

DERECHOS REPRODUCTIVOS:

Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados

CENTRO
DE
DERECHOS
REPRODUCTIVOS



¿Qué es la herramienta para el monitoreo?*

Esta herramienta permite a los expertos que supervisan el cumplimiento de las normas jurídicas internacionales de derechos humanos evaluar el cumplimiento de las obligaciones específicas de los Estados en materia de derechos reproductivos.

En primer lugar, este documento expone las obligaciones que el derecho internacional y regional de los derechos humanos impone a los Estados en materia de derechos reproductivos, entre ellas las obligaciones relativas a **la no discriminación, la información y los servicios anticonceptivos, el embarazo y parto sin riesgos, la atención pre- y post-aborto, la educación sexual integral, el derecho de la mujer a no ser víctima de violencia y el VIH/SIDA**. A continuación, se identifican una serie de preguntas clave que los expertos en derechos humanos y los órganos de supervisión pueden usar para evaluar el grado de cumplimiento por parte del Estado con sus obligaciones.

Los estándares internacionales sobre derechos reproductivos se basan en los principales tratados de derechos humanos y evolucionan de manera constante. Como garantes de su consolidación y perfeccionamiento, los órganos internacionales creados en virtud de los tratados y los mecanismos regionales de derechos humanos juegan un papel fundamental. Esta herramienta precisa las obligaciones de los Estados conforme a las actuales normas jurídicas internacionales, ciñéndose a la interpretación autorizada de los tratados de Naciones Unidas que reflejan las Observaciones Generales, las denuncias individuales y las Observaciones Finales, y a las normas desarrolladas en los informes de Procedimientos Especiales y de los organismos regionales de derechos humanos. La herramienta tiene la intención de facilitar el monitoreo del cumplimiento estatal de estas obligaciones y de apoyar su consolidación; no está pensado como un inventario exhaustivo de dichas obligaciones.

Al evaluar el cumplimiento de las obligaciones internacionales de un Estado en materia de derechos humanos, los especialistas y los órganos de supervisión deben acudir a fuentes gubernamentales y no gubernamentales para obtener información cualitativa y cuantitativa que les permita hacerse un cuadro más completo de la situación. Las preguntas que se exponen tienen por objeto guiar el análisis de la información de conformidad con la norma internacional de derechos reproductivos, y permitir que los especialistas y los órganos de supervisión extraigan conclusiones específicas y formulen recomendaciones de acción concretas.

Los derechos reproductivos son derechos humanos

Los derechos reproductivos se fundan en una serie de garantías de derechos humanos fundamentales consagradas en los instrumentos fundacionales y en los tratados internacionales y regionales sobre la materia.

Como señala la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas llevada a cabo en 1994, “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”¹.

* Documento elaborado por el Centro de Derechos Reproductivos con financiamiento y asesoría técnica de UNFPA. Las cuestiones de derechos humanos descritas en esta publicación y la metodología propuesta para evaluar el cumplimiento de los Estados sobre las mismas se basan en la jurisprudencia desarrollada por los órganos de supervisión de los tratados de Naciones Unidas. Las opiniones del autor no representan necesariamente la opinión de UNFPA.

El Programa de Acción de la Conferencia define la **salud reproductiva** como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”².

La salud sexual, por su parte, es definida como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coacción, discriminación ni violencia”³.

Doce derechos humanos fundamentales para los derechos reproductivos

Los derechos reproductivos surgen de derechos humanos consagrados y son esenciales para el goce de diversos derechos fundamentales. Los siguientes, en particular, no pueden ser desprotegidos sin garantizar el derecho de las mujeres y las adolescentes a determinar cómo y cuándo tener hijos, a controlar sus cuerpos y su sexualidad, a acceder a información y servicios básicos de salud sexual y reproductiva y a vivir libres de violencia.

- El derecho a la vida
- El derecho a la libertad y la seguridad de la persona
- El derecho a la salud
- El derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos
- El derecho a consentir al matrimonio y a la igualdad en el matrimonio
- El derecho a la privacidad
- El derecho a la igualdad y la no discriminación
- El derecho de niñas y mujeres a no ser sometidas a prácticas lesivas
- El derecho a no ser sometidas a tortura ni a tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes
- El derecho a no ser sometidas a violencia sexual y de género
- El derecho a la educación y la información
- El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico

Las obligaciones de los Estados en el derecho internacional

Al ratificar un tratado de derechos humanos, los Estados consienten en obligarse y cumplir sus disposiciones de buena fe,⁴ no pudiendo esgrimir normas del derecho interno como excusa de incumplimiento.⁵

Los Estados tienen la obligación legal de **respetar, proteger y cumplir** los derechos consagrados en estos instrumentos. Entre estas obligaciones hay restricciones a lo que pueden hacer (obligaciones negativas) y medidas que deben adoptar

(obligaciones positivas). Los Estados están obligados a disponer medidas para cumplir con sus obligaciones, en particular de tipo legislativo, debiendo informar sobre ellas y sobre los elementos de juicio por los que las consideró apropiadas para las circunstancias.⁶ Algunas obligaciones, incluyendo las relativas a derechos civiles y políticos y derechos económicos, sociales y culturales fundamentales son de aplicación inmediata, mientras que otras pueden implementarse de manera progresiva.

- El deber de *respetar* exige a los Estados no entorpecer directa o indirectamente el disfrute de los derechos reproductivos.
- El deber de *proteger* les exige impedir que los derechos reproductivos sean violados por terceros, e investigar y sancionar su infracción.
- El deber de *cumplir* les exige adoptar medidas legislativas, presupuestarias, judiciales y/o administrativas que den plena eficacia a los derechos reproductivos.

Una condición básica para cumplir con las obligaciones de respetar, proteger y cumplir es que el Estado garantice la **disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad** de la información, los bienes y los servicios de salud reproductiva que proporciona.⁷ Esto exige que la información, los bienes y los servicios cumplan con los siguientes requisitos:

- Estar *disponibles* en cantidad suficiente desde el ámbito estatal, incluyendo determinantes de la salud como el agua potable; servicios sanitarios, hospitales, clínicas y demás establecimientos de salud; personal médico y profesional capacitado, y los fármacos que exige la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS.
- Ser *accesibles* a todos, en especial a los sectores más expuestos o marginalizados de la población, de hecho y de derecho y sin discriminación por cualquiera de las causales prohibidas. Este requisito incluye:
 - El acceso físico (deben estar al alcance físico de todos los sectores de la población, incluyendo a las personas con discapacidad),
 - El acceso económico (deben ser asequibles para todos, sean públicos o privados), y
 - El acceso a la información (la población debe tener derecho a requerir, recibir e impartir información al respecto).
- Ser *aceptables*, es decir, que respeten la ética médica y la cultura de las personas, que den cuenta de las necesidades de género y del ciclo vital y que estén diseñados para respetar la confidencialidad.
- Ser de *buena calidad*, es decir, que sean médica y científicamente apropiados, lo que requiere personal médico calificado, fármacos y equipos hospitalarios vigentes y científicamente probados, agua potable y servicios sanitarios adecuados.

En esta herramienta, los factores de disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad sirven como marco de referencia para establecer las obligaciones del Estado en materia de información, bienes y servicios de salud reproductiva.

Conceptos clave

Los siguientes conceptos tienen relevancia para los aspectos temáticos abordados, y deben ser considerados en conjunto con la información y las obligaciones señaladas en cada sección.

Rendición de cuentas: Fundamental para garantizar que los Estados cumplan sus obligaciones en el ámbito de los derechos humanos. Los órganos internacionales y regionales cumplen el rol primordial de cautelar que los Estados

cumplan con las obligaciones que les imponen los instrumentos que han suscrito. Cuando un Estado incumple la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos reproductivos, los mecanismos de rendición de cuentas permiten poner en evidencia los obstáculos y subsanar el problema. Asimismo, permiten a los Estados percibir las fallas y deficiencias de políticas y programas específicos y les dan la oportunidad de corregirlos, con miras a garantizar la plena eficacia de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y adolescentes.

- o Al evaluar el cumplimiento de las obligaciones de un Estado, deberá considerarse si este cuenta con mecanismos eficaces, accesibles e independientes de control de los derechos reproductivos, así como la capacidad de esos mecanismos para hacerse cargo de los obstáculos concretos que niñas y mujeres enfrentan a la hora de ejercer sus derechos reproductivos.

Seguimiento y evaluación: El seguimiento y evaluación son fundamentales para que las políticas y programas de salud reproductiva promuevan y protejan de manera efectiva los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y adolescentes. El seguimiento y evaluación permanentes proporcionan a los gobiernos la información necesaria para identificar áreas deficitarias en materia de derechos humanos, y proporcionan a los titulares de los derechos la información necesaria para hacer efectiva la responsabilidad de los gobiernos que incumplen sus obligaciones en este sentido. Para que el seguimiento y la evaluación sean eficaces, es necesario determinar parámetros e indicadores que reflejen la eficiencia de las políticas y programas de salud reproductiva, y desglosar los datos que se hayan recogido.

- o Al evaluar el grado de cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de derechos reproductivos, deberá considerarse si este cuenta con mecanismos eficaces de seguimiento y evaluación de políticas y programas de salud sexual y reproductiva.

Indicadores: Los indicadores cuantitativos y cualitativos permiten dimensionar los niveles de salud, provisión de servicios y asignación de recursos, y cumplen un rol importante para medir los avances en materia de derechos reproductivos. También permiten hacer efectiva la responsabilidad de los Estados, poniendo por ejemplo de manifiesto problemas persistentes o ámbitos que requieren atención. Cabe advertir que, en ausencia de datos fidedignos y correctamente desglosados sobre los sistemas de salud, los indicadores no presentan un cuadro completo de la situación en materia de derechos reproductivos. La presente herramienta aporta una serie de indicadores ilustrativos de las diversas áreas temáticas que trata, conforme al marco conceptual y metodológico propuesto por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos que recomienda contar con indicadores estructurales, de procesos y de resultados. Este modelo está pensado para evaluar las medidas adoptadas por los Estados para honrar sus obligaciones, incluyendo la aceptación y el compromiso con las normas internacionales de derechos humanos (indicadores estructurales), los esfuerzos por cumplir con las obligaciones que surgen de estas normas (indicadores de proceso) y los resultados obtenidos (indicadores de resultado).⁸ Los indicadores señalados son indicativos, no exhaustivos.

- o Para cada área temática, los Estados deben recoger, analizar y difundir datos desglosados como mínimo por sexo, origen racial y étnico, edad, discapacidad, procedencia rural o urbana y condición socioeconómica. Al evaluar el grado de cumplimiento con sus obligaciones en materia de derechos reproductivos, deberá considerarse el grado de recolección y desglose de datos por parte del Estado.

Consentimiento informado: Proceso de comunicación orientado a que el paciente acceda a los procedimientos médicos de forma voluntaria, sin amenazas ni incentivos, sobre la base de información detallada a propósito de riesgos, beneficios y posibles alternativas, entregada en formatos y términos claros y comprensibles. El proceso para obtener el consentimiento informado puede ser difícil y tomar mucho tiempo, pero ello no exime al personal médico de cumplir con este criterio.⁹

- Al evaluar el cumplimiento de las obligaciones de los Estados en materia de derechos reproductivos, deberán evaluarse las normas jurídicas, políticas y prácticas relativas al consentimiento fundamentado en la entrega de bienes y servicios de salud reproductiva.

Asistencia y cooperación internacional: Ciertos instrumentos de derechos humanos¹⁰ imponen a los Estados la provisión de asistencia y cooperación internacional -concepto que abarca la ayuda económica y la asistencia técnica- dirigida a dar plena eficacia a los derechos humanos. Los Estados donantes deben privilegiar la ayuda que permita a los países más pobres cumplir con sus obligaciones básicas¹¹ y tomar medidas concretas y expresas hacia la materialización gradual de los derechos reproductivos, debiendo abstenerse de patrocinar o proponer iniciativas que comprometan dichos derechos.

- El grado de cumplimiento de la obligación de brindar asistencia y cooperación internacional por parte de los Estados, y el respeto de los derechos humanos en los programas que implementan y patrocinan, es un tema transversal, que deberá considerarse al evaluar el cumplimiento de las obligaciones de los Estados donantes en materia de derechos reproductivos.

