



Asamblea General

Distr. general
28 de abril de 2021
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

47º período de sesiones

21 de junio a 9 de julio de 2021

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis

Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas

Resumen

En el presente informe, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas pide un cambio radical en la forma en que se identifican y enfrentan las situaciones de crisis, y llama la atención sobre el importante obstáculo que supone para la igualdad de género que las mujeres y las niñas no puedan disfrutar de sus derechos básicos en materia de salud sexual y reproductiva, como resultado del persistente incumplimiento por los Estados de su obligación de respetar, proteger y hacer efectivos de manera adecuada esos derechos. El Grupo de Trabajo examina una serie de amenazas y riesgos para la salud sexual y reproductiva y la autonomía de las mujeres y las niñas que se plantean durante las situaciones de crisis y antes de estas, y que se sustentan en diversas formas de discriminación y desventajas sistémicas que contribuyen a agravarlos. El Grupo de Trabajo señala las prácticas prometedoras y formula recomendaciones para corregir deficiencias básicas, lo que requerirá un cambio radical en la forma de gestionar y abordar las crisis desde la perspectiva de las mujeres y las niñas y de conformidad con sus derechos humanos.



Índice

| | <i>Página</i> |
|---|---------------|
| I. Actividades..... | 3 |
| A. Períodos de sesiones | 3 |
| B. Visitas a los países | 3 |
| C. Comunicaciones y comunicados de prensa..... | 3 |
| D. Otras actividades..... | 3 |
| II. Análisis temático: los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis | 4 |
| A. Introducción..... | 4 |
| B. Marco conceptual y jurídico | 4 |
| C. Principales factores subyacentes que agravan los riesgos y amenazas | 8 |
| D. Mujeres y niñas que se enfrentan a obstáculos y amenazas agravados..... | 16 |
| III. Conclusiones y recomendaciones..... | 21 |
| A. Conclusiones..... | 21 |
| B. Recomendaciones | 21 |

I. Actividades

1. El presente informe abarca las actividades realizadas por el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas desde la presentación de su informe anterior (A/HRC/44/51) hasta abril de 2021.

A. Períodos de sesiones

2. En el contexto de las restricciones impuestas por la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), el Grupo de Trabajo celebró tres períodos de sesiones de forma virtual durante el periodo que abarca el informe. En su 28° período de sesiones, celebrado del 6 al 10 de julio de 2020, mantuvo reuniones con representantes de organizaciones de la sociedad civil, estudió futuros documentos de posición y cuestiones metodológicas y se centró en el presente análisis temático.

3. En el 29° período de sesiones, celebrado del 12 al 16 de octubre de 2020, los expertos se reunieron con la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y Relatora Especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos, que acababan de ser designadas. También se reunieron con el principal patrocinador del mandato del Grupo de Trabajo y organizaron una reunión de despedida para el miembro saliente de la región de América Latina y el Caribe y una sesión de presentación para el nuevo miembro del Grupo de Trabajo.

4. En su 30° período de sesiones, celebrado los días 19 de enero y 22 a 25 de enero de 2021, el Grupo de Trabajo mantuvo reuniones con organizaciones de la sociedad civil, organizó una reunión con los Estados miembros que contó con una gran asistencia y trabajó en su informe temático. El Grupo de Trabajo también examinó posibles prioridades temáticas futuras.

B. Visitas a los países

5. El Grupo de Trabajo visitó Rumania del 24 de febrero al 6 de marzo de 2020¹. Agradece al Gobierno su cooperación y anima a los demás Estados a responder positivamente a sus solicitudes para realizar visitas, que se reanudarán en cuanto lo permita el contexto mundial en materia de salud pública.

C. Comunicaciones y comunicados de prensa

6. El Grupo de Trabajo envió comunicaciones a Gobiernos, a título individual o junto con otros titulares de mandatos. Las comunicaciones se referían a un amplio abanico de temas incluidos en su mandato, en particular las leyes y prácticas discriminatorias y las denuncias de violaciones de los derechos de defensoras de los derechos humanos, violencia de género y violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva². El Grupo de Trabajo también publicó comunicados de prensa, a título individual o junto con otros titulares de mandatos, órganos de tratados y mecanismos regionales³.

D. Otras actividades

7. Los expertos llevaron a cabo numerosas actividades en su calidad de miembros del Grupo de Trabajo⁴. En particular, la presidenta del Grupo de Trabajo intervino en el 65° período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer y presentó un informe oral sobre su labor ante la Asamblea General. El Grupo de Trabajo organizó un

¹ Véase A/HRC/47/38/Add.1.

² Véase www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/Communications.aspx.

³ Véase www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/NewsSearch.aspx?MID=WG_Women.

⁴ Véase www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/Activities.aspx.

evento paralelo sobre el tema “El activismo de las niñas: logros, retos y oportunidades para el cambio social”, con niñas activistas de varias regiones del mundo durante el período de sesiones de la Comisión, y miembros del Grupo de Trabajo participaron en otras actividades paralelas. El Grupo de Trabajo también organizó un evento con motivo del décimo aniversario del establecimiento de su mandato⁵.

II. Análisis temático: los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis

A. Introducción

8. El pleno disfrute de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva es indispensable para que las mujeres y las niñas puedan ejercer todos los demás derechos humanos y para el logro de la igualdad de género. El acceso a los servicios, bienes e información relativos a la salud sexual y reproductiva es esencial en todo momento, especialmente en situaciones de crisis. Las crisis afectan de manera grave y desigual a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, lo que exacerba y profundiza más aún las desventajas y la discriminación sistémicas a las que se enfrentan⁶. La pandemia de COVID-19 ha conllevado importantes dificultades económicas a nivel mundial y ha desencadenado múltiples crisis locales e individuales, en un contexto de innumerables crisis preexistentes a nivel político, social, económico, ambiental y de salud pública. Las mujeres y las niñas se han visto afectadas de forma desproporcionada por todas ellas.

9. En el presente informe, el Grupo de Trabajo pone de relieve el incumplimiento generalizado por parte de los Estados de la obligación de reconocer, respetar, proteger y hacer efectivos de manera adecuada los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, tanto en tiempos de crisis, marcados por acontecimientos concretos, como con anterioridad a ellos, y formula una serie de recomendaciones dirigidas a remediar deficiencias fundamentales. El Grupo de Trabajo desea expresar su agradecimiento a todos los interesados por sus contribuciones a la preparación del informe, especialmente respondiendo a un cuestionario y participando en consultas.

B. Marco conceptual y jurídico

1. Entender las crisis desde la perspectiva de los derechos de las mujeres y las niñas

10. Las crisis suelen definirse como un acontecimiento puntual o una serie de acontecimientos que representan una amenaza crítica para la salud, la seguridad, la protección o el bienestar de una comunidad u otro grupo grande de personas⁷. Se entiende que son momentos de gran dificultad y peligro o situaciones amenazantes que requieren una acción urgente⁸, y abarcan escenarios muy diversos, que van desde los conflictos armados y las catástrofes naturales hasta los períodos de inestabilidad política y dificultades socioeconómicas, así como las pandemias, por nombrar algunos.

11. El Grupo de Trabajo considera que centrarse en el “acontecimiento” para explicar una situación de crisis puede desviar la atención de importantes factores subyacentes que hacen

⁵ Véase www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/UN_WGDAW_10_years_anniversary.aspx.

⁶ Véanse A/HRC/26/39 ; A/HRC/32/44; y las declaraciones del Grupo de Trabajo de 20 de abril de 2020, titulada “Responses to the COVID-19 pandemic must not discount women and girls”, y de 14 de julio de 2020, titulada “COVID-19 and increase in gender-based violence and discrimination against women”.

⁷ Véase A/HRC/28/76.

⁸ Paul Shrivastava, “Crisis theory/practice: towards a sustainable future”, *Industrial and Environmental Crisis Quarterly* vol. 7, núm. 1. Véase también Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, *Guidelines for disaster early recovery*, 2011.

que una determinada situación sea “crítica” para diversas poblaciones, especialmente para las mujeres y las niñas, lo que puede afectar a la formulación de medidas preventivas y políticas de respuesta eficaces. Si la atención se centra estrictamente en un acontecimiento repentino o en una serie de acontecimientos como elementos definitorios de una crisis, se corre el riesgo de que no se tengan plenamente en cuenta las repercusiones relacionadas con el género que experimentan las mujeres y las niñas y los factores subyacentes de la crisis que las afectan de formas muy específicas.

12. Mujeres de todo el mundo consideran la desigualdad de género, que se manifiesta en las desventajas sistémicas que sufren las mujeres a lo largo de su ciclo vital y en la violencia de género, como una crisis en sí misma, normalizada por siglos de instituciones y marcos jurídicos y de políticas patriarcales, coloniales y raciales, y agravada por la falta de aplicación de protecciones legales y el incumplimiento de compromisos políticos. Muchas de las crisis que sufren individualmente las mujeres y las niñas, como los embarazos no planeados y la violencia sexual, atentan contra su dignidad, restringen sus libertades y están ligadas a su condición sexual y reproductiva. Están vinculadas a la discriminación estructural y se ven alentadas por la opresión patriarcal, los estereotipos de género generalizados, el estigma y los tabúes que fomentan la desigualdad de género. Estas crisis no se reconocen oficialmente y se siguen ignorando, a pesar de su carácter sistémico y de las graves consecuencias que entrañan para las mujeres y las niñas.

