarme de las Naciones Unidas.

49 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafo 30; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 34; Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (17 de julio de 1998), artículo 8, 2187 UNTS 90 (en adelante, Estatuto de Roma). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 30, párrafo 35.

50 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 34; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 30, párrafo 2; Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Resolución 2286.

51 Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Resolución 2286.

52 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 30, párrafos 50-51 y 52 c-d.

53 Estatuto de Roma, artículo 8. Crímenes de guerra; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 30, párrafo 35.

54 Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (2004), Recomendación general núm. 30 relativa a la discriminación contra los no ciudadanos, UN Doc. CERD/C/64/Misc.11/rev.3, párrafo 36 (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general núm. 30); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 20, párrafo 30; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2014), Recomendación general núm. 32 sobre las dimensiones de género del estatuto de refugiada, el asilo, la nacionalidad y la apatridia de las mujeres, párrafo 7, UN Doc. CEDAW/C/GC/32 (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 32); Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional para las Migraciones y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2013). International Migration, Health and Human Rights.

Página 10

55 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 32, párrafos 8, 11, del 14 al 15 y 34.

56 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (5 de diciembre de 2008), Recomendación general núm. 26 sobre las trabajadoras migratorias. UN Doc. CEDAW/C/2009/WP.1/R (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 26).

57 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 20, párrafo 30; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 32, párrafos 7, 11, y del 14 al 15; Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general núm. 30, párrafos 7, 29, y 36.

58 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 26; Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general núm. 30, párrafo 34; Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares (18 de diciembre de 1990), artículo 28 (en adelante, Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares).

59 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párrafo 11.

Notas y referencias

Página 10 (cont.)

60 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, artículo 2; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (16 de octubre de 2010), Recomendación general núm. 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, UN Doc. CEDAW/C/GC/27, párrafo 25 (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 27).

61 Organización Mundial de la Salud, Proyecto de plan de acción mundial sobre cambio climático y salud, 15 de mayo de 2025, UN Doc. A78/4 Add. 2, 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, punto 18.3 del orden del día provisional; Acuerdo de París del 22 de abril de 2016, Art. 7(5) (en adelante, Acuerdo de París).

62 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (7 de febrero de 2018), Recomendación general núm. 37 sobre las dimensiones de género de la reducción del riesgo de desastres en el contexto del cambio climático, UN Doc. CEDAW/C/GC/37, párrafo 8 (en adelante, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 37).

63 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 40; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 37, párrafo 26.

64 Organización Mundial de la Salud (2016). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Ginebra: OMS (p. 18). ISBN: 978-92-4-151113-1.

Página 11

65 Organización Mundial de la Salud (2019). Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce. Human Resources for Health Observer Series No. 24. Ginebra: OMS; Organización Mundial de la Salud (2016). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Ginebra: OMS. ISBN: 978-92-4-151113-1.

66 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 7; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 23.

67 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 17; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 7(c); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, artículo 11.

68 Organización Mundial de la Salud (2016). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Ginebra: OMS (p. 18). ISBN: 978-92-4-151113-1.

69 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafos del 7 al 10.

70 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafos del 18 al 27.

71 Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 78/4 sobre salud mundial y política exterior, 16 de octubre de 2023, UN Doc. A/RES/78/4, párrafos 4, 36, 47, 83, 85, 87 y del 88 al 90; Organización Mundial de la Salud (27 de mayo de 2025). Resolución WHA78.12 sobre el fortalecimiento de la financiación de la salud en todo el mundo. Asamblea Mundial de la Salud núm. 78 (punto 13.3 del orden del día).

72 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafo 30; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Overview on Universal Health Coverage and the Right to Health; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafos del 12 al 21.

73 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafo 31. Asamblea General de las Naciones Unidas (16 de octubre de 2023). Resolución 78/4 sobre salud mundial y política exterior. UN Doc. A/RES/78/4, párrafos 4, 36, 47, 83, 85, 87 y del 88 al 90; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, párrafos del 30 al 32; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (19 de junio de 2023). Overview on Universal Health Coverage and the Right to Health.

74 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, párrafos 12b y 19; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 24, párrafo 30.