Participación: La voz de los actores sociales debe escucharse en todas las etapas del proceso, desde el diseño y la puesta en marcha de políticas y programas hasta su posterior seguimiento y evaluación. La participación de los protagonistas –especialmente de poblaciones marginalizadas con serios obstáculos para acceder a la salud reproductiva- garantiza que la entrega de servicios responda a las necesidades y prioridades de los principales afectados.

- El grado de participación de los actores sociales es un tema transversal, que deberá considerarse al evaluar el cumplimiento de las obligaciones de los Estados en materia de derechos reproductivos.

Reparación y resarcimiento: Los Estados tienen el deber de procurar que las víctimas de violaciones a los derechos reproductivos sean resarcidas de forma oportuna e independiente, lo que incluye eliminar las barreras legales y prácticas que obstaculicen el acceso a la justicia.

- El grado en que los Estados garantizan el acceso a mecanismos eficaces de resarcimiento en caso de violación de los derechos reproductivos es un tema transversal, que deberá considerarse al evaluar el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos reproductivos.

¹ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, sept. 5-13, 1994, párr. 7.3, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [en adelante Programa de Acción de El Cairo].

² Programa de Acción de El Cairo, *supra* nota 1, párr.7.2.

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), DEFINICIÓN DE LA SALUD SEXUAL 5 (2006).

⁴ Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, art. 26, 1155 S.T.N.U. 331 (1980) [en adelante Convención de Viena].

⁵ Convención de Viena, *supra* nota 4, art. 27.

⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observación General N° 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (Art. 2, párr. 1)*, párrs. 2-4 (1990), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. 1), p. 7 (2008).

⁷ CDESC, *Observación General N° 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 12 (2000), Doc. de la ONU HRI/ GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 78 (2008) [en adelante CDESC, *Observación General N° 14*].

⁸ Informe del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Sesión Sustantiva de 2011, jul. 4-29, 2011, párr. 12, Doc. de la ONU E/2011/90 (Abr. 26, 2011); Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos, 18ª reunión de los presidentes de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, jun. 22-23, 2006, Quinta reunión de los comités que son órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, jun. 19-21, 2006, Doc. de la ONU HRI/MC/2006/7 (May. 11. 2006).

⁹ Ver, p. ej., FIGO, DIRECTRICES RELATIVAS A UN CONSENTIMIENTO BIEN INFORMADO 2007, en RECOMENDACIONES SOBRE TEMAS DE ÉTICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, 13-14 (2009).

¹⁰ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad son algunos de los instrumentos que incluyen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos por medio de la asistencia y la cooperación internacional.

¹¹ CDESC, *Observación General N° 14, supra* nota 7, párr. 45.

Al evaluar el cumplimiento de los Estados respecto de sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, debe darse una consideración especial a niñas y mujeres que se encuentran en una situación reforzada de vulnerabilidad o marginalización, en la medida en que estos individuos pueden encontrar barreras significativas para el disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior incluye, pero no está limitado a, mujeres y niñas que pertenecen a los siguientes grupos:

Adolescentes: La adolescencia es una etapa fundamental del desarrollo marcada por cambios biológicos y emocionales rápidos. Los derechos específicos de los adolescentes bajo el derecho internacional están consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce la “capacidades evolutiva” de los adolescentes para tomar decisiones sobre los asuntos que afectan su vida.¹ En el ejercicio de sus derechos reproductivos, los adolescentes enfrentan además obstáculos legales y prácticos adicionales, incluyendo el bajo status social, la falta de autonomía, la estigmatización de su sexualidad y la existencia de normas y políticas que discriminan en función de la edad o que exigen autorización parental para proveer servicios de salud reproductiva. Con frecuencia, los jóvenes no cuentan con acceso a educación en sexualidad integral y a la confidencialidad en el acceso a servicios de salud, enfrentan barreras para el acceso a anticonceptivos, y pueden ser objeto de prácticas lesivas tales como el matrimonio temprano o la mutilación genital femenina.

Mujeres migrantes:² Las mujeres migrantes encuentran distintos obstáculos legales y prácticos para acceder a servicios de salud reproductiva en el país de destino, incluyendo el idioma, el costo de los servicios y la falta de acceso a transporte. Por ejemplo, las mujeres migrantes pueden no ser elegibles para ser cubiertas bajo los esquemas nacionales de seguros de salud, lo que puede hacer que el costo de los servicios de salud reproductiva resulte prohibitivo. Las mujeres migrantes están también expuestas a prácticas discriminatorias, incluyendo exámenes obligatorios de embarazo o VIH que, en caso de ser positivos, pueden resultar en el despido del empleo o la deportación. Las mujeres migrantes embarazadas pueden enfrentarse también a situaciones de aborto forzoso, falta de acceso a servicios seguros y accesibles de salud materna y licencias de maternidad y beneficios inadecuados o inexistentes. Las mujeres migrantes pueden enfrentar también un mayor riesgo de abuso y acoso sexual, y violencia física. Las mujeres migrantes indocumentadas pueden evitar el contacto con el sistema formal de salud por miedo a la deportación y la separación de la familia si su estatus de inmigración es revelado, por lo que enfrentan un mayor riesgo a recibir servicios de salud reproductiva deficientes o de mala calidad.

Minorías, pueblos indígenas y afrodescendientes: Las minorías,³ los pueblos indígenas y los afrodescendientes pueden encontrar barreras significativas para acceder a servicios de salud, lo que con frecuencia se traduce en niveles de salud más bajos con respecto al resto de la población.⁴ Producto de la discriminación y marginalización constantes, con frecuencia estas poblaciones tienen un acceso limitado a servicios de salud reproductiva.⁵ La discriminación en contextos de atención médica puede adoptar distintas formas, incluyendo la negación rotunda a prestar atención médica, o la provisión de atención de menor calidad, lo que en ambos casos perpetúa la desconfianza y el temor de las comunidades indígenas o mujeres pertenecientes a minorías, con respecto a los establecimientos de salud.⁶ El lenguaje y las diferencias culturales, así como la geografía en el caso de zonas alejadas, pueden constituir obstáculos adicionales al acceso a servicios de salud reproductiva.⁷ La discriminación en contextos de atención médica también ha llevado a la implementación de prácticas involuntarias, tales como la esterilización forzada⁸, que violan derechos fundamentales y acentúan la desconfianza en las instituciones públicas de salud.

Personas de edad: Las personas mayores pueden enfrentar serios obstáculos para el ejercicio de su salud sexual y reproductiva, y sus necesidades específicas son a menudo desatendidas. Los mayores pueden ser excluidos de plano de los servicios de salud sexual y reproductiva, generalmente sobre la presunción equivocada de que no tienen una

vida sexual activa.⁹ Por ende, la información y servicios integrales de salud sexual para las personas mayores deben ser capaces de dar respuesta a las necesidades cambiantes de salud sexual de las personas que resultan de cambios físicos o patológicos debidos a la edad.¹⁰ Las personas mayores son excluidas con frecuencia de los programas de prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Personas con discapacidad: La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce explícitamente la obligación de los Estados de proporcionar "... programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población,"¹¹ y reconoce el derecho de las personas con discapacidad a "decidir libre y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad."¹² Sin embargo, las niñas y mujeres con discapacidad –incluyendo mujeres y niñas, con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales permanentes– son doblemente discriminadas, en razón de su discapacidad y de su género.¹³ Los servicios de salud reproductiva no están disponibles para personas con discapacidad debido a problemas de acceso físico, la falta de formatos alternativos de información y comunicación, la falta de apoyo técnico y humano relacionado con la discapacidad, el estigma y la discriminación.¹⁴ A pesar de que las personas con discapacidad tienen la misma probabilidad que las personas sin discapacidad de tener una vida sexual activa, la idea errónea de que son asexuales o incapaces de criar a un hijo está bastante extendida.¹⁵ Estas percepciones discriminatorias contribuyen a las barreras para el acceso a información y servicios sobre anticoncepción por la percepción inexacta de que las personas con discapacidad no los necesitan. Las personas con discapacidad pueden también ser sometidas a procedimientos médicos involuntarios, como la esterilización o el aborto forzoso, muchas veces con ayuda de mecanismos de subrogación tales como la curaduría.¹⁶

Mujeres y adolescentes en zonas de conflicto y post-conflicto: Las mujeres y niños constituyen más del 75% de los refugiados y desplazados por las guerras, hambrunas y catástrofes naturales en el mundo.¹⁷ Las mujeres y adolescentes desplazadas con frecuencia tienen acceso limitado a servicios de salud reproductiva¹⁸ y son particularmente vulnerables a abusos sexuales y a la violencia de género.¹⁹ Estos factores contribuyen a una mayor incidencia de embarazos no planeados, lo que a su vez puede generar mayores tasas de mortalidad materna y de abortos inseguros.²⁰ En consecuencia, el acceso a información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental en contextos de desplazamiento interno o refugiados.

Mujeres en entornos institucionales: Las mujeres en entornos institucionales, tales como las que se encuentran privadas de la libertad o que están recibiendo tratamiento médico en instituciones de salud, son vulnerables a la violación de sus derechos humanos por parte del personal de prisiones o del personal médico, quienes ostentan una clara posición de autoridad, quienes con frecuencia ejercen un control significativo sobre las mujeres en estos contextos. Entre las violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres privadas de la libertad se encuentra esposar a las mujeres embarazadas mientras reciben atención médica incluyendo durante el trabajo de parto, el parto y el periodo de recuperación posterior, durante horas e incluso días, a pesar de la presencia de guardias armados.²¹ Las mujeres también pueden ser sometidas a otras violaciones a los derechos reproductivos en instituciones de salud esterilización sin consentimiento²² y la negación de servicios de salud sexual y reproductiva como el diagnóstico prenatal,²³ el aborto, y la atención post-aborto.²⁴

¹ Convención sobre los Derechos del Niño, art. 5, 12(1), Res. A.G. 44/25, anexo, DOAG ONU, Cuadragésimo Cuarto Período de Sesiones, Supl. N° 49, Doc. de la ONU A/44/49 (1989) [en adelante CDN].

² Ver, p. ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general N° 26 sobre las trabajadoras migratorias*, Doc. de la ONU CEDAW/C/2009/WP.1/R (2008).