13. Las mujeres y las niñas han señalado como crisis gravemente desatendidas la alta incidencia los embarazos forzados y precoces causados por abusos sexuales, la falta de educación sexual integral o prácticas nocivas⁹ como el matrimonio infantil, así como la violencia de bandas. Muchos problemas de salud sexual y reproductiva implican aspectos de salud mental, que también se descuidan y se intensifican en situaciones de crisis. La toxificación del planeta es una crisis menos visible que tiene consecuencias devastadoras para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, ya que contribuye a la infertilidad, los abortos, los partos prematuros, el adelanto de la menstruación y la menopausia, los cánceres del aparato reproductor y la disminución de la lactación, entre otras cosas¹⁰.

14. Es necesario un cambio radical en el enfoque para identificar y enfrentar las situaciones de crisis, que responda a las cuestiones de género, sea interseccional y reconozca el trauma oculto, aunque profundo, que entraña la falta de efectividad de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, así como los efectos intergeneracionales y de por vida que ello conlleva. Muchas situaciones de crisis están predeterminadas por capas acumulativas de desigualdades y discriminación preexistentes, que pueden quedar crudamente expuestas y verse profundamente agravadas por un acontecimiento concreto¹¹. Como recordó el Comité Asesor del Consejo de Derechos Humanos, los patrones de violaciones de los derechos humanos proporcionan una indicación temprana de una crisis potencial o emergente¹². Durante la crisis de la pandemia de COVID-19, muchas mujeres destacaron, en efecto, que para ellas “la crisis ya existía”¹³.

15. Ningún país del mundo ha conseguido eliminar de forma efectiva la discriminación contra las mujeres y las niñas ni alcanzar la plena igualdad de género¹⁴. Las leyes y políticas que niegan a las mujeres y a las niñas sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva son intrínsecamente discriminatorias. Los Estados no pueden estar verdaderamente preparados para una crisis ni recuperarse de ella si persisten las desigualdades y brechas estructurales que niegan a las mujeres y a las niñas una gama completa de servicios y bienes de salud sexual y reproductiva, socavan su autonomía y descuidan los determinantes básicos de la salud.

⁹ Véanse la recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño (2019), aprobadas de manera conjunta.

¹⁰ E/C.19/2013/9, párr. 21. Véase también Donatella Caserta y otros, “Environment and women's reproductive health”, *Human Reproduction Update*, vol. 17, núm. 3.

¹¹ Véase Jane McAdam, “The concept of crisis migration”, *Forced Migration Review* vol. 45, núm. 10.

¹² A/HRC/28/76, párrs. 42 y 43.

¹³ Opiniones expresadas durante las consultas regionales celebradas por el Grupo de Trabajo.

¹⁴ Véase A/HRC/38/46.

2. Derechos en materia de salud sexual y reproductiva

16. Actualmente, el hecho de que mujeres y niñas no puedan disfrutar de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva constituye un importante obstáculo para la igualdad de género y pone de manifiesto profundas desigualdades. Se calcula que cada día se producen 810 muertes maternas en todo el mundo¹⁵, y que cada año se practican 25 millones de abortos peligrosos¹⁶, lo que provoca aproximadamente 47.000 muertes al año¹⁷, principalmente en países en desarrollo y entre los miembros de poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas y marginadas. Cada 16 segundos se produce una muerte fetal¹⁸. Más de 200 millones de mujeres que quieren evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos modernos debido a múltiples obstáculos¹⁹. A millones de mujeres y niñas se les impide gestionar su ciclo menstrual con seguridad y dignidad²⁰. Estos resultados y obstáculos se amplifican significativamente en tiempos de crisis.

17. En un contexto de aumento de los fundamentalismos, las reacciones negativas ante los avances en la igualdad de las mujeres se han dirigido con demasiada frecuencia contra los derechos en materia de salud sexual y reproductiva²¹. La discriminación que sufren las mujeres y las niñas en relación con sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva puede atribuirse en buena medida a la instrumentalización y politización de sus cuerpos²².

18. El Grupo de Trabajo recuerda que los derechos en materia de salud sexual y reproductiva están claramente establecidos en el derecho internacional. Forman parte integrante de los derechos civiles y políticos que fundamentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía, como los derechos a la vida, a la libertad y la seguridad de la persona, a no ser sometido a tortura ni otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la privacidad y el respeto por la vida familiar y a la no discriminación y la igualdad, así como de los derechos económicos, sociales y culturales, como los derechos a la salud, la educación y el trabajo y el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y los derechos transversales a la no discriminación y la igualdad²³. El derecho de la mujer a controlar su fertilidad es fundamental para la efectividad de esos derechos, y para la autonomía y la capacidad de actuación de la mujer²⁴. Los Estados tienen la obligación de garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva estén disponibles y sean accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad²⁵. Las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas deben ser atendidas para garantizar la igualdad sustantiva.

19. La eliminación de la discriminación y la garantía de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva es una obligación fundamental e inmediata de los Estados²⁶. El Grupo

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Maternal mortality – evidence brief*, 2019.

¹⁶ Ann M. Starrs y otros, “Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission”, *The Lancet*, vol. 391, núm. 10140.

¹⁷ OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2012.

¹⁸ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *A neglected tragedy: the global burden of stillbirths*, 2020.

¹⁹ Ann M. Starrs y otros, “Accelerate progress”.

²⁰ UNICEF, *Guidance on menstrual health and hygiene*, 2019.

²¹ Véanse A/HRC/35/29; y A/HRC/38/46.

²² Véase A/HRC/32/44.

²³ Entre otros: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (art. 12); Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 17, 23 a 25 y 27); Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5 e) iv); Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (arts. 28, 43, párr 1 e), 45, párr. 1 c), y 70); y Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (arts. 23 y 25). Véanse también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), observación general núm. 21 (2009) y observación general núm. 22 (2016); y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999).

²⁴ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (art. 16 e)).

²⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párrs. 11 a 21.

²⁶ Véanse Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 3 (1990), observación general núm. 14 (2000), observación general núm. 16 (2005) y observación general

de Trabajo ha llamado la atención en repetidas ocasiones sobre el hecho de que la igualdad en el ámbito de la salud requiere un enfoque diferenciado respecto de las mujeres y de los hombres, de acuerdo con sus necesidades biológicas²⁷. La negativa de un Estado a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria²⁸. Las formas interseccionales de discriminación que agravan las violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas entran en el ámbito de la obligación fundamental de los Estados de eliminar la discriminación.

20. Las normas internacionales de derechos humanos relativas a la salud sexual y reproductiva siguen aplicándose durante las situaciones de crisis²⁹. Los Estados tienen el deber de seguir cumpliendo sus obligaciones básicas cuando se produce una crisis, lo que incluye la obligación de proporcionar acceso a los servicios de planificación familiar, incluidos los anticonceptivos de emergencia, los servicios de salud materna y los servicios de aborto sin riesgo y de atención y asesoramiento posteriores al aborto para las personas que los necesiten, prevenir y tratar el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, garantizar el acceso a educación e información integrales sobre la salud sexual y reproductiva y velar por que las supervivientes de la violencia de género tengan acceso, entre otros, a servicios integrales de apoyo psicosocial, tratamiento médico y atención de la salud mental³⁰. Las obligaciones internacionales de derechos humanos relativas a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva son complementarias a las del derecho internacional humanitario, el derecho de los refugiados y el derecho penal³¹. El Grupo de Trabajo recuerda que los agentes no estatales, como los grupos armados, también están obligados a respetar las normas internacionales de derechos humanos³².

21. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluyen compromisos para lograr la igualdad de género garantizando una serie de derechos en materia de salud sexual y reproductiva para las mujeres y las niñas. El Consejo de Seguridad destacó la importancia de garantizar el acceso a toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos en su resolución 2122 (2013), sobre las mujeres y la paz y la seguridad. Más recientemente, en sus resoluciones 75/156 y 75/157, la Asamblea General pidió que se asignaran recursos para garantizar el mantenimiento del acceso universal a los servicios de atención de la salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, en las respuestas a la COVID-19. El Marco de Sendái para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 incluye mecanismos de redes de seguridad social que integran la salud sexual y reproductiva (párr. 30 j)). En el Consenso de Granada sobre la salud sexual y reproductiva en las crisis prolongadas y las

núm. 22 (2016); y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999) y recomendación general núm. 28 (2010).

²⁷ Grupo de Trabajo, "Women's autonomy, equality and reproductive health in international human rights: between recognition, backlash and regressive trends", documento de posición, 2017; y A/HRC/32/44.

²⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999), párr. 11.

²⁹ Véanse Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) y observación general núm. 22 (2016); y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 28 (2010), recomendación general núm. 30 (2013) y recomendación general núm. 37 (2018).

³⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) y observación general núm. 22 (2016); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999) y recomendación general núm. 30 (2013); Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, 2018; A/HRC/32/44; y Grupo de Trabajo, documento de posición, "Women's autonomy".

³¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 30 (2013), párr. 19.

³² *Ibid.* Véase también <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26797&LangID=E>.

fases de recuperación, los participantes pidieron que se diera prioridad a la salud sexual y reproductiva³³.