- ³ Las minorías incluyen a personas de un mismo origen racial, étnico, nacional, religioso, lingüístico o cultural. Ver, p. ej., MINORITY RIGHTS GROUP INTERNATIONAL, WHO ARE MINORITIES? [¿QUIÉNES SON MINORÍAS?], disponible en, www.minorityrights.org/566/who-are-minorities/who-are-minorities.html (consultado el 14 de agosto de 2012).
- ⁴ Ver, p. ej., CLIVE NETTLETON ET AL., AN OVERVIEW OF CURRENT KNOWLEDGE OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF INDIGENOUS HEALTH [UNA MIRADA AL CONOCIMIENTO ACTUAL SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS] (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS, Working Paper, 2007).
- ⁵ Ver, p. ej., DEPARTAMENTO DE ESTADO DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2009 COUNTRY REPORTS ON HUMAN RIGHTS PRACTICES: AUSTRALIA [REPORTES DE PAÍS SOBRE PRÁCTICAS DE DERECHOS HUMANOS: AUSTRALIA] (Mar. 11, 2010).
- ⁶ Ver, p. ej., ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/OMS, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ÁREAS CON PUEBLOS INDÍGENAS 10 (2009).
- ⁷ Ver Anne Terbough et al., *Family Planning Among Indigenous Populations in Latin America*, 21 INT'L FAM. PLAN. PERSP. 143, 143-44 (1995).
- ⁸ Ver, p. ej., FUNDACIONES PARA UNA SOCIEDAD ABIERTA, AGAINST HER WILL: FORCED AND COERCED STERILIZATION OF WOMEN WORLDWIDE [EN CONTRA DE SU VOLUNTAD: ESTERILIZACIÓN FORZADA Y COERCITIVA DE MUJERES EN EL MUNDO] (2011) [en adelante AGAINST HER WILL].
- ⁹ Ver, p. ej., Meredith Wallace, *Assessment of Sexual Health in Older Adults* [Evaluación de la salud sexual en adultos mayores], en 108 AMERICAN J. OF NURSING 52, 54 (2008) [en adelante *Assessment of Sexual Health in Older Adults*].
- ¹⁰ *Assessment of Sexual Health in Older Adults*, supra nota 9, p. 54.
- ¹¹ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25, Res. A.G. A/RES/61/106, DOAG ONU, Sexagésimo Primer Período de Sesiones, Doc. de la ONU A/61/611 (2008) [en adelante CDPD].
- ¹² CDPD, supra nota 11, art. 23(1)(b).
- ¹³ Ver Peter Blanck et al., *Defying Double Discrimination* [Desafiando la doble discriminación], 8 GEORGETOWN J. INT'L AFF. 95, 95-96 (2007).
- ¹⁴ Ver OMS/UNFPA, PROMOTING SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH FOR PERSONS WITH DISABILITIES: WHO/UNFPA GUIDANCE NOTE 6-7 [PROMOVRIENDO LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: NOTA DE GUÍA OMS/UNFPA] (2009) [en adelante WHO/UNFPA GUIDANCE NOTE].
- ¹⁵ WHO/UNFPA GUIDANCE NOTE, supra nota 14, p. 3.
- ¹⁶ Ver, p. ej., FUNDACIONES PARA UNA SOCIEDAD ABIERTA, STERILIZATION OF WOMEN AND GIRLS WITH DISABILITIES [ESTERILIZACIÓN DE MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD] (2011).
- ¹⁷ UNFPA, FACT SHEET: RESPONDING TO EMERGENCIES: IGNORING WOMEN IMPERILS THE EFFORT [HOJA DESCRIPTIVA: RESPONDIENDO A EMERGENCIAS: IGNORAR A LAS MUJERES PONE EN RIESGO EL ESFUERZO] (2009).
- ¹⁸ Ver CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, DISPLACED AND DISREGARDED: REFUGEES AND THEIR REPRODUCTIVE RIGHTS [DESPLAZADAS E IGNORADAS: LAS REFUGIADAS Y SUS DERECHOS REPRODUCTIVOS] 4-5 (2001) [en adelante DISPLACED AND DISREGARDED].
- ¹⁹ Ver, p. ej., Secretario General de la ONU, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*, Inf. del Sec. Gral., párrs. 143-146 y 157-165, Doc. de la ONU A/61/122/Add.1 (2006).
- ²⁰ DISPLACED AND DISREGARDED, supra nota 18, p. 4.
- ²¹ THE REBECCA PROJECT FOR HUMAN RIGHTS AND NATIONAL WOMEN'S LAW CENTER, MOTHERS BEHIND BARS: A STATE-BY-STATE REPORT CARD AND ANALYSIS OF FEDERAL POLICIES ON CONDITIONS OF CONFINEMENT FOR PREGNANT AND PARENTING WOMEN AND THE EFFECT ON THEIR CHILDREN (2010).
- ²² Ver, p. ej., CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, DIGNIDAD NEGADA: VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES VIH POSITIVAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CHILENOS (2010); AGAINST HER WILL, supra nota 8.
- ²³ Ver, p. ej., R.R. vs. Polonia, N° 27617/04, Corte Eur. DD.HH. (2011).
- ²⁴ Ver, p. ej., CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, IN HARM'S WAY: THE IMPACT OF KENYA'S RESTRICTIVE ABORTION LAW [EL IMPACTO DE LA LEY RESTRICTIVA DEL ABORTO EN KENIA] (2010).

I. EL DERECHO A ESTAR LIBRE DE DISCRIMINACIÓN

Combatir la discriminación es parte fundamental de una estrategia orientada a garantizar la plena eficacia de los derechos humanos fundamentales de mujeres y adolescentes. El derecho internacional de los derechos humanos prohíbe discriminar, entre otros, por razón de sexo, origen racial o étnico, idioma, religión, discapacidad o situación económica. También existen normas que reconocen el derecho a no ser discriminado por razón de la edad,¹ orientación sexual o identidad de género real o aparente,² estado civil,³ estado de salud (incluyendo el status de VIH),⁴ o condición de embarazo.⁵

La discriminación puede ser tanto causa como efecto de problemas relativos a la salud sexual y reproductiva. Las mujeres, personas y sectores con una experiencia histórica de exclusión – incluyendo a los individuos o grupos mencionados antes que requieren de atención especial, así como a las mujeres de escasos recursos, mujeres viviendo en zonas rurales, solteras, mujeres viviendo con VIH y privadas de libertad- tienen mayores probabilidades de ser discriminadas en materia de derechos sexuales y reproductivos. Las personas también pueden encontrarse con discriminación por causas múltiples e interrelacionadas. La discriminación en la salud sexual y reproductiva puede dar lugar a un acceso desigual, esperas, denegación o tratos abusivos en la atención, por lo que la rectificación de patrones de exclusión histórica podrá requerir de medidas especiales de carácter temporal.⁶ Los Estados deben impulsar en la forma y en el fondo la igualdad de la mujer, garantizando de hecho y de derecho la provisión de servicios de salud reproductiva orientados a necesidades concretas, tales como las que se presentan durante y después del embarazo.⁷

Componentes de las obligaciones de los Estados

Los Estados tienen la obligación de dictar normas, políticas y prácticas que garanticen, con efecto inmediato, el trato igualitario y la no discriminación en el ámbito de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Ello exige que:

- La información, los bienes y los servicios de salud sexual y reproductiva que proporcionen sean accesibles para todos, de hecho y de derecho y sin discriminación. Esto incluye:
 - Erradicar la discriminación directa e indirecta y adoptar medidas para garantizar en el fondo y en la forma la igualdad en materia de normas, reglamentos, políticas y prácticas sobre información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva.⁸
 - Garantizar que la información, los bienes y los servicios que necesitan sólo las mujeres estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad.⁹
 - Abstenerse de restringir a ciertas personas o sectores, como las adolescentes o las mujeres solteras, el acceso a la información, los bienes y los servicios de salud reproductiva.¹⁰
- Los Estados adopten medidas para lograr la igualdad y erradicar la discriminación en materia de salud sexual y reproductiva.¹¹ Esto incluye la obligación de:
 - Garantizar que el currículo de los trabajadores de salud incluya cursos integrales, obligatorios y con perspectiva de género sobre la salud y los derechos humanos de las mujeres¹² en los programas de capacitación del personal de salud, con el fin de poner freno a la estigmatización y la discriminación entre dichos profesionales.
 - Exigir que todos los servicios de salud sean consistentes con los derechos humanos de las mujeres, incluyendo los derechos a la autonomía, la privacidad, la confidencialidad, el consentimiento informado y la libre determinación.¹³
 - Garantizar la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva, asignar recursos de modo que se eviten disparidades regionales en términos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.¹⁴

I. EL DERECHO A ESTAR LIBRE DE DISCRIMINACIÓN (continuación)

- Adoptar medidas para prevenir la discriminación en el ámbito privado, como por ejemplo el despido o la expulsión de trabajadoras o escolares embarazadas.¹⁵

Evaluando el cumplimiento por parte del Estado

- ¿Cuenta con políticas orientadas a eliminar la discriminación en materia de salud sexual y reproductiva?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar que los servicios de salud reproductiva que necesitan sólo las mujeres, como la atención perinatal, la atención por complicaciones del embarazo, y aborto, estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para eliminar aquellas normas o políticas que exigen la autorización de terceros (por ejemplo, la autorización parental, conyugal o judicial) para acceder a la información o los servicios de salud reproductiva?¹⁶
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para despenalizar las actividades sexuales realizadas de mutuo acuerdo, como las relaciones extramaritales o entre personas del mismo sexo?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para prevenir o eliminar políticas o prácticas discriminatorias en los ámbitos público y privado, incluyendo los exámenes de embarazo obligatorios o las políticas y prácticas que someten a esterilizaciones quirúrgicas involuntarias a minorías raciales y grupos étnicos, mujeres viviendo con VIH, o mujeres con discapacidad?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para dar acceso a la salud reproductiva a mujeres de escasos recursos o a aquellas que enfrentan obstáculos para acceder a tales servicios, otorgando por ejemplo atención gratuita o subvencionada?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para integrar perspectivas de sexualidad y género a las políticas, planes y programas de salud sexual y reproductiva, como por ejemplo permitir la participación de la mujer en la planificación, la implementación y el seguimiento de estas iniciativas?¹⁷
- ¿Qué tipo de garantías judiciales o administrativas ha dispuesto para casos de discriminación en la provisión de información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para asegurar que dichas garantías administrativas sean accesibles y oportunas?
- ¿Qué medidas concretas ha tomado el Estado para mejorar el acceso de sectores marginalizados y excluidos a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad?

Indicadores relevantes

Los indicadores relevantes incluyen, aunque no se limitan a:

- Proporción de profesionales de la salud que atienden solicitudes de posibles pacientes de manera no discriminatoria (fuente: encuesta de discriminación) (indicador de proceso).
- Tasas de mortalidad desglosadas por segmento poblacional objetivo (indicador de resultado).

Recursos adicionales del Centro de Derechos Reproductivos

Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom

Dignidad negada: Violaciones de los derechos de las mujeres VIH positivas en establecimientos de salud chilenos

At Risk: Rights Violations of HIV-Positive Women in Kenyan Health Facilities

Litigation Briefing Series: Alyne da Silva Pimentel v. Brazil

A.S. v. Hungary: Informed Consent: A Signature is Not Enough

-
- ¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*, párr. 29 Doc. de la ONU E/C.12/GC/20 (2009) [en adelante CDESC, *Observación General N° 20*].
- ² CDESC, *Observación General N° 20*, supra nota 1, párr. 32.
- ³ CDESC, *Observación General N° 20*, supra nota 1, párr. 31.
- ⁴ CDESC, *Observación General N° 20*, supra nota 1, párr. 33.
- ⁵ Ver, p. ej., Convenios de la OIT C158 sobre la terminación de la relación de trabajo (N° 158), art. 5; C183 sobre la protección de la maternidad, 2000 (N° 183); y Recomendación R191 sobre la protección de la maternidad (N° 191).
- ⁶ Ver, p. ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 25: Artículo 4, párrafo 1 de la Convención (Medidas especiales de carácter temporal)* (2004) Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 365 (2008) [en adelante Comité CEDAW, *Recomendación General N° 25*].
- ⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 24: Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud)* (1999), párrs. 8 y 20, Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 358 (2008) [en adelante Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*].
- ⁸ Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, art. 10(h), 12, 16(1)(e), Res. A.G. 34/180, DOAG ONU, Trigésimo Cuarto Período de Sesiones, Supl. N° 46, p. 193, Doc. de la ONU A/34/46 (1981) [en adelante CEDAW]; CDESC, *Observación General N° 20*, supra nota 1; Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil, Comité CEDAW, Comunicación N° 17/2008, Doc. de la ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011) [en adelante Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil].
- ⁹ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*, supra nota 7; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, (2000), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 78 (2008) [en adelante CDESC, *Observación General N° 14*].
- ¹⁰ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*, supra nota 7, párr. 14; Comité de los Derechos del Niño, *Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, párr. 31 (2003), Doc. de la ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 410 (2008) [en adelante Comité CDN, *Observación General N° 4*].
- ¹¹ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 25*, supra nota 6.
- ¹² Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*, supra nota 7, párr. 31(f).
- ¹³ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*, supra nota 7, párr. 31(e).
- ¹⁴ Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil, supra nota 8.
- ¹⁵ CEDAW, supra nota 8, art. 11(2).
- ¹⁶ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*, supra nota 7, párr. 14; Comité CDN, *Observación General N° 4*, supra nota 10, párr. 28.
- ¹⁷ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*, supra nota 7, párr. 31(a).

II. INFORMACIÓN Y SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS

La capacidad de mujeres y adolescentes para decidir de forma autónoma si tener y cuándo tener hijos, por medio del acceso a información y servicios anticonceptivos disponibles, aceptables, y de buena calidad, es fundamental para alcanzar la igualdad de género y garantizar la participación de la mujer como miembro pleno de la sociedad. Sin embargo, en países en desarrollo, a pesar del deseo de evitar o posponer el embarazo, cerca de 222 millones de mujeres cuentan sólo con métodos tradicionales - como la abstinencia periódica o el coitus interruptus- que tienen altas tasas de ineficacia, o simplemente no usan métodos anticonceptivos.¹ En otros casos, las mujeres marginalizadas pueden ser sometidas a políticas coercitivas de anticoncepción, como la esterilización involuntaria.²

Componentes de las obligaciones de los Estados

Los Estados tienen la obligación de dictar normas, políticas y prácticas que garanticen, de facto y de jure, el acceso a la información y los servicios anticonceptivos sin discriminación, coerción o violencia. Ello requiere que los Estados:

- Tomen medidas para garantizar a todas las personas el acceso a información integral, objetiva y científica³ sobre los métodos anticonceptivos,⁴ incluyendo la capacitación del personal médico para proporcionar orientación e información científicamente comprobada sobre una completa gama de métodos anticonceptivos, en formatos y términos claros y comprensibles.
- Adopten medidas para garantizar la disponibilidad y accesibilidad de una completa gama de métodos anticonceptivos⁵ aceptables y de calidad.⁶ Para ello es necesario garantizar que:
 - Los establecimientos hospitalarios públicos y privados ofrezcan en todo momento un completo repertorio de métodos anticonceptivos que satisfagan las distintas necesidades de las mujeres;⁷
 - Los servicios anticonceptivos sean asequibles;⁸ por ejemplo, que sean subsidiados, gratuitos o cubiertos por los programas de salud pública;
 - Se eliminen las disparidades en el acceso a información y los servicios anticonceptivos por parte de mujeres y adolescentes que enfrentan obstáculos especiales.⁹
- Adopten medidas de facto y de jure para garantizar que todas las personas puedan decidir de manera informada y voluntaria sobre el método anticonceptivo que estimen más adecuado. Ello la obligación de asegurarse de que todas las mujeres y adolescentes, incluyendo las mujeres marginalizadas, hayan dado su consentimiento libre y plenamente informado con respecto al uso de anticonceptivos.
- Impulsen a través de los medios y otras vías alternativas campañas y programas de educación pública para sensibilizar acerca de la importancia de los anticonceptivos.¹⁰
- Recojan, analicen y difundan datos desglosados que permitan conocer y hacer un seguimiento de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, el uso de anticonceptivos y los principales obstáculos para la provisión de información y servicios relacionados.¹¹

Evaluando el cumplimiento por parte del Estado

- ¿Cuenta con una estrategia o plan nacional que incluya medidas para garantizar el acceso a la información y los servicios anticonceptivos?¹²
- ¿Ha destinado suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos a su implementación?
- ¿Qué medidas de facto y de jure ha adoptado para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia?

II. INFORMACIÓN Y SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS (continuación)

- ¿Qué medidas ha adoptado para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de información científicamente comprobada sobre una gama completa de métodos anticonceptivos (por ejemplo, a través de campañas de educación sexual integral o educación pública)?
- ¿Qué ha hecho para eliminar la exigencia de contar con autorización de terceros (por ejemplo, autorización parental, conyugal o judicial) para la provisión de ciertos métodos anticonceptivos?
- ¿Qué ha hecho para eliminar otros condicionantes, como por ejemplo la edad o el estado civil para la provisión de anticonceptivos, o un determinado número de hijos para la esterilización quirúrgica?
- ¿Qué ha hecho para garantizar la asequibilidad de los anticonceptivos, cubriendo por ejemplo una gama completa de servicios en los programas de salud pública o proporcionándolos gratis o a bajo costo a través del sistema público?
- ¿Qué medidas ha adoptado para prevenir o eliminar políticas y prácticas lesivas (por ejemplo, la esterilización involuntaria)?
- ¿Ha velado por impedir que el personal médico o farmacéutico obstaculice el acceso a la información y los servicios anticonceptivos argumentando la objeción de conciencia?¹³
- ¿Qué resguardos administrativos o judiciales ha dispuesto para los casos en que a una mujer se le niegue injustamente el acceso a un determinado método anticonceptivo?
- ¿Qué ha hecho para garantizar que dichos resguardos sean accesibles y oportunos?

Indicadores relevantes

Los indicadores relevantes incluyen, pero no se limitan a:

- Vigencia y cobertura de las políticas nacionales de salud sexual y reproductiva (indicador estructural).
- Aumento de la proporción de mujeres o parejas en edad fértil que utilizan anticoncepción (tasa de prevalencia) (indicador de proceso).
- Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos (indicador de proceso).
- Tasa de natalidad adolescente (indicador de resultado).

Recursos adicionales del Centro de Derechos Reproductivos

Bringing Rights to Bear: Family Planning is a Human Right

El derecho de mujeres y adolescentes a informarse sobre la anticoncepción

Calculated Injustice: The Slovak Republic's Failure to Ensure Access to Contraceptives

Imposing Misery: The Impact of Manila's Contraception Ban on Women and Families

Litigation Briefing Series: Lourdes Osil v. Mayor of Manila

A.S. v. Hungary: Informed Consent: A Signature is Not Enough

¹ SUSHEELA SINGH & JACQUELINE E. DARROCH, ADDING IT UP: COSTS AND BENEFITS OF CONTRACEPTIVE SERVICES: ESTIMATES FOR 2012 [EN RESUMEN: COSTOS Y BENEFICIOS DE LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN: ESTIMACIONES PARA 2012] 4 (2012).

² Ver, p. ej., FUNDACIONES PARA UNA SOCIEDAD ABIERTA, AGAINST HER WILL: FORCED AND COERCED STERILIZATION OF WOMEN WORLDWIDE [EN CONTRA DE SU VOLUNTAD: ESTERILIZACIÓN FORZADA Y COERCITIVA DE MUJERES EN EL MUNDO] (2011).

³ La información sobre salud sexual y reproductiva contenida en este documento se funda en las normas internacionales objetivas establecidas por las principales autoridades en la materia, en especial la Organización Mundial de la Salud.

II. INFORMACIÓN Y SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS (continuación)

- ⁴ Ver, p. ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 21: La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, párr. 22 (1994), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 337 (2008); Comité de los Derechos del Niño, *Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, párr. 28 (2003), Doc. de la ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 410 (2008); Relator Especial sobre el derecho a la educación, *Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*, párrs. 19 y 24-37, Doc. de la ONU A/65/162 (2010).
- ⁵ Entre los anticonceptivos modernos se cuentan condones, anticonceptivos de barrera y hormonales de administración oral, implantes, inyecciones, dispositivos intrauterinos, esterilización masculina y femenina y anticoncepción de emergencia. Ver, p. ej., ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *PLANIFICACIÓN FAMILIAR - UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES 2011* (2011).
- ⁶ Ver, p. ej., Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Inf. Prov. del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, párr. 65(d), Doc. de la ONU A/66/254 (2011).
- ⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 43(d) (2000), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 78 (2008) [en adelante CDESC, *Observación General N° 14*] (la Observación explica que la entrega de los medicamentos esenciales que define la OMS constituye una de las obligaciones básicas de los Estados para hacer efectivo el derecho a la salud). La Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS incluye una completa gama de anticonceptivos modernos. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *LISTA MODELO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS 26* (2011).
- ⁸ Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 7*, párr. 12(b)(iii); Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Hungría*, párr. 254, Doc. de la ONU A/51/38 (1996); *Kazajstán*, párr.106, Doc. de la ONU A/56/38 (2001); *Eslovaquia*, párrs. 42-43, Doc. de la ONU CEDAW/C/SVK/CO/4 (2008); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones Finales: Polonia*, párr. 9, Doc. de la ONU CCPR/CO/82/POL (2004).
- ⁹ A las personas o sectores que requieren consideración especial, así como a las mujeres de escasos recursos, campesinas, solteras, VIH positivas, privadas de libertad y a las trabajadoras sexuales generalmente se les hace más difícil obtener información y servicios anticonceptivos. Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 7*, párr. 12(b)(i).
- ¹⁰ Ver, p. ej., Comité de Derechos Humanos, *Observaciones Finales: Guatemala*, párr. 20, Doc. de la ONU CCPR/C/GTM/CO/3 (2012); *República Dominicana*, párr. 15, Doc. de la ONU CCPR/C/DOM/CO/5 (2012).
- ¹¹ Ver, p. ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 24: Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud)*, párr. 9 (1999), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 358 (2008) [en adelante Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*]; Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Georgia*, párr. 29, Doc. de la ONU CEDAW/C/GEO/CO/3 (2006); Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Jamaica*, párr. 35, Doc. de la ONU CEDAW/C/JAM/CO/5 (2006).
- ¹² Ver, p. ej., *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra nota 6*, párr. 65(b) (2011).
- ¹³ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra nota 11*, párr. 11; Pichon y Sajous vs. Francia, N° 49853/99, Corte Eur. DD.HH. (2001) (la Recomendación dictamina que un farmacéutico no puede invocar sus creencias religiosas para negarse a expender anticonceptivos).

III. EMBARAZO Y PARTO SIN RIESGOS

Muchas niñas y mujeres sufren complicaciones durante el embarazo, el parto o el posparto que a su vez pueden derivar en una discapacidad o en la muerte. Las principales causas de la morbilidad y mortalidad materna son las hemorragias graves (cuyo riesgo aumenta cuando la mujer es anémica), las infecciones, los trastornos hipertensivos y el aborto en condiciones de riesgo. El acceso a intervenciones clave, tales como la provisión de información y anticonceptivos que prevengan los embarazos no deseados, la atención médica calificada durante el parto, la atención obstétrica de emergencia, y los servicios de aborto sin riesgos, pueden prevenir la gran mayoría de las discapacidades y muertes maternas. Existen muchas intervenciones eficaces y de bajo costo que están disponibles, por lo que los Estados pueden y deben adoptar medidas inmediatas para reducir la morbilidad y mortalidad materna evitables.

Componentes de las obligaciones de los Estados

Los Estados tienen la obligación de desarrollar normas, políticas y prácticas que garanticen la salud y bienestar de las mujeres y las niñas durante el embarazo, parto y posparto. Ello requiere que los Estados:

- Adopten medidas para garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los determinantes de un embarazo sano, incluyendo una nutrición adecuada, agua potable, educación, transporte y servicios sanitarios.¹
- Adopten medidas para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la información, los bienes y los servicios de salud reproductiva, incluyendo la atención perinatal, la atención médica calificada durante el parto, la atención obstétrica de emergencia y los medicamentos y tecnologías esenciales para la salud sexual y reproductiva. Esto incluye la obligación de:
 - Garantizar el registro y la disponibilidad de medicamentos esenciales para el tratamiento de complicaciones relacionadas con el embarazo (por ejemplo, el misoprostol para el tratamiento de hemorragias postparto y abortos incompletos).²
 - Proveer servicios gratuitos durante el embarazo, parto y posparto, según corresponda.³
 - Brindar un entrenamiento y capacitación adecuados de los proveedores de servicios de salud para garantizar el acceso a servicios de salud materna esenciales a niñas y mujeres, incluyendo las que se encuentran en zonas rurales.⁴
 - Regular la objeción de conciencia por parte de proveedores de servicios de salud con el fin de garantizar que las niñas y mujeres tengan acceso a la información y los servicios que requieren para decidir de manera informada sobre el embarazo y la salud reproductiva.⁵
- Adopten medidas para garantizar el acceso a servicios de salud materna y reproductiva de calidad. Esto incluye la obligación de:
 - Garantizar que existen normas legales y profesionales claras que garanticen la calidad de la atención.⁶
 - Prevenir y erradicar el trato abusivo a niñas y mujeres que buscan acceder a servicios de salud reproductiva.⁷
- Adopten medidas para garantizar el acceso la atención y la asistencia especializadas durante el embarazo y el periodo posterior al parto.⁸
- Recopilen, analicen y difundan los datos desglosados necesarios para evaluar y abordar las principales causas, directas e indirectas, de la morbilidad y mortalidad maternas.⁹

Evaluando el cumplimiento por parte del Estado

- ¿En qué medida el Estado ha desarrollado una estrategia o plan nacional que garantice el acceso a la información, bienes y servicios de salud reproductiva y materna, así como la reducción de la morbilidad y mortalidad materna?
- ¿En qué medida el Estado ha destinado recursos presupuestarios, humanos y administrativos adecuados para la implementación de dichas estrategias o planes?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar la disponibilidad legal de bienes o servicios de salud reproductiva esenciales para la salud materna, tales como drogas uterotónicas (por ejemplo, misoprostol) para controlar hemorragias y servicios de aborto sin riesgos cuando la vida o la salud de la mujer embarazada se encuentran en riesgo, y en el caso de fármacos, para garantizar que hayan sido registrados para usos obstétricos?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para derogar las normas, políticas o prácticas que priorizan al feto por sobre atenciones médicas orientadas a salvar la vida o preservar la salud de mujeres y niñas embarazadas?¹⁰
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para eliminar prácticas lesivas que contribuyen a los embarazos de alto riesgo, como la mutilación genital femenina o el matrimonio precoz o forzado?
- ¿Qué esfuerzos ha hecho el Estado para prevenir y erradicar con la debida diligencia el trato abusivo por parte del personal de salud hacia las mujeres y niñas embarazadas que buscan atención médica?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar que las niñas y mujeres no se vean expuestas a problemas de salud evitables como consecuencia de un embarazo?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para responder al embarazo precoz o no deseado, garantizando el acceso a educación sexual integral y el acceso a información y servicios anticonceptivos a jóvenes y adolescentes?
- ¿Qué tipos de garantías administrativas o judiciales ha dispuesto el Estado para reparar y resarcir a las mujeres cuando su derecho a acceder a una atención médica de calidad relacionada con el embarazo es violado?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar que dichas garantías administrativas y judiciales sean accesibles y oportunas?