C. Principales factores subyacentes que agravan los riesgos y amenazas

1. Leyes, políticas y prácticas discriminatorias

22. La denegación del acceso a diversas formas de atención de la salud reproductiva, como la atención de la salud materna, incluida la atención obstétrica de urgencia, y la penalización del aborto constituyen un profundo incumplimiento de la obligación de garantizar la igualdad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva³⁴. La denegación del acceso a toda la gama de información y servicios de anticoncepción, así como la no eliminación de los obstáculos que impiden acceder a ellos, y los estereotipos que presentan el “papel natural” de la mujer como madre para justificar dicha denegación, constituyen una forma de discriminación contra las mujeres y las niñas que pone en peligro su bienestar³⁵.

23. Las violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva están vinculadas a la discriminación estructural. Estas violaciones adoptan múltiples formas, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o postergación del aborto sin riesgo o de la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, que se han reconocido como formas de violencia por razón de género y que pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante³⁶. El enjuiciamiento y el encarcelamiento de las mujeres y las niñas por un aborto espontáneo o una muerte fetal son discriminatorios y vulneran derechos humanos muy diversos.

24. Los protocolos y las salvaguardias legales que aseguran la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento libre e informado y la adopción libre e informada de decisiones, sin coacción, discriminación o temor a la violencia, son necesarios para garantizar la igualdad en el disfrute de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas³⁷. El estigma que a menudo se atribuye a las condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, como la fístula obstétrica, la menstruación, el aborto, el embarazo en la adolescencia y las infecciones de transmisión sexual, tiene sus raíces en estereotipos de género discriminatorios y normas patriarcales que deben eliminarse a través de políticas e intervenciones adecuadas³⁸.

2. Falta de atribución de prioridad a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva por parte de los Estados

25. Sistemáticamente, los Estados dejan de cumplir la gama completa de sus obligaciones de derechos humanos relacionadas con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva durante las situaciones de crisis y antes de una crisis. El Grupo de Trabajo observa con suma preocupación que, de los países que informaron sobre el examen y la evaluación de la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing en 2020, solo el 20 %

³³ Véase www.who.int/hac/techguidance/pht/reproductive_health_protracted_crises_and_recovery.pdf.

³⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016); A/HRC/21/22; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Da Silva Pimentel c. el Brasil* (CEDAW/C/49/D/17/2008); CEDAW/C/OP.8/PHL/1; y A/HRC/32/44. Véanse también Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999) y recomendación general núm. 33 (2015).

³⁵ CEDAW/C/OP.8/PHL/1, párrs. 33, 36 y 43; y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 28.

³⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 35 (2017). Véase también A/74/137.

³⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016); y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999).

³⁸ Véase A/HRC/32/44.

indicaron que habían proporcionado a las mujeres y las niñas en situaciones humanitarias, incluidas las refugiadas, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva³⁹.

26. Las respuestas a las crisis carecen con demasiada frecuencia de perspectiva de género y no satisfacen adecuadamente las necesidades específicas de las mujeres y las niñas. No se reconoce el valor vital de muchos servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, y esos servicios pierden prioridad o no se ofrecen en absoluto⁴⁰. El elemento que subyace a esa falta de prioridad es la discriminación contra las mujeres, “lo que refleja las jerarquías sociales sobre quiénes importan y quiénes no”⁴¹. Las medidas adoptadas por los Estados durante una crisis, como el desvío de recursos financieros y humanos de la atención de la salud sexual y reproductiva y la imposición de restricciones a los servicios, considerándolos así no esenciales, constituyen en la práctica un retroceso, lo que es incompatible con las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos⁴². A menudo, estas restricciones siguen socavando el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva una vez finalizada la crisis⁴³ y, en la mayoría de los casos, los programas de reconstrucción y los planes de recuperación no dan prioridad a la salud sexual y reproductiva⁴⁴. Durante la pandemia de COVID-19 se ha suspendido o postergado la prestación de una amplia gama de servicios y bienes esenciales de salud sexual y reproductiva, entre ellos los servicios e información en materia de anticoncepción; los servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto; las mamografías, la detección del cáncer de cuello de útero y las pruebas y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; los servicios de apoyo a las mujeres y niñas sometidas a mutilación genital femenina; y los tratamientos de fertilidad⁴⁵. Los tratamientos para la disforia de género también se han visto interrumpidos, con graves consecuencias psicológicas para las personas afectadas⁴⁶.

27. El Grupo de Trabajo subraya el papel crucial que desempeñan diversos actores en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Todos los sectores de la sociedad —particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada— tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud⁴⁷. El Estado, además de ejercer las obligaciones de diligencia debida sobre los actos de particulares y de agentes no estatales que puedan perjudicar los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, debe proporcionar un entorno propicio que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades y promueva el respeto de esos derechos. Los proveedores de servicios de salud deben estar sujetos a reglamentación para evitar que se vulneren los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, mediante la obstrucción del acceso a bienes y servicios, la difusión de información errónea⁴⁸ o la denegación de atención por motivos de conciencia o religión. Su conducta debe ajustarse a las normas de derechos humanos y a sus obligaciones éticas como profesionales de la atención de la salud.

28. El Grupo de Trabajo señala como práctica prometedora el reconocimiento constitucional de los derechos sexuales o reproductivos por parte de algunos Estados y la incorporación de las normas de derechos humanos en la legislación y las políticas nacionales.

³⁹ Véase E/CN.6/2020/3.

⁴⁰ A/HRC/42/24, párr. 53.

⁴¹ A/HRC/39/26, párr. 47.

⁴² Véanse Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) y observación general núm. 22 (2016).

⁴³ Comunicación presentada por la Feminist Alliance for Rights sobre la experiencia durante la crisis de la enfermedad por el virus del Ébola.

⁴⁴ Véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), *Manual del ACNUR para la protección de mujeres y niñas*, 2008.

⁴⁵ Véanse las comunicaciones presentadas por el Instituto de Derechos Humanos de Dinamarca; Finlandia; El Salvador; Eslovenia; el Global Respectful Maternity Care Council; la End FGM European Network; Marie Stopes International; y la Comunidad de Derechos Humanos.

⁴⁶ Véanse las comunicaciones presentadas por Finlandia y CHOICE for Youth and Sexuality.

⁴⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 12 (1999).

⁴⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 24 (2017); y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999).

El reconocimiento formal de los servicios de salud sexual y reproductiva como servicios esenciales es también una práctica prometedora que, en algunos países, se ha logrado a través de los tribunales nacionales⁴⁹ y, en otros, mediante la inclusión explícita de esos servicios en las respuestas de emergencia. En los casos en que los servicios de salud sexual y reproductiva solo se han declarado como esenciales después de estallar una crisis, su implementación se ha visto afectada, al no existir una respuesta coherente e integral ni los mecanismos institucionales necesarios para apoyar la formulación y la aplicación de esas medidas con la participación de las mujeres⁵⁰.

29. La OMS ha pedido que se flexibilicen ciertos requisitos y se reduzcan los obstáculos durante la pandemia de COVID-19 para evitar retrasos en la obtención de acceso a determinados bienes y servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos y los servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto⁵¹. Una práctica prometedora de algunos Estados ha sido la ampliación del acceso al aborto médico autogestionado, por ejemplo a través de la telemedicina⁵². El Grupo de Trabajo señala que la partería comunitaria puede desempeñar un papel crucial en la respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva durante una crisis, complementando la escasez de recursos humanos y garantizando la cobertura de los servicios, en particular en las zonas remotas, y facilitando al mismo tiempo un enfoque intercultural de la atención, que es un componente esencial de una atención aceptable y de buena calidad en ciertas comunidades.

3. Falta de inversión en servicios de atención a la salud sexual y reproductiva y deficiencias en la ayuda extranjera

30. La escasa prioridad que los Estados otorgan a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas se refleja en la falta de presupuestos con perspectiva de género y de inversión financiera en ese ámbito, también en el caso de la ayuda extranjera, y esta situación se ve agravada por las medidas de austeridad y neoliberales que han dado lugar a la privatización de los servicios públicos⁵³. El gasto público en salud sexual y reproductiva podría duplicarse, al menos en los países de ingreso mediano bajo, si los países dieran cada vez más prioridad a la salud en sus propios presupuestos⁵⁴. Muchos Estados han exhibido falta de capacidad o de voluntad para destinar recursos suficientes a la salud sexual y reproductiva⁵⁵.

31. Al Grupo de Trabajo le preocupan los obstáculos estructurales vinculados a la mala gestión y la corrupción, que abarcan desde cuellos de botella que impiden el flujo de recursos dentro de los Estados hasta la evasión fiscal y las corrientes financieras ilícitas que limitan los recursos de los Estados para prestar servicios públicos, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas⁵⁶.

32. El derecho internacional de los derechos humanos exige a los Estados que asignen suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar la salud

⁴⁹ Véase www.icj.org/wp-content/uploads/2020/11/Nepal-Right-to-health-Advocacy-analysis-brief-2020-ENG.pdf.

⁵⁰ Véanse las comunicaciones presentadas por el Foro de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN) sobre la Discapacidad y el Defensor del Pueblo de la Argentina.

⁵¹ OMS, *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19*, 2020.

⁵² Comunicación presentada por el Centro de Estudios Legales y Sociales. Véase también Church y otros, "Reproductive health under COVID-19 - challenges of responding in a global crisis", *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, núm. 1.