Indicadores relevantes

Los indicadores relevantes incluyen, pero no se limitan a:

- Vigencia y cobertura de las políticas nacionales de salud sexual y reproductiva (indicador estructural).
- Proporción estimada de partos y muertes reportados a través de los sistemas de registro civil (indicador de proceso).
- Proporción de partos atendidos por personal calificado (indicador de proceso).
- Disponibilidad y uso de atención obstétrica esencial básica (indicador de proceso).
- Disponibilidad y uso de atención obstétrica esencial integral (indicador de proceso).
- Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que han accedido a establecimientos de salud (indicador de proceso).
- Incidencia de anemia en mujeres (indicador de resultado).
- Riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida (indicador de resultado).

Recursos adicionales del Centro de Derechos Reproductivos

Bringing Rights to Bear: Preventing Maternal Mortality and Ensuring Safe Pregnancy

Surviving Pregnancy and Childbirth: An International Human Right

Maternal Mortality in India: Using International and Constitutional Law to Promote Accountability and Change

Broken Promises: Human Rights, Accountability, and Maternal Death in Nigeria

Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities

Litigation Briefing Series: Alyne da Silva Pimentel v. Brazil

¹ Ver, p. ej., Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 12(a) (2000), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 78 (2008) [en adelante CDESC, *Observación General N° 14*].

² Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 14*, supra nota 1, párr. 43(d). La Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS incluye el misoprostol para fines obstétricos. OMS, LISTA MODELO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS 29 (2011).

³ Ver, p. ej., Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12(2), Res. A.G. 34/180, DOAG ONU, Trigésimo Cuarto Período de Sesiones, Supl. N° 46, p. 193, Doc. de la ONU A/34/46 (1981) [en adelante CEDAW].

⁴ Ver, p. ej., CEDAW, supra nota 3, art. 14(2)(b); Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil, Comité CEDAW, Comunicación N° 17/2008, párrs. 7.6 y 8(2), Doc. de la ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011) [en adelante Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil]; CDESC, *Observación General N° 14*, supra nota 1, párr. 12(b).

⁵ R.R. vs. Polonia, N° 27617/04 Corte Eur. DD.HH. (2011).

⁶ Ver, p. ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 24: Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud)*, párr. 22 (1999), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 358 (2008) [en adelante Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*].

⁷ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*, supra nota 6, párr. 15(c); Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Kenia*, párrs. 37-38, Doc. de la ONU CEDAW/C/KEN/CO/6 (2007).

⁸ Ver, p. ej., Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 10(2), Res. A.G. 2200A (XXI), DOAG ONU, Supl. N° 16, Doc. de la ONU A/6316 (1966).

⁹ Ver, p. ej., CEDAW, *Recomendación General N° 24*, supra nota 6, párr. 9.

¹⁰ L.C. vs. Perú, Comité CEDAW, Comunicación N° 22/2009, párr. 8.15, Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); CIDH, Medidas cautelares 43-10, Caso "Amelia," Nicaragua (2010).

IV. ABORTO Y ATENCIÓN POST-ABORTO

Las barreras legales, regulatorias y prácticas pueden efectivamente negar a niñas y mujeres el acceso a servicios de aborto seguros. Estas barreras incluyen las normas penales que sancionan a quienes buscan practicarse un aborto y a los proveedores de servicio, la falta de claridad sobre la legalidad del aborto, la falta de recursos públicos para el aborto legal, los períodos de espera obligatoria y la negativa por parte del personal médico para realizar un aborto legal. La evidencia demuestra que estas restricciones no sólo no reducen la cantidad de abortos inducidos sino que contribuyen a tasas altas de aborto en condiciones de riesgo.¹ Mientras que las complicaciones derivadas de un aborto son raras cuando es practicado por un profesional calificado en condiciones seguras, los abortos inseguros resultan en tasas altas de complicaciones.² Cerca del 13% de las muertes maternas mundiales son causadas por abortos inseguros.³ La atención post-aborto oportuna es fundamental para minimizar los efectos nocivos de los abortos espontáneos o inseguros inducidos, y deben estar disponibles en todo el sistema de salud como parte de un estándar mínimo de cuidado,⁴ independientemente de la legalidad del aborto. La atención post-aborto en casos de aborto inseguro no puede reemplazar la protección de la salud de la mujer y de sus derechos humanos otorgada por el aborto inducido legal y seguro.⁵

En 1994, los gobiernos reunidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo reconocieron que, en los casos en que es legal, el aborto debe ser accesible y seguro.⁶ Desde entonces, los organismos de derechos humanos han fortalecido y ampliado este consenso, catalogando las prohibiciones absolutas del aborto como incompatibles con el derecho internacional de los derechos humanos⁷ e instando a garantizar el acceso al aborto al menos en los casos en los que la continuación del embarazo suponga un riesgo para la salud o la vida de la mujer embarazada, o en casos de malformaciones fetales severas, o de violación o incesto.⁸ La Organización Mundial de la Salud ha hecho un llamado para que las leyes sobre el aborto sean interpretadas e implementadas de modo que la salud física y mental de la mujer puedan ser promovidas y protegidas.⁹

Componentes de las obligaciones de los Estados

Los organismos internacionales de derechos humanos han indicado que los Estados tienen la obligación de dictar normas, políticas y prácticas que reduzcan el riesgo de que se produzcan abortos inseguros y garanticen el acceso a abortos seguros y atención post-aborto. Ello requiere que los Estados:

- Adopten medidas para reducir el número de abortos inseguros y los riesgos para la salud y la vida de mujeres y niñas. Esto incluye las obligaciones de:
 - Garantizar el acceso a información objetiva, integral y científicamente comprobada sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo la información necesaria para prevenir embarazos no deseados y reducir los abortos inseguros, y la información relativa a la disponibilidad legal del aborto.¹⁰
 - Garantizar de facto y de jure el acceso al aborto en algunas circunstancias, incluyendo como mínimo los casos en los que el embarazo ponga en peligro la salud o la vida de la mujer embarazada y en casos de violación, incesto o malformaciones fetales incompatibles con la vida.¹¹
 - Revisar las leyes que criminalizan el aborto con miras a eliminar las medidas punitivas contra mujeres y niñas que buscan, y el personal médico que presta servicios de aborto voluntario.¹²
 - Garantizar el acceso a medicamentos y servicios esenciales que hacen el aborto legal más seguro y sencillo de acceder, especialmente en zonas rurales.¹³
 - Garantizar la disponibilidad, accesibilidad (incluyendo la asequibilidad económica), aceptabilidad y calidad de los servicios de aborto seguro en los casos en los que es legal.¹⁴

IV. ABORTO Y ATENCIÓN POST-ABORTO (continuación)

- Adopten medidas para garantizar el acceso a atención post-aborto para mujeres y niñas, sin discriminación, violencia ni coacción. Esto incluye la obligación de:
 - Garantizar capacitación, apoyo e insumos adecuados que garanticen que las complicaciones relacionadas con abortos sean atendidas, independientemente de la legalidad del aborto.¹⁵
 - Garantizar la confidencialidad para mujeres y niñas que reciben atención posaborto¹⁶ y garantizar el establecimiento de procedimientos para investigar y sancionar a quienes violen la confidencialidad de las mujeres.¹⁷
 - Garantizar que la atención postaborto no sea condicionada a declaraciones brindadas por las mujeres y niñas que están procurando acceder a atención post-aborto, y que éstas declaraciones no sean posteriormente utilizadas en su contra ante la justicia.¹⁸
 - Eliminar la exigencia de que el personal médico denuncie a pacientes que real o presuntamente se hayan hecho un aborto ilegal.¹⁹

Evaluando el grado de cumplimiento por parte del Estado

- ¿En qué medida el Estado ha desarrollado e implementado medidas para reducir los riesgos asociados a los abortos clandestinos o inseguros?
- ¿En qué medida el Estado ha destinado suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para la implementación de dichas estrategias o planes?
- ¿Qué esfuerzos ha realizado el Estado para derogar normas, políticas o regulaciones que penalizan el aborto?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para aclarar el marco legal o regulatorio para garantizar el acceso efectivo al aborto en los casos en los que es legal?²⁰
- ¿En qué medida el Estado ha eliminado o evitado imponer restricciones al acceso a servicios de aborto legal, como leyes que requieren la autorización de terceros (por ejemplo, la autorización parental, conyugal o judicial) para acceder a servicios de aborto?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para eliminar obstáculos prácticos para el acceso al aborto legal, como las grandes distancias hasta los establecimientos hospitalarios, la falta de transporte accesible o el cobro de tarifas formales o informales a los usuarios, en particular para adolescentes y mujeres de escasos recursos?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar la confidencialidad de mujeres y niñas que requieren un aborto o atención post-aborto, eliminando por ejemplo la exigencia de que el personal médico denuncie a pacientes que han tenido abortos o que requieren tratamiento para complicaciones relacionadas con un aborto, o prohibiendo la divulgación del historial médico de mujeres que han tenido abortos?
- Al brindar apoyo financiero, ¿el Estado se ha abstenido de imponer a los beneficiarios restricciones en la provisión de información y servicios relacionados con el aborto?
- ¿Qué esfuerzos ha adelantado el Estado para garantizar un acceso efectivo a atención postaborto de calidad y respetuosa, independientemente del estatus legal del aborto?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para regular la objeción de conciencia por parte de los proveedores de servicios a fin de garantizar que mujeres y niñas tengan acceso a servicios de aborto legal y atención médica postaborto?²¹

IV. ABORTO Y ATENCIÓN POST-ABORTO (continuación)

- ¿El Estado ha eliminado o se ha abstenido de imponer políticas o prácticas que condicionen el acceso a la atención médica postaborto a la confesión de haber incurrido en un aborto ilegal o a la denuncia de quien lo practicó?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para erradicar y sancionar el trato abusivo hacia las mujeres y niñas que requieren servicios de aborto legal o atención postaborto?
- ¿Qué tipos de garantías administrativas o judiciales ha dispuesto el Estado para reparar y resarcir a las mujeres a quienes injustificadamente se les haya negado el acceso a un aborto legal o a la atención postaborto, o cuya confidencialidad haya sido violada?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar que dichas garantías judiciales o administrativas sean accesibles y oportunas?

Indicadores relevantes

Los indicadores relevantes incluyen, pero no se limitan a:

- Número de abortos inseguros por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (indicador de proceso).
- Número de abortos legales realizados (indicador de proceso).
- Porcentaje de ingresos obstétricos y ginecológicos debidos a complicaciones relacionadas con abortos (indicador de proceso).
- Número de proveedores de servicios, incluso de nivel medio, capacitados para brindar servicios relacionados con el aborto (indicador de proceso).
- Porcentaje de muertes maternas debidas a abortos inseguros (indicador de resultado).

Recursos adicionales del Centro de Derechos Reproductivos

Bringing Rights to Bear: Abortion and Human Rights

Safe and Legal Abortion is a Woman's Human Right

Forsaken Lives: The Harmful Impact of the Philippine Criminal Abortion Ban

In Harm's Way: The Impact of Kenya's Restrictive Abortion Law

Litigation Briefing Series: Lakshmi Dhikta v. Nepal

Litigation Briefing Series: RR v. Poland, S&T v. Poland, and Z v. Poland

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), UNSAFE ABORTION: GLOBAL AND REGIONAL ESTIMATES OF THE INCIDENCE OF UNSAFE ABORTION AND ASSOCIATED MORTALITY IN 2008 [ABORTO INSEGURO: ESTIMACIONES GLOBALES Y REGIONALES DE LA INCIDENCIA DEL ABORTO INSEGURO ASOCIADO CON LA MORTALIDAD MATERNA EN 2008] 6 (2011) [*en adelante* UNSAFE ABORTION]. Ver además ONU MUJERES, EL PROGRESO DE LAS MUJERES EN EL MUNDO 2011–2012: EN BUSCA DE LA JUSTICIA 43 (2011).