⁵³ Véase la comunicación presentada por la AIDS and Rights Alliance for Southern Africa.

⁵⁴ Partnership for Maternal, Newborn and Child Health y otros, "Funding for sexual and reproductive health and rights in low and middle-income countries: threats, outlook and opportunities", 2019.

⁵⁵ Véase A/HRC/39/26.

⁵⁶ Véanse A/HRC/28/73; y www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/hen-summaries-of-network-members-reports/how-does-corruption-affect-health-care-systems,-and-how-can-regulation-tackle-it#:~:text=There%20is%20growing%20evidence%20that,the%20most%20vulnerable%20population%20groups.

sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas sin discriminación⁵⁷. Tienen la obligación inmediata de adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas para la hacer efectivo el derecho de las mujeres y las niñas a la atención de la salud sexual y reproductiva y de actuar con la mayor rapidez y eficacia posibles, movilizándolo recursos nacionales y, si es necesario, solicitando la cooperación internacional⁵⁸.

33. El Grupo de Trabajo observa con preocupación que las prioridades de los donantes dirigen a menudo las intervenciones en situaciones de crisis humanitaria⁵⁹, y la igualdad de género no siempre es una de ellas. Al parecer, 7 de los 11 principales donantes gubernamentales habrían destinado solo el 2 % de los fondos a programas específicos para la igualdad de género, aunque las mujeres y las niñas representan alrededor del 50 % de la población en situaciones humanitarias⁶⁰. Los servicios de salud sexual y reproductiva no suelen considerarse esenciales o urgentes, a pesar de las vulnerabilidades y los riesgos específicos a que se enfrentan las mujeres y las niñas. La anticoncepción, el aborto y la salud de las adolescentes no suelen considerarse elementos prioritarios⁶¹. La salud menstrual y la gestión de los dolores menstruales apenas reciben atención. En algunos casos, ni siquiera los servicios de maternidad se financian adecuadamente ni reciben la debida prioridad porque no se perciben como una cuestión “humanitaria”⁶². Las supervivientes de la violencia suelen quedarse sin acceso a bienes y servicios esenciales, como los anticonceptivos de emergencia, la profilaxis posterior a la exposición y los servicios de aborto sin riesgo y de asesoramiento psicológico⁶³.

34. La “ley mordaza global” es una política perjudicial instituida por un importante país donante, que se ha aplicado de forma intermitente a la ayuda internacional. Ha tenido consecuencias catastróficas para las mujeres y las niñas y para los sistemas de salud de muchos países en desarrollo, como el aumento de los embarazos no planeados y los abortos peligrosos, además de la estigmatización del aborto, la inhibición de la información sobre el aborto seguro y legal y la represión de las campañas a favor la reforma de la ley en caso de existir restricciones⁶⁴. Los Estados donantes y los actores internacionales tienen la obligación de cumplir las normas de derechos humanos relativas a la salud sexual y reproductiva y no deben ejercer su influencia para imponer restricciones a la información y los servicios⁶⁵.

4. Impunidad por las violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas

35. El Grupo de Trabajo observa con suma preocupación la impunidad generalizada por las violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Aunque se han hecho algunos progresos en la investigación y el enjuiciamiento de los delitos de violencia sexual en situaciones de conflicto⁶⁶, muchas violaciones de los derechos

⁵⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999); y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) y observación general núm. 22 (2016).

⁵⁸ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000).

⁵⁹ Neha Singh y otros, “Delivering health interventions to women, children, and adolescents in conflict settings: what have we learned from ten country case studies?”, *The Lancet*, vol. 397, núm. 10273.

⁶⁰ CARE, “Time for a better bargain: how the aid system shortchanges women and girls in crisis”, 2021.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² Véase A/HRC/42/24.

⁶³ Véase CEDAW/C/CAF/CO/1-5.

⁶⁴ Véanse la comunicación presentada por el Global Justice Center; y Terry McGovern y Anand Tamang “Exporting bad policy: an introduction to the special issue on the GGR's impact”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, núm. 3.

⁶⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) y observación general núm. 22 (2016).

⁶⁶ Véanse Kim Thuy Seelinger, “Close to home: a short history, and rough typology, of national courts prosecuting wartime sexual violence”, *Journal of International Criminal Justice*, vol. 18, núm. 2; y Daniela Kravetz, “Accountability for sexual and gender-based violence during mass repression and in conflict the experiences of Argentina and Guatemala”, *Journal of International Criminal Justice*, vol. 18, núm. 2.

en materia de salud sexual y reproductiva siguen siendo ignoradas o toleradas y se cometen con impunidad.

36. Los datos fiables sobre la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, desglosados por sexo, género, edad y otros motivos, siguen siendo escasos en general, especialmente en situaciones humanitarias⁶⁷. Los Estados permanecen a la zaga en lo que se refiere a la prestación de estos servicios con arreglo a planes, indicadores y parámetros precisos y a exámenes periódicos, a pesar de que estos son un componente integral de las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos y un elemento fundamental para asegurar la rendición de cuentas⁶⁸.

37. El Grupo de Trabajo subraya que la rendición de cuentas es necesaria a múltiples niveles y puede adoptar diversas formas, en los planos administrativo, social, político y jurídico. La implementación de un “ciclo de rendición de cuentas” es una práctica prometedora, que se contempla en las orientaciones técnicas de las Naciones Unidas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad⁶⁹. Su objetivo es asegurar la rendición de cuentas respecto de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, en una labor dirigida por la comunidad y en la que colaboren las comunidades locales, los agentes gubernamentales y otros actores⁷⁰.

38. El Grupo de Trabajo señala como práctica prometedora las intervenciones de las instituciones nacionales de derechos humanos y los tribunales destinadas a proteger los derechos en materia de salud sexual y reproductiva durante las situaciones de crisis, incluida la pandemia de COVID-19, señalando las deficiencias en la formulación o la aplicación de medidas de respuesta a las crisis⁷¹. Otra práctica prometedora es la realización de investigaciones independientes por parte de comisiones nacionales e internacionales especialmente designadas, que han expuesto múltiples violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en diversas situaciones de crisis y han ofrecido una orientación clara sobre reformas estructurales y reparaciones⁷².

39. Las mujeres y las niñas tienen derecho a recibir reparaciones adecuadas, que incluyan medidas de restitución, indemnización, satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición, por las violaciones de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, y los Estados tienen la obligación fundamental de garantizar el acceso a reparaciones efectivas y transparentes⁷³. Sin embargo, las mujeres y las niñas siguen enfrentándose a diversos obstáculos para acceder a la justicia en situaciones de crisis⁷⁴, desde la falta de reconocimiento de que el daño causado constituye una violación de los derechos humanos hasta la ausencia de procedimientos y mecanismos oficiales. El Grupo de Trabajo acoge con satisfacción el reconocimiento por los tribunales de los daños causados por la violencia sexual y reproductiva durante los conflictos y la concesión de reparaciones⁷⁵. Los Estados han sido considerados responsables de no proteger los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en casos relacionados con el acceso al aborto

⁶⁷ Véase A/HRC/39/26.

⁶⁸ Véanse Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999); y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000).

⁶⁹ Véase A/HRC/21/22.

⁷⁰ Véase la comunicación presentada por CARE y el Centro de Derechos Reproductivos.

⁷¹ Véanse las comunicaciones presentadas por la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador y la Comisión Nacional de Derechos Humanos de la India.

⁷² Véanse “Sexual and gender-based violence in Myanmar and the gendered impact of its ethnic conflicts”, documento de sesión; A/HRC/41/18; <https://reliefweb.int/report/south-sudan/access-health-survivors-conflict-related-sexual-violence-south-sudan-may-2020>; y www.mmiwg-ffada.ca/final-report/.

⁷³ Véanse Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) y observación general núm. 22 (2016).

⁷⁴ Entre muchas otras, véanse las comunicaciones presentadas por la Argentina, Colombia, Grecia y Malí y el Estado de Palestina.

⁷⁵ Corte Constitucional de Colombia, sentencia SU-599/19, de 11 de diciembre de 2019.

terapéutico⁷⁶, la atención sanitaria materna no discriminatoria y oportuna⁷⁷, los malos tratos durante el parto⁷⁸ y el acceso a información y servicios de anticoncepción⁷⁹.

40. El Grupo de Trabajo denuncia en los términos más enérgicos la persecución y criminalización de las mujeres y niñas acusadas de haber abortado, incluso en casos de aborto espontáneo y muerte fetal. Condena los requisitos de denuncia que contribuyen al “paso directo del hospital a la cárcel” para las mujeres que han abortado o de las que se sospecha que han abortado, así como la tipificación como delito de la participación en la práctica de abortos, que afecta a profesionales de la salud, incluidas las matronas, especialmente en tiempos de crisis cuando no se puede acceder fácilmente a los servicios de salud institucionales⁸⁰.

5. Falta de apoyo a las organizaciones feministas y de derechos de la mujer y violencia contra los defensores de los derechos humanos que trabajan en el ámbito de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva

41. Las organizaciones feministas y de derechos de la mujer que trabajan en el ámbito comunitario desempeñan un papel fundamental para garantizar los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, especialmente en situaciones de crisis. Muchas participan directamente en la prestación de servicios e información sobre salud sexual y reproductiva, interviniendo allí donde los bienes y servicios públicos ya no están disponibles⁸¹. El derecho internacional exige a los Estados que garanticen el apoyo a estos grupos en el desempeño de su función y su participación en la planificación, la ejecución y el seguimiento de las respuestas a las crisis⁸². No obstante, el Grupo de Trabajo observa que a menudo no se tienen en cuenta su experiencia y conocimientos⁸³. Las líderes y las organizaciones feministas que trabajan en primera línea no se incluyen sistemáticamente en los procesos de toma de decisiones. Además, una reciente evaluación ha revelado que, en situaciones de crisis, los primeros recortes afectan a la financiación para los derechos de la mujer⁸⁴.

42. Preocupa profundamente al Grupo de Trabajo que las defensoras de los derechos humanos sean objeto de violencia e intimidación y de represalias por sus esfuerzos para garantizar los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y por exigir responsabilidades por la violencia sexual y los feminicidios generalizados⁸⁵.

6. Exclusión de las mujeres y las niñas de la toma de decisiones

43. Sin autonomía ni control sobre sus funciones y roles reproductivos, las mujeres y las niñas siguen viéndose subyugadas en todas las esferas de la vida y no pueden desarrollar su pleno potencial. Se les niega efectivamente la capacidad de participar en la vida pública y de ejercer el liderazgo. Las restricciones legales a la autonomía de las mujeres y las niñas y su exclusión de los procesos de toma de decisiones se ven agravadas por la tendencia, en tiempos

⁷⁶ Véase *LC c. el Perú* (CEDAW/C/50/D/22/2009).

⁷⁷ Véanse *Da Silva Pimentel c. el Brasil*; y *S. F. M. c. España* (CEDAW/C/75/D/138/2018).

⁷⁸ Véase CEDAW/C/IRL/CO/6-7.

⁷⁹ Véase CEDAW/C/OP.8/PHL/1.

⁸⁰ Véanse <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25385>; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25560>; www.corteidh.or.cr/docs/tramite/manuela_y_otros.pdf; A/66/254; y A/HRC/41/33.

⁸¹ Véase la comunicación presentada por Maat for Peace Development and Human Rights – Somalia e IPAS Pakistan.

⁸² Véase también Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999).

⁸³ CARE, “Time for a better bargain”; Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, “Study on transitional justice and human and peoples' rights in Africa”, 2019; y comunicación de Pathways for Women's Empowerment and Development.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ Véanse <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25833>; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25447>; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25372>; y A/HRC/41/33.

de crisis, a promover una determinada imagen de las mujeres exclusivamente como madres y a reducir a una única función su papel mediante el uso de estereotipos perjudiciales y discriminatorios, lo que conduce a una mayor exclusión de sus preocupaciones y perspectivas del discurso de las políticas públicas⁸⁶.

44. Los valores culturales y tradicionales se invocan continuamente para justificar la resistencia al desempeño por las mujeres de funciones políticas y públicas, y una ideología similar se utiliza para negar a las mujeres y niñas sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Es imperativo que los Estados garanticen la participación de las mujeres y las niñas en la vida política y pública en igualdad de condiciones con los hombres y los niños, así como la integración de las mujeres y las niñas en los procesos de toma de decisiones relacionados con la prevención, la gestión y la recuperación de las crisis⁸⁷, lo que implica la formulación de leyes y políticas, así como medidas de seguimiento, implementación y rendición de cuentas.

7. Falta de compromiso y responsabilidad por parte de los hombres y aliados masculinos

45. Los hombres tienen un nivel desproporcionado de autoridad en la toma de decisiones en las esferas pública y privada. En tiempos de crisis, la falta de apoyo de los hombres para la priorización de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas constituye un grave obstáculo⁸⁸. Los Estados tienen la obligación de dirigir un cambio cultural para modificar la mentalidad y las actitudes patriarcales, reforzando la responsabilidad de los hombres en el logro de la igualdad de género y recabando su participación como aliados para que esta sea una prioridad en la toma de decisiones, entre otras cosas en relación con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

46. Los Estados también deben tomar medidas para hacer frente a la masculinidad tóxica⁸⁹, lo que puede hacerse eliminando el sexismo y la misoginia del discurso público y la violencia contra las mujeres y las niñas. Las normas sociales y los estereotipos de género en torno a la masculinidad tóxica promueven comportamientos sexuales de riesgo y disuaden a los niños y a los hombres de buscar acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Además, muchos hombres consideran que la salud sexual y reproductiva es responsabilidad exclusiva de las mujeres y no son conscientes de cuando sus parejas y sus familias necesitan urgentemente atención en materia de salud sexual y reproductiva⁹⁰. El Grupo de Trabajo señala como práctica prometedora los esfuerzos de algunos parlamentarios y activistas de sexo masculino en la promoción de mensajes positivos sobre la forma en que los hombres y los niños pueden participar activamente en el fomento de la masculinidad no violenta y alentar comportamientos positivos entre los hombres en tiempos de crisis, como se ha hecho durante las medidas de confinamiento relacionadas con la COVID-19⁹¹.

8. Oposición ideológica y religiosa a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva

47. Los fundamentalistas religiosos y sus aliados políticos han liderado una reacción política global organizada y bien financiada contra la igualdad de género invocando la libertad religiosa y los valores tradicionales⁹². Esta reacción adversa ha sido especialmente visible desde que se logró el consenso entre los Gobiernos para promover y hacer avanzar los derechos reproductivos de las mujeres en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y ha aumentado desde que se reconocieron los derechos sexuales en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. El Relator Especial sobre la libertad de religión o de

⁸⁶ Opiniones expresadas durante las consultas regionales; y comunicación de la Latsi Nu Women Agency.

⁸⁷ A/HRC/23/50, párrs. 36 y 41.

⁸⁸ Comunicación presentada por Somali Gender Justice.

⁸⁹ Véase A/75/289.

⁹⁰ Comunicación presentada por la MenEngage Alliance.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Véase A/HRC/38/46. Véase también Grupo de Trabajo, “Women's autonomy”; y Grupo de Trabajo, “Gender equality and gender backlash”, documento de posición, 2020.

creencias ha señalado el creciente uso de la religión o las creencias por parte de ciertos actores en todas las regiones del mundo para abogar por la imposición de leyes y políticas directa o indirectamente discriminatorias contra las mujeres y las niñas⁹³. El Grupo de Trabajo reitera que no se pueden invocar argumentos enmarcados en la diversidad cultural y la libertad de religión para justificar la discriminación contra las mujeres. Hay que eliminar las prácticas discriminatorias, represivas y violentas contra las mujeres, sea cual sea su origen, incluidas las que se basan en determinadas interpretaciones de la cultura o la religión⁹⁴.

48. En los últimos años, algunos Gobiernos han alentado esta reacción adversa, entre otras cosas en el Consejo de Derechos Humanos, cuestionando la universalidad de los derechos humanos⁹⁵. Este hecho ha incidido de forma directa en los problemas que denuncia el Grupo de Trabajo sobre el descuido de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en todas las situaciones, particularmente en tiempos de crisis, y la escasa prioridad que se les atribuye. Una estrategia básica de la oposición organizada ha sido socavar en su conjunto los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres, utilizando como eje su oposición ideológica al aborto. Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, incluidas las opciones para prevenir e interrumpir de forma segura un embarazo no deseado, deben ser plenamente reconocidos y apoyados en todo momento para evitar graves violaciones de su integridad corporal y su autonomía⁹⁶. Más recientemente, algunos Estados han afirmado de forma engañosa que los defensores de la igualdad de género están promoviendo una “ideología de género” perjudicial, con el fin de incrementar e instrumentalizar la división ideológica y de socavar las protecciones legalmente garantizadas⁹⁷.

49. La aprobación de la llamada “Declaración de Ginebra: Consenso sobre el Fomento de la Salud de las Mujeres y el Fortalecimiento de la Familia” en 2020 es un ejemplo de la movilización nociva de los Estados con agendas conservadoras y contrarias a los derechos de la mujer para menoscabar los derechos humanos firmemente establecidos y mundialmente reconocidos de las mujeres y las niñas⁹⁸. El Grupo de Trabajo acoge con satisfacción el compromiso sostenido de muchos Estados para defender los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas a través de declaraciones diplomáticas conjuntas⁹⁹.

9. Dificultades adicionales en tiempos de crisis

50. Las crisis plantean dificultades adicionales para sistemas de salud que ya presentan deficiencias en la prestación de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, como el colapso o el funcionamiento limitado de las infraestructuras sanitarias y los servicios de transporte público, suministro de agua, saneamiento, gestión de residuos y otros determinantes básicos del acceso a la atención de la salud¹⁰⁰. Las fallas en los sistemas de salud que provocan una reducción de la disponibilidad y el acceso pueden dar lugar a una pérdida de intimidad en los centros de atención sanitaria y disuadir a las mujeres y las niñas de acudir a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva.

51. A menudo, los servicios dejan de estar disponibles cuando los trabajadores sanitarios se ven en la incapacidad de prestarlos por el colapso del sistema sanitario y el riesgo de sufrir violencia. La mala gestión de estos obstáculos y deficiencias, junto con las interrupciones repentinas en las cadenas de suministro, agrava de manera considerable los efectos de las crisis en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas¹⁰¹. Una respuesta militarizada en una situación de crisis, por ejemplo, si se cede la gestión de un desastre natural

⁹³ Véase A/HRC/43/48.