² Entre las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo se cuentan el aborto séptico, el aborto fallido, la hemorragia, la infección y la perforación o ruptura del útero. OMS, ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA Y DE POLÍTICAS PARA SISTEMAS DE SALUD 47-49 (2012) [*en adelante* ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA].

³ UNSAFE ABORTION, *supra* nota 2, p. 1.

⁴ La OMS establece que “todo servicio en todos los niveles del sistema de salud debe estar equipado y contar con personal entrenado en reconocer las complicaciones del aborto y proveer rápida atención o derivar a la mujer.” Ello incluye contar con la capacitación y los insumos necesarios para evacuar el útero por medio de la aspiración al vacío o la dilatación y evacuación, así como con medicamentos esenciales como los antibióticos necesarios para tratar infecciones y drogas uterotónicas que controlen la hemorragia (p. ej., misoprostol). ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA, *supra* nota 2, p. 47-49.

⁵ ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA, *supra* nota 2, p. 64.

⁶ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, Sep. 5-13, 1994, párrs. 7.6, 8.25 y 13.14(b), Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [*en adelante* Programa de Acción de El Cairo].

⁷ Comité contra la Tortura, *Observaciones Finales: Nicaragua*, párr. 16, Doc. de la ONU CAT/C/NIC/CO/1 (2009); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones Finales: El Salvador*, párr. 10, Doc. de la ONU CCPR/C/SLV/CO/6 (2010); CDESC, *Observaciones Finales: Chile*, párrs. 26 y 53 Doc. de la ONU E/C.12/1/Add.105 (2004).

IV. ABORTO Y ATENCIÓN POST-ABORTO (continuación)

- ⁸ ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA, *supra* nota 2, p. 91-93; L.C. vs. Perú, Comité CEDAW, Comunicación N° 22/2009, párr. 12(b)(i), Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011) [en adelante L.C. vs. Perú]; Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Sri Lanka*, párr. 283, Doc. de la ONU A/57/38, Parte I (2002).
- ⁹ ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA, *supra* nota 2, p. 87.
- ¹⁰ Ver, p. ej., Comité de Derechos Humanos, *Observación General N° 28: Artículo 3 (La igualdad de derechos entre hombres y mujeres)*, párr. 10 (2000), Doc. de la ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 168 (2008); Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Benín*, párr. 158, Doc. de la ONU A/60/38 (2005); *Bosnia y Herzegovina*, párr. 36, Doc. de la ONU CEDAW/C/BIH/CO/3 (2006); *Burkina Faso*, párr. 350, Doc. de la ONU A/60/38 (2005); *Cabo Verde*, párr. 30, Doc. de la ONU CEDAW/C/CPV/CO/6 (2006); *Eritrea*, párr. 23, Doc. de la ONU CEDAW/C/ERI/CO/3 (2006); *Líbano*, párr. 112, Doc. de la ONU A/60/38 (2005); Comité CDN, *Observaciones Finales: Antigua y Barbuda*, párr.54, Doc. de la ONU CRC/C/15/Add.247 (2004); *Chile*, párr. 56, Doc. de la ONU CRC/C/CH/CO/3 (2007); *Colombia*, párr. 71, Doc. de la ONU CRC/C/COL/CO/3 (2006); CDESC, *Observaciones Finales: Benín*, párr. 42, Doc. de la ONU E/C/12/1/Add.78 (2002); *Bolivia*, párr. 43, Doc. de la ONU E/C.12/1/Add.60 (2001); *México*, párr. 43, Doc. de la ONU E/C.12/1/Add.41 (1999); Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Inf. Prov. del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, párr. 65(l), Doc. de la ONU A/66/254 (2011).
- ¹¹ Ver, p. ej., L.C. vs. Perú, *supra* nota 8, párrs. 9(b)(i) y 9(b)(iii); Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Sri Lanka*, párr. 283, Doc. de la ONU A/57/38, Parte I (2002); Comité CDN, *Observaciones Finales: Chad*, párr. 30, Doc. de la ONU CRC/C/15/Add.107 (1999); *Chile*, párr. 56, Doc. de la ONU CRC/C/CHL/CO/3 (2007); *Guatemala*, párr. 40, Doc. de la ONU CRC/C/15/Add.154 (2001); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones Finales: Guatemala*, párr. 20, Doc. de la ONU CCPR/C/GTM/CO/3 (2012); *República Dominicana*, párr. 15, Doc. de la ONU CCPR/C/DOM/CO/5 (2012); *Panamá*, párr. 9, Doc. de la ONU CCPR/C/PAN/CO/3 (2008); CDESC, *Observaciones Finales: Chile*, párr. 53, Doc. de la ONU E/C.12/1/Add.105 (2004); *Costa Rica*, párrs. 25 y 46, Doc. de la ONU E/C/12/CRI/CO/4 (2008); *Nepal*, párr. 55, Doc. de la ONU E/C.12/1/Add.66 (2001); Comité contra la Tortura, *Observaciones Finales: Perú*, párr. 23, Doc. de la ONU CAT/C/PER/4 (2006).
- ¹² Ver, p. ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 24: Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud)*, párr. 14, Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 358 (2008) [en adelante Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*]; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra* nota 10, párrs. 21 y 65(h); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones Finales: Costa Rica*, párr. 11, Doc. de la ONU CCPR/C/79/Add.107 (1999); *Ecuador*, párr. 11, Doc. de la ONU CCPR/C/79/Add.92 (1998); *Gambia*, párr. 17, Doc. de la ONU CCPR/C/75/GMB (2004).
- ¹³ Ver, p. ej., *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra* nota 10, párr. 29.
- ¹⁴ Ver, p. ej., K.L. vs. Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación N° 1153/2003, Doc. de la ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005) [en adelante K.L. vs. Perú]; L.M.R. vs. Argentina, Comité de Derechos Humanos, Comunicación N° 1608/2007, Doc. de la ONU CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011) [en adelante L.M.R. vs. Argentina]; L.C. vs. Perú, *supra* nota 8; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra* nota 10, párr. 29.
- ¹⁵ Ver, p. ej., Comité contra la Tortura, *Observaciones Finales: Chile*, párr. 7(m), Doc. de la ONU CAT/CR/32/5 (2004); *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra* nota 10, párrs. 27 y 65(k).
- ¹⁶ Ver, p. ej., *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra* nota 10, párr. 30 (el Informe señala que la atención post-aborto no debe “utilizarse como prueba en un procedimiento judicial” contra la paciente).
- ¹⁷ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra* nota 12, párr. 12(d) (la Recomendación califica la violación del secreto profesional como una forma de discriminación contra la mujer); Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, art. 2(b), Res. A.G. 34/180, DOAG ONU, Trigésimo Cuarto Período de Sesiones, Supl. N° 46, p. 193, Doc. de la ONU A/34/46 (1981) [en adelante CEDAW] (que exige a los Estados “Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer.”).
- ¹⁸ Ver, p. ej., Comité contra la Tortura, *Observaciones Finales: Chile*, párr. 7(m), Doc. de la ONU CAT/CR/32/5 (2004).
- ¹⁹ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Chile*, párr. 229, Doc. de la ONU A/54/38 (1999); *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra* nota 10, párr. 30.
- ²⁰ La OMS señala que las normas y criterios nacionales deben facilitar el acceso al aborto donde esté permitido y definir los “tipos de servicio y dónde y quién los prestan; las capacidades en materia de equipamiento, instrumental, medicamentos, insumos e instalaciones esenciales; los mecanismos de derivación; el respeto por el derecho de la mujer a decidir de manera fundamentada y por su autonomía, confidencialidad y privacidad, con atención a las especiales necesidades de las adolescentes; y las disposiciones especiales para las víctimas de violación y la objeción de conciencia por parte del personal de salud.” ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA, *supra* nota 2, p. 63.
- ²¹ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra* nota 12, párr. 11; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra* nota 10, párr. 29.

La educación sexual integral es fundamental para que las personas puedan protegerse de tener embarazos no planeados y riesgos de salud tales como las infecciones de transmisión sexual (ITSs), así como para poder decidir de manera informada sobre la sexualidad y la reproducción. Una educación sexual integral incluye “información rigurosa sobre sexualidad humana, un área que incluye: crecimiento y desarrollo; anatomía y fisiología sexual; reproducción; contracepción; embarazo y parto; VIH y SIDA; ITS; vida familiar y relaciones interpersonales; cultura y sexualidad; empoderamiento en derechos humanos; no discriminación, igualdad y roles de género; comportamiento sexual; diversidad sexual; abuso sexual; violencia basada en el género; y prácticas nocivas.”¹ Una educación sexual integral efectiva debe dar información científicamente comprobada e impartirse a lo largo de varios años, a fin de introducir nuevos conceptos conforme avanzan la edad y las capacidades evolutivas de niños y jóvenes.²

La educación sexual integral puede aplazar el inicio de la vida sexual, aumentar el uso de protección contra embarazos no deseados e ITS, y conllevar un menor número de parejas sexuales, con importantes beneficios para la salud y el bienestar general de las personas.³

Componentes de las obligaciones de los Estados

Los Estados tienen la obligación de dictar normas, políticas y prácticas que garanticen el acceso a la información y educación sexual integrales y con base científica, que se ajusten a las capacidades evolutivas de los niños y adolescentes.⁴ Ello requiere que los Estados:

- Adopten medidas para garantizar que todas las personas puedan buscar, recibir e impartir información sobre salud sexual y reproductiva.⁵ Esto incluye la obligación de:
 - Abstenerse de censurar o retener información, o de difundir información tendenciosa o errónea, como la difusión de información errónea sobre los anticonceptivos.⁶
- Adopten medidas para garantizar que todas las personas tengan acceso a educación sexual integral, tanto dentro como fuera del sistema educativo formal.⁷ Esto incluye la obligación de:
 - Incorporar los programas de educación sexual integral a los planes de estudio.⁸
 - Hacer que los programas de educación sexual integral estén disponibles en el sector informal (por ejemplo, a través de organizaciones de base), con el fin de llegar a quienes están fuera del sistema educativo.⁹
 - Incorporar la educación sexual integral a los programas de formación docente, con el fin de garantizar que los docentes se encuentren adecuadamente capacitados para proporcionar información integral en un entorno educativo seguro.¹⁰
 - Elaborar materiales que garanticen programas de educación sexuales integrales de calidad, con una base científica y accesibles.¹¹
- Adopten medidas para garantizar que los programas de educación sexual integral estén libre de estereotipos heteronormativos lesivos basados en sexo o género, o en la capacidad física o mental.¹² Esto incluye la obligación de:
 - Desarrollar materiales curriculares que no perpetúen estereotipos lesivos y discriminatorios,¹³ y que otorguen especial atención a los temas de género y diversidad.¹⁴
 - Garantizar que la educación sexual integral se enseñe en un entorno educativo seguro en el que los participantes no estén expuestos a discriminación, acoso o violencia de ningún tipo.¹⁵

V. EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (continuación)

- Desarrollen campañas y programas para crear conciencia sobre asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva, tales como los riesgos del embarazo precoz y la prevención de las ITS, a través de los medios y otros foros alternativos.¹⁶

Evaluando el cumplimiento por parte del Estado

- ¿En qué medida el Estado ha desarrollado e implementado una estrategia o plan nacional que garantice el acceso a la educación sexual integral dentro y fuera de las instituciones educativas?
- ¿En qué medida el Estado ha destinado suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para la implementación de dichas estrategias o planes?
- ¿En qué medida el Estado ha desarrollado materiales curriculares y de formación docente sobre educación sexual integral?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para impedir la difusión de información tendenciosa, discriminatoria o errónea sobre sexualidad o salud sexual y reproductiva?
- ¿Qué esfuerzos ha hecho el Estado para eliminar las limitaciones o restricciones al acceso a la educación sexual integral, como los requerimientos de autorización parental para participar en dichos programas?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para derogar normas, políticas y reglamentos que restrinjan el acceso a la educación y la información sobre salud sexual y reproductiva?¹⁷
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar que las creencias, prácticas o instituciones religiosas o sociales no obstaculicen el acceso a la educación sexual integral?