⁹⁴ Véase A/HRC/29/40.

⁹⁵ Véase A/HRC/29/40.

⁹⁶ Véase también Grupo de Trabajo, “Women's autonomy”.

⁹⁷ Grupo de Trabajo, “Gender equality and gender backlash”.

⁹⁸ Véase <https://geneva.usmission.gov/wp-content/uploads/sites/290/GenevaDeclaration.pdf>. La nueva Administración de los Estados Unidos de América se ha distanciado de la declaración.

⁹⁹ Véase www.government.nl/documents/diplomatic-statements/2019/09/23/joint-statement-on-srhr-in-uhc.

¹⁰⁰ Comunicaciones presentadas por IPAS Pakistán y ECKO Grecia.

¹⁰¹ Véanse las comunicaciones presentadas por IPAS Pakistán y la Refugee Commission.

a las fuerzas armadas, puede dar lugar a un aumento de las amenazas y los actos de violencia dirigidos contra mujeres y niñas¹⁰².

52. Las medidas impuestas durante una crisis suelen suponer un retroceso en avances decisivos que se habían logrado en los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Se estima que, debido a las medidas de contención de la COVID-19, es probable que en la próxima década se produzcan 2 millones de casos de mutilación genital femenina que de otro modo se habrían evitado, y de aquí a 2030 podrían tener lugar otros 13 millones de matrimonios infantiles¹⁰³. Según las proyecciones, los embarazos no planeados aumentarán en varios millones¹⁰⁴. De aquí a 2030 se prevé que se reduzcan en un tercio los progresos alcanzados en la erradicación de la violencia de género¹⁰⁵. Se ha observado un aumento de la atención irrespetuosa en los servicios de maternidad y de los casos de violencia obstétrica, junto con una reducción de los servicios de atención prenatal y en el parto¹⁰⁶.

53. Las situaciones de crisis pueden aprovecharse para restringir el acceso de las mujeres y las niñas a determinados servicios de salud reproductiva. Durante la pandemia de COVID-19, varios países restringieron el acceso a los servicios de aborto y suspendieron las operaciones de los equipos móviles que prestaban servicios de anticoncepción a comunidades rurales y marginadas por considerarlos no esenciales, y hubo nuevos intentos de revocar leyes y políticas existentes¹⁰⁷.

D. Mujeres y niñas que se enfrentan a obstáculos y amenazas agravados

54. Determinados grupos de mujeres y niñas corren un mayor riesgo de que se vulneren sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, y su situación se ve agravada en tiempos de crisis por formas de discriminación múltiples e interseccionales. El impacto de las crisis se ve exacerbado por desigualdades y discriminación preexistentes que ya afectaban a su situación socioeconómica, junto con las lagunas presentes en los marcos jurídicos y políticos y en las medidas de respuesta a la crisis¹⁰⁸. Históricamente, algunos grupos han estado sometidos a un “estado de crisis persistente” por motivos raciales y étnicos. A continuación, el Grupo de Trabajo presenta algunos casos seleccionados.

1. Niñas y adolescentes

55. Las niñas y las adolescentes corren un mayor riesgo de sufrir violencia sexual, embarazos precoces y no planeados, relaciones sexuales forzadas y prácticas nocivas en general, particularmente en las situaciones de crisis¹⁰⁹. Estos riesgos son resultado de la falta de acceso a información, bienes y servicios¹¹⁰, a lo que se suman estereotipos y tabúes muy extendidos. Los cierres de escuelas y las medidas de bloqueo durante la crisis de la COVID-19 han provocado una importante pérdida de acceso a información sobre salud

¹⁰² Véanse las comunicaciones presentadas por la Latsi Nu Women Agency y el Global Justice Center.

¹⁰³ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil”, 2020.

¹⁰⁴ Véase <https://news.un.org/en/story/2020/04/1062742>.

¹⁰⁵ UNFPA, “Repercusión de la pandemia de COVID-19”.

¹⁰⁶ Véanse la declaración del Grupo de Trabajo de 20 de abril de 2020; y la comunicación presentada por el Global Respectful Maternity Care Council.

¹⁰⁷ Colleen Marcoux, “Sexual and reproductive health during the COVID-19 crisis”, International Women’s Health Coalition, 2020; Centro de Derechos Reproductivos, “Sexual and reproductive rights during COVID-19 response and beyond: standards from the United Nations”, 2020; comunicación presentada por Marie Stopes International; y www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26290&LangID=E.

¹⁰⁸ Véanse las comunicaciones presentadas por México, el Foro de la ASEAN sobre la Discapacidad, Women Enabled International, la Global Interfaith Network, la Latsi Nu Women Agency y CHOICE for Youth and Sexuality.

¹⁰⁹ UNFPA, “Adolescent girls in disaster and conflict”, 2016; ACNUR, *Manual*; y Plan International, “Adolescent girls in crisis: voices from the Sahel”, 2020.

¹¹⁰ Véase la comunicación presentada por CHOICE for Youth and Sexuality.

sexual y reproductiva y han hecho que se pierdan oportunidades de detectar y denunciar casos de violencia¹¹¹.

56. Durante el brote de la enfermedad por el virus del Ébola, el porcentaje de embarazos entre las adolescentes las comunidades afectadas por la crisis duplicó el de las adolescentes de comunidades menos afectadas¹¹². En tiempos de crisis aumentan los matrimonios concertados y forzados, impulsados por prácticas tradicionales nocivas en un contexto de pobreza agravada¹¹³. Las niñas casadas se enfrentan a un mayor riesgo de mortalidad relacionada con el embarazo y de fístula obstétrica, una lesión prevenible y devastadora vinculada al embarazo que causa incontinencia y puede conducir a la estigmatización, el abandono y la exclusión social¹¹⁴. Sin embargo, en la mayoría de los casos el matrimonio infantil y las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes siguen sin abordarse en situaciones humanitarias¹¹⁵.

2. Mujeres y niñas del medio rural

57. Las zonas rurales suelen estar insuficientemente atendidas, lo que deja a las mujeres y niñas del medio rural aún más expuestas a la vulneración de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva cuando se produce una crisis. El acceso a los anticonceptivos es escaso¹¹⁶, y la mortalidad y la morbilidad maternas, por ejemplo, trastornos como la fístula obstétrica y el prolapso uterino, tienen una incidencia elevada entre las mujeres y las niñas del medio rural¹¹⁷. Hay mayores tasas de mortinatalidad¹¹⁸. Los obstáculos con los que suelen encontrarse las mujeres y las niñas de las zonas rurales son las largas distancias a los centros de salud, el coste, la falta de proveedores formados, los largos tiempos de espera, la falta de información y confidencialidad y las limitaciones derivadas de una elevada carga de trabajo¹¹⁹. Muchos de estos obstáculos se manifiestan de forma más aguda en situaciones de crisis.

58. Las mujeres y las niñas viven el acaparamiento de tierras y las operaciones de las industrias extractivas en los territorios rurales de los pueblos indígenas como una crisis¹²⁰ que amenaza su propia supervivencia. A menudo son objeto de violencia sexual, también en forma de trata y explotación sexual, lo que se ha relacionado con una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual y VIH¹²¹.

3. Mujeres y niñas con discapacidad

59. En las respuestas a las crisis, a menudo no se tienen en cuenta de manera específica las necesidades de las mujeres y las niñas con discapacidad, por ejemplo, mediante ajustes razonables, como la instalación de rampas y el suministro de camas portátiles y sillas de ruedas, para garantizar su acceso a los bienes y servicios de salud sexual y reproductiva¹²². La información no suele estar disponible en formatos accesibles, lo que dificulta el acceso a

¹¹¹ Véanse las comunicaciones presentadas por Kenya y Finlandia; y Colleen Marcoux, “Sexual and reproductive health”.

¹¹² Banco Mundial, “Empowering adolescent girls in a crisis context: lessons from Sierra Leone in the time of Ebola”, reseña de políticas núm. 34, 2019.

¹¹³ Véanse CRC/C/SYR/CO/5; la recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño (2019), aprobadas de manera conjunta; y las comunicaciones presentadas por la Feminist Alliance for Rights y Malí.

¹¹⁴ Véase www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula.

¹¹⁵ Véase la comunicación presentada por Plan International.

¹¹⁶ Véase www.choiceforyouth.org/assets/Docs/198f89dc19/PositionPaper_CSW_DEF.pdf.

¹¹⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 34 (2016).

¹¹⁸ Véase <https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>.

¹¹⁹ Véase www.choiceforyouth.org/assets/Docs/198f89dc19/PositionPaper_CSW_DEF.pdf.

¹²⁰ Opiniones expresadas durante las consultas regionales. Véase también la comunicación presentada por Pathways for Women's Empowerment and Development.

¹²¹ Véanse Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Pueblos indígenas y tribales de la región panamazónica”, 2019; A/HRC/36/46/Add.1; A/HRC/39/17/Add.3; y E/C.19/2013/9.