Indicadores relevantes

Los indicadores relevantes incluyen, pero no se limitan a:

- Porcentaje de adolescentes que han recibido educación sexual integral en sus escuelas (indicador de proceso).
- Porcentaje de adolescentes que entienden cómo prevenir el embarazo no deseado y las ITS (indicador de proceso).
- Porcentaje de profesionales de la salud capacitados para dar orientación sobre salud sexual (indicador de proceso).
- Proporción de maestros que imparten educación sexual sobre el total de alumnos matriculados (indicador de proceso).
- Porcentaje de adolescentes sexualmente activos que utilizaron anticoncepción en su primera o última relación sexual (indicador de proceso).

Recursos adicionales del Centro de Derechos Reproductivos

Bringing Rights to Bear: The Human Right to Information on Sexual and Reproductive Health

El derecho de mujeres y adolescentes a informarse sobre la anticoncepción

The Reproductive Rights of Adolescents: A Tool for Health and Empowerment

An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools

¹ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO), ORIENTACIONES TÉCNICAS INTERNACIONALES SOBRE EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD: UN ENFOQUE BASADO EN EVIDENCIA ORIENTADO A ESCUELAS, DOCENTES Y EDUCADORES DE LA SALUD VOL. II: TEMAS Y OBJETIVOS DE APRENDIZAJE 5 (2009) [en adelante UNESCO, ORIENTACIONES TÉCNICAS INTERNACIONALES VOL. II].

V. EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (continuación)

- ² Ver, p. ej., UNESCO, ORIENTACIONES TÉCNICAS INTERNACIONALES VOL. II, *supra* nota 1, p. 23.
- ³ Ver ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO), ORIENTACIONES TÉCNICAS INTERNACIONALES SOBRE EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD - UN ENFOQUE BASADO EN EVIDENCIA ORIENTADO A ESCUELAS, DOCENTES Y EDUCADORES DE LA SALUD VOL. I 2 (2009).
- ⁴ Ver, p. ej., Relator Especial sobre el derecho a la educación, *Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*, párr. 87(c), Doc. de la ONU A/65/162 (2010) [en adelante *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*].
- ⁵ Ver, p. ej., Comité de los Derechos del Niño, *Observación General N° 3: VIH/SIDA y los derechos del niño*, párr. 26 (2003), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 398 (2008) [en adelante *Comité CDN, Observación General N° 3*]; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 12(b) (2000), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 78 (2008) [en adelante *CDESC, Observación General N° 14*].
- ⁶ Ver, p. ej., Comité CDN, *Observación General N° 3*, *supra* nota 5, párr. 16, Doc. de la ONU CRC/GC/2003/3 (2003); CDESC, *Observación General N° 14*, *supra* nota 5, párr. 34; INTERIGHTS vs. Croacia, Comité Europeo de Derechos Sociales N° 45/2007, párr. 47 (2009) [en adelante *INTERIGHTS vs. Croacia*]; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párr. 39.
- ⁷ Ver, p. ej., Comité de los Derechos del Niño, *Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, párrs. 26, 28 y 39(b) (2003), Doc. de la ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 410 (2008) [en adelante *Comité CDN, Observación General N° 4*]; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 24: Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud)*, párr. 18 (1999), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 358 (2008) [en adelante *Comité CEDAW, Recomendación General N° 24*]; CDESC, *Observación General N° 14*, *supra* nota 5, párr. 11.
- ⁸ Ver, p. ej., Comité de Derechos Humanos, *Observaciones Finales: Polonia*, párr. 11, Doc. de la ONU CCPR/C/79/Add.110 (1999); INTERIGHTS vs. Croacia, *supra* nota 6, párr. 47; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párr. 87(c).
- ⁹ Ver, p. ej., Comité CDN, *Observación General N° 4*, *supra* nota 7, párr. 28; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párr. 87(f).
- ¹⁰ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*, *supra* nota 7, párr. 18; INTERIGHTS vs. Croacia, *supra* nota 6, párr. 47; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párr. 87(e).
- ¹¹ Ver, p. ej., INTERIGHTS vs. Croacia, *supra* nota 6, párr. 47; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párr. 87(d).
- ¹² Ver, p. ej., *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párrs. 62-63.
- ¹³ Ver, p. ej., INTERIGHTS vs. Croacia, *supra* nota 6, párr. 48; *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párr. 63.
- ¹⁴ Ver, p. ej., *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párrs. 21-23 y 87(d).
- ¹⁵ Ver, p. ej., Comité CDN, *Observación General N° 4*, *supra* nota 7, párr. 39(a).
- ¹⁶ Ver, p. ej., Comité CDN, *Observación General N° 4*, *supra* nota 7, párr. 28; Comité CDN, *Observaciones Finales: Honduras*, párr. 63(e), Doc. de la ONU CRC/C/HND/CO/3 (2007); *Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la educación*, *supra* nota 4, párr. 87(f).
- ¹⁷ Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Inf. Prov. del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, párrs. 56, 64 y 65(e), Doc. de la ONU A/66/254 (2011).

VI. EL DERECHO A ESTAR LIBRE DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La violencia contra las mujeres,¹ es decir la violencia basada en género contra las mujeres que produce o puede producir daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico en el ámbito público o privado,² viola los derechos fundamentales de mujeres y niñas y puede plantear un serio obstáculo al disfrute de los derechos sexuales y reproductivos. Los embarazos no planeados, las ITS y las complicaciones relacionadas con el embarazo son solo algunas de las muchas consecuencias de la violencia sexual o doméstica para la salud. Cuando mujeres y niñas son sometidas a violencia sexual o doméstica, su capacidad para controlar su fertilidad se ve reducida. Particularmente, la violencia puede disminuir la capacidad de negociar el uso de anticonceptivos o de acceder a éstos, y puede restringir la autonomía reproductiva y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de mujeres y niñas. La dependencia económica sobre el agresor, por ejemplo, puede dejar a una mujer sin acceso a recursos del hogar para adquirir bienes o servicios de salud sexual y reproductiva sin que su pareja se entere.

Prácticas lesivas como la mutilación genital femenina o el matrimonio precoz o forzoso constituyen una forma de violencia contra las mujeres y una violación a una serie de derechos humanos. Éstas pueden limitar gravemente el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos. La mutilación genital femenina, por ejemplo, conlleva daños físicos, sexuales y psicológicos de largo plazo; puede causar graves complicaciones en el embarazo y aumentar el riesgo de mortalidad materno-infantil y de contracción de ITS, incluyendo el VIH. El matrimonio infantil, conlleva con frecuencia a embarazos precoces, y las adolescentes son más propensas a sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto.

Componentes de las obligaciones de los Estados

Los Estados tienen el deber de desarrollar normas, políticas y prácticas que prevengan, sancionen y eliminen la violencia contra la mujer en los ámbitos público y privado.³ Para ello es necesario que los Estados:

- Reconozcan y adopten medidas para prevenir todas las formas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia física, sexual, psicológica y económica, incluyendo la violencia doméstica, el acoso o abuso sexual, el tráfico o la mutilación genital femenina. Esto incluye la obligación de:
 - Adoptar medidas para cambiar los patrones sociales y culturales, con miras a erradicar prejuicios y prácticas que se basan en la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o visiones estereotipadas sobre los roles del hombre y la mujer;⁴
 - Adoptar medidas legislativas necesarias para prevenir todas las formas de violencia contra la mujer, incluyendo la mutilación genital femenina, la violación conyugal y los llamados delitos de “honor”;⁵
 - Capacitar a jueces, personal policial y profesionales de la salud para reconocer y responder a las distintas formas de violencia contra la mujer, de una manera eficaz y con un enfoque de género;⁶
 - Proporcionar a las sobrevivientes de la violencia casas de acogida, atención en salud sexual y reproductiva (por ejemplo, acceso a la anticoncepción de emergencia, aborto y tratamiento profiláctico antirretroviral en casos de violencia sexual), así como orientación, órdenes de protección y asistencia jurídica.⁷
- Actúen con la debida diligencia para investigar y sancionar a los autores de la violencia contra la mujer. Esto incluye la obligación de:
 - Investigar todas las denuncias de violencia contra la mujer de forma oportuna, completa, seria e imparcial y llevar a los autores ante la justicia;⁸

VI. EL DERECHO A ESTAR LIBRE DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (continuación)

- Brindar a las víctimas de violencia acceso a la justicia, incluyendo asistencia jurídica gratuita cuando sea necesario, con el fin de garantizar una reparación suficiente, efectiva y disponible que comprenda la indemnización y la rehabilitación.⁹
- Recojan, analicen y difundan datos desglosados respecto de la magnitud, las causas y los efectos de la violencia contra la mujer, y de la eficacia de las medidas para prevenir y hacer frente a la violencia.¹⁰
- Desarrollen campañas de educación pública para combatir las causas subyacentes de la violencia contra la mujer; promuevan los derechos de niñas y mujeres expuestas a la violencia de género; generen conciencia sobre el tema y reduzcan el estigma y la discriminación que contribuye a, y es dirigida a las sobrevivientes de la violencia.¹¹

Evaluando el cumplimiento por parte del Estado

- ¿En qué medida el Estado ha desarrollado e implementado estrategias y planes nacionales orientados a prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra la mujer, incluyendo las prácticas lesivas o abusivas contra las adolescentes?¹²
- ¿En qué medida el Estado ha destinado suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para la implementación de estos planes o estrategias?
- ¿En qué medida el Estado criminaliza los delitos violentos contra las mujeres?¹³ ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para suprimir los resquicios legales que favorecen la impunidad, por ejemplo, permitiendo que un violador pueda evadir una sanción penal casándose con la víctima?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para erradicar la violencia contra la mujer en entornos institucionales, tales como la violencia contra niñas en establecimientos educativos o la esterilización involuntaria en establecimientos de salud?¹⁴
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para prevenir, afrontar y erradicar la violencia contra la mujer en zonas de conflicto o post-conflicto, por ejemplo, el uso de la violación y otras formas de violencia sexual en los conflictos armados?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para prevenir, afrontar y erradicar la violencia contra la mujer en el ámbito privado y comunitario, incluyendo prácticas lesivas como la violación conyugal, los delitos de “honor”, el matrimonio infantil o forzado, o la violencia sexual en contra de trabajadoras sexuales?¹⁵
- ¿Qué medidas se han dispuesto con el fin de que el Estado actúe con la debida diligencia para investigar y sancionar hechos de violencia contra la mujer?
- ¿Qué medidas de protección ha establecido el Estado para prevenir la violencia, como el establecimiento de medidas cautelares eficaces o la creación de casas de acogida?¹⁶
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar de hecho y de derecho el acceso a la anticoncepción de emergencia o al aborto para las sobrevivientes de violencia sexual?¹⁷
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar que los mecanismos de rendición de cuentas que facilitan el acceso a la justicia de las víctimas estén disponibles para las sobrevivientes de la violencia, y en qué medida estos mecanismos son sensibles a los obstáculos concretos que enfrentan las niñas y mujeres que buscan justicia?

Indicadores relevantes

Los indicadores relevantes incluyen, aunque no se limitan a:

- Edad mínima estipulada en la ley para contraer matrimonio (indicador estructural).
- Proporción de las denuncias de violencia contra la mujer recibidas, que son investigadas y decididas por el ente nacional de derechos humanos, la defensoría del pueblo u organismo similar, y la proporción de respuestas eficaces por parte del gobierno (indicador de proceso).
- Número de casos reportados de violencia contra la mujer (indicador de proceso).
- Porcentaje de profesionales de la salud capacitados para detectar signos de abuso o violencia sexual (indicador de proceso).
- Elaboración de directrices sobre el manejo de las consecuencias médicas de la violencia contra la mujer (indicador de proceso).
- Número de procesos y condenas por violencia contra la mujer (indicador de proceso).
- Proporción de mujeres víctimas de mutilación genital femenina (indicador de resultado).
- Proporción de mujeres que han sufrido violencia física, sexual y psicológica en el último año, desglosada por gravedad, frecuencia y vínculo con el agresor (indicador de resultado).

Recursos adicionales del Centro de Derechos Reproductivos

Bringing Rights to Bear: Freedom from Violence is a Human Right

Litigation Briefing Series: M.N.N. v. Attorney General of Kenya

¹ Si bien la violencia de género también afecta a otros sectores, por ejemplo, a los transgéneros y los inconformes con su género, el presente documento se centra en los efectos sobre la salud reproductiva de la violencia de género que afecta a niñas y mujeres.

² Ver, p. ej., Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, art. 3 (2011) [*en adelante* Convenio del Consejo de Europa sobre la violencia contra las mujeres]; Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, “Convención de Belém do Pará”, art. 1 (1995) [*en adelante* Convención de Belém do Pará].

³ Ver Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 19: Violencia contra la mujer* (1992), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 331 (2008) [*en adelante* Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19*]; A.T. vs. Hungría, Comité CEDAW, Comunicación N° 2/2003, Doc. de la ONU CEDAW/C/32/D/2/2003 (2005) [*en adelante* A.T. vs. Hungría]; Convenio del Consejo de Europa sobre la violencia contra las mujeres, *supra* nota 1; Convención de Belém do Pará, *supra* nota 1; Opuz vs. Turquía N° 33401/02, Corte Eur. DD.HH. (2009); Maria da Penha Maia Fernandes vs. Brasil, Caso 12.051, CIDH, Informe N° 54/01, OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev. (2000); Jessica Gonzales vs. Estados Unidos, Caso 12.626, CIDH, Informe N° 52/07, OEA/Ser./L/V/II.130, doc. 22, rev. 1 (2007).

⁴ Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, art. 5(a), Res. A.G. 34/180, DOAG ONU, Trigésimo Cuarto Período de Sesiones, Supl. N° 46, p. 193, Doc. de la ONU A/34/46 (1981); A.T. vs. Hungría, *supra* nota 3; Convenio del Consejo de Europa sobre la violencia contra las mujeres, *supra* nota 1, art. 12(1).

⁵ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19, supra* nota 3, párrs. 24(a), 24(b), 24(l) y 24(r)(ii); A.T. vs. Hungría, *supra* nota 3, párr. 9.6(II)(e); Comité de Derechos Humanos, *Observación General N° 28: Artículo 3 (La igualdad de derechos entre hombres y mujeres)*, párr. 11 (2000), Doc. de la ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 168 (2008) [*en adelante* Comité de Derechos Humanos, *Observación General N° 28*].

⁶ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19, supra* nota 3, párrs. 24(b) y 24(k); A.T. vs. Hungría, *supra* nota 3, párr. 9.6(II)(d).

⁷ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19, supra* nota 3, párrs. 24(k) y 24(t)(iii); A.T. vs. Hungría, *supra* nota 3, párr. 9.6(II)(e); Comité de Derechos Humanos, *Observación General N° 28, supra* nota 5, párr. 11.

⁸ Ver, p. ej., A.T. vs. Hungría, *supra* nota 3, párr. 9.6(II)(f).

⁹ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19, supra* nota 3, párr. 24(t)(i); A.T. vs. Hungría, *supra* nota 3, párr. 9.6(II)(g); Comité de Derechos Humanos, *Observación General N° 28, supra* nota 5, párr. 11.

¹⁰ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19, supra* nota 3, párr. 24(c).

¹¹ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19, supra* nota 3, párrs. 24(f) y 24(t)(ii); Comité de los Derechos del Niño, *Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del niño*, párr. 24 (2003), Doc. de la ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 410 (2008) [*en adelante* Comité CDN, *Observación General N° 4*].

¹² Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19, supra* nota 3, párr. 24(l).

VI. EL DERECHO A ESTAR LIBRE DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (continuación)

¹³ Ver, p. ej., A.T. vs. Hungría, *supra* nota 3, párr. 9.6(II)(b).

¹⁴ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19*, *supra* nota 3, párr. 24(m); A.S. vs. Hungría, Comité CEDAW N° 4/2004, Doc. de la ONU CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006).

¹⁵ Ver, p. ej., A.T. vs. Hungría, *supra* nota 3, párr. 9.6(II)(b).

¹⁶ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19*, *supra* nota 3, párr. 24(t)(iii).

¹⁷ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19*, *supra* nota 3, párr. 24(m).

Las personas viviendo con VIH tienen el mismo derecho a la salud sexual y reproductiva que las personas VIH negativas, incluyendo la libertad de decidir cómo y cuándo reproducirse y de tener una vida sexual segura y satisfactoria. Sin embargo, las personas viviendo con VIH son frecuentemente discriminadas en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, lo que las puede disuadir de solicitar atención médica indispensable y por ende debilitar los programas de prevención y tratamiento.¹

La falta de información sobre la prevención y los métodos de transmisión del VIH impide a las personas tomar las precauciones necesarias para protegerse de contraer el VIH y puede contribuir a la propagación de ideas erróneas que alimentan el estigma y la discriminación contra las personas viviendo con VIH.

Componentes de las obligaciones de los Estados

Los Estados tienen el deber de desarrollar normas, políticas y prácticas que garanticen la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y garanticen el derecho a estar libre de discriminación por razón del VIH. Para ello es necesario que los Estados:

- Adopten medidas para erradicar los factores sociales y culturales que exacerban el riesgo de que niñas y mujeres contraigan el VIH, incluyendo la violencia basada en género, los estereotipos de género, la ausencia o insuficiencia de la educación sexual para jóvenes, y el matrimonio precoz.²
- Adopten medidas para garantizar a todas las personas el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH.³ Estas medidas incluyen la obligación de garantizar información y educación en VIH,⁴ acceso a condones (incluyendo los femeninos),⁵ consejería y pruebas de VIH voluntarios y confidenciales,⁶ proporcionar atención médica libre de prácticas discriminatorias⁷ y la asequibilidad de los medicamentos necesarios para las personas viviendo con VIH.⁸
- Adopten medidas para garantizar que todas las personas viviendo con VIH tengan la capacidad de decidir informada y voluntariamente sobre la posibilidad concebir.⁹ Ello incluye garantizar el acceso a información y servicios anticonceptivos, servicios de aborto seguro y tecnologías reproductivas.
- Adopten medidas para garantizar a todas las personas viviendo con VIH el acceso a información, bienes y servicios de salud reproductiva, incluyendo la atención perinatal, la atención médica calificada durante el parto, la atención obstétrica de urgencia y los medicamentos y la tecnología esenciales para la salud sexual y reproductiva.¹⁰ Esto incluye la obligación de:
 - Garantizar el acceso de mujeres embarazadas viviendo con VIH y de mujeres viviendo con VIH que deseen iniciar un embarazo, a servicios de salud reproductiva libres de prácticas discriminatorias o abusivas,¹¹
 - Garantizar el acceso a la tecnología y los medicamentos necesarios que permiten disminuir el riesgo de transmisión vertical del VIH.¹²
- Desarrollen campañas de educación pública sobre el VIH, basadas en evidencia científica, que permitan crear conciencia sobre el virus, incluyendo los métodos de prevención y transmisión, y reducir el estigma contra las personas viviendo con VIH y promover sus derechos.¹³

Evaluando el cumplimiento por parte del Estado

- ¿En qué medida el Estado ha desarrollado e implementado una estrategia o plan nacional orientado a prevenir, tratar y controlar el VIH, incluso garantizando el acceso a programas de prevención y tratamiento (incluyendo aquellos dirigidos a reducir la transmisión vertical)¹⁴ y erradicar la discriminación contra las personas viviendo con VIH?¹⁵

VII. VIH/SIDA (continuación)

- ¿En qué medida el Estado ha destinado suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para la implementación de dichas estrategias o planes?
- ¿En qué medida el Estado ha promulgado medidas de protección legislativas o regulatorias que garanticen el derecho de las personas viviendo con VIH a brindar su consentimiento informado y voluntario para los bienes y servicios de salud, incluyendo las pruebas de VIH, así como la confidencialidad de los exámenes y tratamientos?¹⁶
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para eliminar las prácticas involuntarias o punitivas en los programas de detección, prevención o tratamiento del VIH, tales como la realización no autorizada de exámenes de detección a mujeres o niñas embarazadas?¹⁷
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para derogar las normas jurídicas que penalizan la actividad sexual consentida entre personas del mismo sexo y la transmisión del VIH?¹⁸
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para respetar el derecho de las personas viviendo con VIH a decidir de manera autónoma sobre la posibilidad de tener hijos, eliminando, por ejemplo, políticas o programas que promuevan o avalen la esterilización o el aborto involuntarios en mujeres viviendo con VIH?¹⁹
- ¿En qué medida el Estado ha promulgado, implementado o hecho cumplir leyes y políticas que protejan a las personas viviendo con VIH de la discriminación en el ámbito privado (por ejemplo, despidos injustificados de personas viviendo con VIH)?²⁰
- ¿Qué tipos de garantías administrativas o judiciales ha promulgado el Estado para brindar reparación e indemnización en los casos en los que a un individuo viviendo con VIH se le haya negado atención médica necesaria con base a su estatus de VIH o que haya recibido tratos abusivos o discriminatorios en un establecimiento de salud?
- ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar que dichas garantías administrativas o judiciales sean accesibles y oportunas?

Indicadores relevantes

Los indicadores relevantes incluyen, aunque no se limitan a:

- Proporción de la población cubierta por los programas de sensibilización sobre transmisión de enfermedades (por ejemplo VIH/SIDA) (indicador de proceso).
- Proporción de la población que aplica medidas preventivas eficaces contra enfermedades (por ejemplo, VIH/SIDA o malaria) (indicador de proceso).
- Número de programas de prevención de la transmisión vertical del VIH (indicador de proceso).
- Incidencia del VIH (indicador de resultado).

Recursos adicionales del Centro de Derechos Reproductivos

Bringing Rights to Bear: Human Rights in the Context of HIV/AIDS and Other Sexually Transmissible Infections (STIs)

Dignidad negada: Violaciones de los derechos de las mujeres VIH positivas en establecimientos de salud chilenos

At Risk: Rights Violations of HIV-Positive Women in Kenyan Health Facilities

Litigation Briefing Series: F.S. v. Chile

VII. VIH/SIDA (continuación)

- ¹ Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos y ONUSIDA, *Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*, 2006 versión consolidada (2006), párr. 96.
- ² Ver, p. ej., Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, art. 5, Res. A.G. 34/180, DOAG ONU, Trigésimo Cuarto Período de Sesiones, Supl. N° 46, p. 193, Doc. de la ONU A/34/46 (1981) [en adelante CEDAW]; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 15: Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)* (1990), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/ Rev.9 (Vol. II), p. 327 (2008) [en adelante Comité CEDAW, *Recomendación General N° 15*]; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 24: Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud)*, párr. 18 (1999), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 358 (2008) [en adelante Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*]; Comité de los Derechos del Niño, *Observación General N° 3: VIH/SIDA y los derechos del niño* (2003), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 398 (2008) [en adelante Comité CDN, *Observación General N° 3*].
- ³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12(c), Res. A.G. 2200A (XXI), DOAG ONU, Supl. N° 16, Doc. de la ONU A/6316 (1966) [en adelante PIDESC]; Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra nota 2*, párr. 18; Comité CDN, *Observación General N° 3, supra nota 2*; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr.16 (2000), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 78 (2008) [en adelante CDESC, *Observación General N° 14*].
- ⁴ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra nota 2*, párr. 18; CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr.16.
- ⁵ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, párr. 30 (2003), Doc. de la ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 410 (2008) [en adelante Comité CDN, *Observación General N° 4*].
- ⁶ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra nota 2*, párr. 18.
- ⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*, párr. 33, Doc. de la ONU E/C.12/ GC/20 (2009) [en adelante CDESC, *Observación General N° 20*]; CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párrs. 12(b) y 18; Comité CDN, *Observación General N° 3, supra nota 2*; Comité CDN, *Observación General N° 4, supra nota 5*, párr. 41(b).
- ⁸ CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr. 12(b).
- ⁹ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra nota 2*, párr. 22.
- ¹⁰ Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 20, supra nota 7*, párr. 33 (prohibiendo el trato diferencial a las personas VIH positivas en el acceso a la salud).
- ¹¹ Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr. 12(b).
- ¹² Ver, p. ej., PIDESC, *supra nota 3*, art. 12(c); CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr. s16.
- ¹³ Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr. 16.
- ¹⁴ Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr. 16.
- ¹⁵ Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr. 12(b); CDESC, *Observación General N° 20, supra nota 7*, párr. 33.
- ¹⁶ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra nota 2*, párr. 22; CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr. 8.
- ¹⁷ Ver, p. ej., CDESC, *Observación General N° 14, supra nota 3*, párr. 8.
- ¹⁸ Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Inf. del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, párrs. 76(a) y 76(c), Doc. de la ONU A/HRC/14/20 (2010).
- ¹⁹ Ver, p. ej., Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24, supra nota 2*, párr. 22.
- ²⁰ Ver, p. ej., Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 18: El derecho al trabajo*, párr. 12(b)(i) (2005), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 139 (2008).