¹²² Véase la comunicación del Foro de la ASEAN sobre la Discapacidad.

los servicios y la comunicación con el personal¹²³. Las mujeres y las niñas con discapacidad se enfrentan a un mayor riesgo de sufrir abusos y violencia por el colapso de los sistemas de apoyo a los que podían haber tenido acceso anteriormente¹²⁴. Los estereotipos negativos relacionados con su salud sexual y reproductiva pueden conducir a una mayor marginación de sus necesidades y preocupaciones en situaciones de crisis¹²⁵. Las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas que desarrollan una discapacidad debido a los daños físicos y emocionales causados por la violencia y los conflictos armados están muy desatendidas¹²⁶.

4. Mujeres y niñas migrantes, refugiadas e internamente desplazadas

60. Las mujeres y niñas migrantes, refugiadas e internamente desplazadas suelen traer consigo los traumas de la violencia, la persecución, los conflictos y la pobreza. Las estructuras y los mecanismos de acogida carecen a menudo de la capacidad necesaria para responder a la mayor necesidad de servicios de salud sexual y reproductiva que tienen esas mujeres y niñas¹²⁷. Muchas viven en campamentos bajo una amenaza constante de violencia, que puede provenir también de sus parejas¹²⁸, y la salud sexual y reproductiva suele considerarse un tema tabú¹²⁹. Las barreras culturales y lingüísticas impiden que se transmita información esencial¹³⁰. Algunas de estas mujeres y niñas han relatado experiencias traumáticas de embarazos no planeados y forzados que “desencadenaron una crisis” en las precarias y nefastas circunstancias de los campamentos¹³¹.

61. Muchas de estas mujeres y niñas recurren al “sexo transaccional” para asegurar sus necesidades materiales básicas, y a veces también se exige sexo a las mujeres en tránsito que huyen de una crisis¹³², lo que aumenta la probabilidad de embarazos no planeados y otros riesgos para la salud reproductiva para los que hay escasos servicios. En algunos países de destino, las mujeres migrantes han sido recluidas en centros de detención, se han visto denegados bienes y servicios básicos de salud reproductiva y han sido sometidas sin su consentimiento a procedimientos de salud reproductiva innecesarios desde el punto de vista médico¹³³.

62. Los programas de ayuda no suelen tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y las niñas, como la higiene menstrual rutinaria y la gestión de los dolores menstruales¹³⁴, lo que tiene consecuencias físicas y emocionales para las mujeres, algunas de las cuales han señalado que “[las Naciones Unidas] proporcionan buenos servicios de atención de la salud prenatal y postnatal, pero después de eso, no hay nada”¹³⁵.

5. Mujeres y niñas en un “estado de crisis persistente”

63. Hay comunidades de mujeres y niñas cuyas vidas han sido moldeadas por historias de opresión, esclavitud, exclusión, discriminación racial, asimilación forzada y *apartheid* vinculadas a conquistas y a la colonización, así como por la violencia sistemática y el desprecio por su cultura, espiritualidad y tradiciones, y, por todo ello, se han visto sometidas a un “estado persistente de crisis”. Muchas han sido objeto de violencia reproductiva

¹²³ Véase la comunicación presentada por Kenya.

¹²⁴ Véase la comunicación presentada por Finlandia.

¹²⁵ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 3 (2016); y comunicación presentada por el Castan Centre for Human Rights Law.

¹²⁶ Opiniones expresadas durante las consultas regionales.

¹²⁷ Véanse las comunicaciones presentadas por Grecia, Pathways for Women's Empowerment and Development y EKO.

¹²⁸ Véase la comunicación presentada por la Feminist Alliance for Rights.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ Véanse las comunicaciones presentadas por Grecia, Pathways for Women's Empowerment and Development y EKO.

¹³¹ Opiniones expresadas durante las consultas regionales.

¹³² Véase www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1822493?src=recsys.

¹³³ Véase <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25835>.

¹³⁴ Véase <https://plan-international.org/because-i-am-a-girl/menstrual-hygiene-matters-refugee-girls>.

¹³⁵ Véase la comunicación presentada por la Feminist Alliance for Rights.

sistemática, por ejemplo en forma de esterilización y embarazos forzados, mientras que otras han sido separadas de sus hijos. A continuación se destacan algunos grupos, aunque hay mujeres de otras comunidades étnicas y minoritarias que se encuentran también en una situación de profunda crisis, como es el caso de las mujeres dalits, rohinyás, yazidíes y uigures¹³⁶.

a) Mujeres y niñas indígenas

64. Las mujeres y las niñas indígenas son una comunidad diversa, unida por su historia de conquista, colonización, asimilación forzosa y despojo continuo de las tierras de sus pueblos, y muchas de ellas también han sido objeto de un complejo espectro de abusos contra los derechos humanos¹³⁷ que entrañan prácticas discriminatorias y coercitivas, como el control de la natalidad por motivos de eugenesia, la esterilización forzada y los abusos sexuales y violaciones sistemáticas¹³⁸. Las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo son relativamente más altas entre las mujeres y niñas indígenas¹³⁹. La ausencia de servicios de salud que incorporen específicamente los conocimientos de los indígenas, su cosmovisión y un enfoque intercultural contribuye a las barreras lingüísticas y culturales, a costes prohibitivos y a peores resultados en materia de salud reproductiva¹⁴⁰.

65. Las mujeres y las niñas indígenas que residen en zonas urbanas pueden tener un mayor acceso a servicios que las que viven en el medio rural, pero a menudo “sufren de invisibilidad y discriminación” por su identidad indígena¹⁴¹. En muchos casos, la criminalización de la partería indígena y la denegación de la oportunidad de dar a luz en la tierra de sus antepasados, que en muchas tradiciones rompe la conexión espiritual del recién nacido con la comunidad, también contribuye a la sensación general de inseguridad y a la angustia de las mujeres embarazadas durante el parto¹⁴². Para las mujeres indígenas, la conexión con las tierras ancestrales y el medio ambiente es fundamental para su estado de salud¹⁴³.

b) Mujeres y niñas afrodescendientes

66. Los legados de la esclavitud, el racismo sistémico, la discriminación estructural y las prácticas coercitivas contra las mujeres afrodescendientes se reflejan en situaciones contemporáneas de desventaja socioeconómica y profundas desigualdades¹⁴⁴. Las disparidades son claramente visibles en la mala situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas afrodescendientes y en las diversas violaciones de los derechos humanos que se cometen contra ellas, como el maltrato de las mujeres embarazadas en los centros de salud y las tasas de mortalidad materna significativamente más altas¹⁴⁵. Los estereotipos raciales de los proveedores de servicios de salud contra las mujeres

¹³⁶ Véanse A/HRC/32/18; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=19319>; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=22468>; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25780>.

¹³⁷ A/HRC/30/41, párr. 5.

¹³⁸ Véase la comunicación presentada por el Castan Centre.

¹³⁹ Véanse E/2019/43; www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2014/press/shrr.pdf; <https://www.paho.org/en/documents/gender-equity-and-indigenous-womens-health-americas>; y las comunicaciones presentadas por el Castan Centre y la Native Women's Association of Canada.

¹⁴⁰ Véase https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_EXEC_SUM_2018-ES_human_rights_report.pdf.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Véanse las comunicaciones presentadas por el Castan Centre y la Native Women's Association of Canada.

¹⁴³ Véase <https://www.paho.org/en/documents/gender-equity-and-indigenous-womens-health-americas>.

¹⁴⁴ Véanse la Declaración y Programa de Acción de Durban; Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, recomendación general núm. 34 (2011). Arachu Castro y otros, “Evaluación de la equitatividad en la atención a las mujeres indígenas y afrodescendientes de América Latina”, *Rev Panam Salud Publica*, vol. 38, núm. 2; Cynthia Prather y otros, “Racism, African American Women and their sexual and reproductive health: a review of historical and contemporary evidence and implications for health equity”, *Health Equity*, vol. 2, núm. 1.

¹⁴⁵ Véase la comunicación presentada por Birth Justice.

afrodescendientes, que conducen a retrasos negligentes y deliberados en la atención, son uno de los factores que subyacen a la alta incidencia de muertes maternas evitables¹⁴⁶.

67. El racismo en el sistema sanitario puede verse intensificado por las prácticas generalizadas de vigilancia y el control por parte del Estado y los requisitos de denuncia obligatoria cuando hay sospechas de consumo de drogas y de maltrato o abandono infantil, lo que a menudo disuade a las mujeres embarazadas de acudir a los servicios de salud reproductiva y menoscaba su confianza en los proveedores de servicios de salud¹⁴⁷. Estas normas y prácticas existen en el contexto de una narrativa perjudicial sobre la “incapacidad materna de las mujeres negras”¹⁴⁸, que se ha utilizado para legitimar la violencia sancionada por el Estado contra estas mujeres en forma de esterilización forzada¹⁴⁹ y separación de las madres de sus hijos¹⁵⁰.

68. Como práctica prometedora, tomando como base los derechos humanos y, más concretamente, en respuesta a sus experiencias, algunas activistas negras han desarrollado su propio marco de defensa de derechos, el llamado “marco de justicia reproductiva y en el parto”, que reconoce tres componentes de la justicia reproductiva relacionados entre sí, a saber, el derecho a tener un hijo, el derecho a no tenerlo y el derecho a criar hijos en un entorno seguro y saludable¹⁵¹.

c) Mujeres y niñas romaníes

69. Históricamente, las mujeres y niñas romaníes de toda Europa han sido objeto de antigitanismo y se han enfrentado a atroces violaciones de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. La esterilización forzada de las mujeres romaníes estuvo muy extendida en algunos países europeos hasta el decenio de 1990¹⁵², lo que creó un legado de prácticas abusivas institucionalizadas y de desconfianza en el sistema sanitario. La segregación étnica de las mujeres romaníes en centros de salud materna en los que no se garantizan las normas básicas de higiene y seguridad es una práctica discriminatoria. A veces, los profesionales de la salud rechazan prestarles servicios debido a la percepción de que los romaníes no pueden pagar¹⁵³, o evitan tratarlas basándose en estereotipos nocivos¹⁵⁴, lo que conduce a una atención de baja calidad y a retrasos deliberados en la prestación de servicios¹⁵⁵.

70. Las tasas de embarazo en la adolescencia son desproporcionadamente altas entre las niñas romaníes, en parte debido a las elevadas tasas de matrimonio precoz o infantil¹⁵⁶. Sus necesidades de información y servicios de anticoncepción están más desatendidas, y se enfrentan a un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH¹⁵⁷, y de pobreza del período. Con frecuencia, las autoridades se basan en supuestos discriminatorios sobre su aptitud para ser madres para quitarles a sus hijos¹⁵⁸.

¹⁴⁶ Véase *Da Silva Pimentel c. el Brasil*.

¹⁴⁷ Véase la comunicación presentada por Birth Justice.

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ Véase la comunicación presentada por Her Rights Initiative Sudáfrica.

¹⁵⁰ Véase la comunicación presentada por Birth Justice.

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² Véase www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/330090/4-Advancing-womens-sexual-reproductive-rights-in-Europe.pdf?ua=1.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ Nadia Rusi, “Discrimination of Roma women regarding their access to reproductive health services in Albania”, *European Journal of Multidisciplinary Studies*, vol. 2, núm. 1.

¹⁵⁵ *Ibid.*

¹⁵⁶ Véase <https://eeca.unfpa.org/en/publications/inequities-roma-womens-health?page=4%2C0%2C4>.

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ Véase <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=23724>.

III. Conclusiones y recomendaciones

A. Conclusiones

71. Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas se descuidan sistemáticamente, no por falta de recursos o conocimientos técnicos, sino por el desprecio generalizado por la dignidad, la integridad corporal y la autonomía de las mujeres. Las cuestiones de la salud sexual y reproductiva son intrínsecas a todas las mujeres y niñas y están ligadas a su capacidad para vivir con dignidad y ejercer su autonomía. El hecho de que no se garanticen los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas es discriminatorio y constituye una grave crisis en sí mismo.

72. Las situaciones de crisis no siempre pueden prevenirse, pero los Estados pueden estar mejor preparados. Deben establecer rápidamente salvaguardias para mitigar y abordar los daños que sufren las mujeres y las niñas en su salud sexual y reproductiva: ese es su principal deber. Las respuestas a las crisis deben tener en cuenta el género y requieren una combinación de medidas de emergencia y a largo plazo, relacionadas específicamente con la salud sexual y reproductiva. Estas respuestas deben desarrollarse y aplicarse con la participación activa de las mujeres y las niñas, teniendo en cuenta sus necesidades médicas urgentes y la omnipresente discriminación estructural de que son objeto, al tiempo que se protegen la autonomía y las libertades individuales, mediante un enfoque coordinado y holístico¹⁵⁹.

73. La pandemia de COVID-19 ha golpeado un planeta ya herido por numerosas crisis. Mientras el mundo lucha por recuperarse de los efectos combinados de múltiples crisis y muchos Estados se enfrentan a la perspectiva de establecer medidas de austeridad —otra crisis previsible que afectará de manera desproporcionada a las mujeres y las niñas en lo relativo a su sexual y reproductiva¹⁶⁰—, se impone plantear la cuestión prioritaria de cómo asegurar que se reconozcan y garanticen plenamente los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Las fases de gestión y recuperación de una crisis ofrecen una oportunidad única para la reforma, el pensamiento innovador y la transformación. El *statu quo*, con millones de mujeres y niñas de todo el mundo altamente expuestas a riesgos para la salud sexual y reproductiva vinculados al género, es inaceptable. Los riesgos y daños a los que se enfrentan las mujeres y las niñas en relación con su salud sexual y reproductiva no deben tratarse como tragedias inevitables o daños colaterales, sino que deben reconocerse como el resultado de políticas fallidas y como un indicio de graves violaciones de los derechos humanos.

74. Si las mujeres y las niñas no pueden disfrutar plenamente de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, no podrán avanzar en otros ámbitos. Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas pueden y deben hacerse efectivos mediante leyes y políticas coherentes que afirmen esos derechos, y con un mayor rigor en la rendición de cuentas y el cumplimiento inmediato de las obligaciones y los compromisos políticos existentes en relación con los derechos humanos, que desgraciadamente se siguen ignorando con impunidad.

B. Recomendaciones

75. Cinco grupos de acciones relacionadas entre sí pueden contribuir a que se avance en el logro de la efectividad de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en todo momento, y especialmente en situaciones de crisis.

1. Otorgar prioridad a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva

76. **El Grupo de Trabajo recomienda que los Estados:**

a) **Reconozcan como esenciales los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y los integren plenamente en los planes de**

¹⁵⁹ Véanse A/HRC/23/50; A/HRC/26/39; A/HRC/29/40; y A/HRC/32/44.

¹⁶⁰ Véase A/HRC/26/39.

prevención, respuesta, evaluación, gestión, recuperación, rehabilitación y reconstrucción frente a situaciones de crisis;

b) Se adhieran a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, como mínimo, y garanticen el acceso oportuno a medicamentos e intervenciones que salvan vidas;

c) Respondan a la necesidad desatendida de información, bienes y servicios fiables en materia de salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis, entre otras cosas a través de medidas especiales de carácter temporal, y hagan frente a la desinformación para garantizar una toma de decisiones informada y autónoma;

d) Garanticen la seguridad y las condiciones de trabajo dignas del personal sanitario de las comunidades locales, incluidas las matronas, en todo momento y especialmente en situaciones de crisis, promoviendo al mismo tiempo la partería y otras formas de atención y apoyo comunitarios;

e) Amplíen la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, por ejemplo a través de la telemedicina y las clínicas móviles, para llegar a diversas poblaciones, incluidas las mujeres y niñas con discapacidad, las que viven en zonas rurales y las adolescentes;

f) Inviertan en infraestructuras físicas, como el agua y el saneamiento, el transporte público y las telecomunicaciones, y en los sistemas de salud, y aumenten su resiliencia, para garantizar la disponibilidad continua de servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres y niñas, adoptando un enfoque que tenga en cuenta las cuestiones de género;

g) Aprovechen los mecanismos, redes y servicios institucionales existentes para garantizar la distribución de productos e información sobre salud sexual y reproductiva en las comunidades locales, entre otras cosas a través de los servicios de transporte, los servicios postales y las bibliotecas;

h) Aumenten la financiación pública destinada a las organizaciones comunitarias que se ocupan de los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y de responder a la creciente demanda de servicios;

i) Cumplan el umbral del 0,7 % del ingreso nacional bruto destinado a la asistencia oficial para el desarrollo y la cooperación, sin restricciones perjudiciales para los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, y hagan que el suministro de bienes y servicios integrales de salud sexual y reproductiva sea un componente básico de los programas de ayuda humanitaria.

2. Eliminar leyes, políticas y prácticas discriminatorias

77. El Grupo de Trabajo recomienda que los Estados:

a) Garanticen el acceso a una gama completa de información y servicios de anticoncepción para mujeres y niñas, incluidos los anticonceptivos de emergencia, y aumenten la disponibilidad de estos en situaciones de crisis;

b) Despenalicen el aborto, amplíen el acceso a los servicios de aborto seguro, que incluyan el aborto médico y la atención posterior al aborto, y eliminen las barreras legales al aborto en situaciones de crisis;

c) Garanticen el acceso oportuno a los servicios de salud materna y a la atención obstétrica de emergencia, incluido el tratamiento de las morbilidades relacionadas con el embarazo, sin requisitos de vigilancia y denuncia que vulneren la privacidad individual, y establezcan salvaguardias para prevenir y remediar la violencia obstétrica;

d) Lleven a cabo una auditoría nacional para evaluar las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, que abarque las cuestiones desatendidas que guardan relación con la violencia y la pobreza del período, y elaboren un marco jurídico y político coherente que tenga en cuenta las cuestiones de género,

acompañado de presupuestos e inversiones financieras con perspectiva de género, para garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y su asequibilidad;

e) Adopten medidas para hacer de la capacidad de actuación, la autonomía, la intimidad y el consentimiento informado de las mujeres y las niñas el elemento central de todas las leyes y políticas de salud sexual y reproductiva y garanticen el acceso a información precisa al respecto, eliminen los requisitos que dan lugar a retrasos o denegaciones de la atención de salud sexual y reproductiva y menoscaban la autonomía de las mujeres y las niñas, como los requisitos que exigen el consentimiento de terceros y la aprobación de juntas médicas, y adopten disposiciones contra las denegaciones de atención basadas en la conciencia o la religión;

f) Tomen medidas para hacer frente al enfoque paternalista y de medicalización excesiva que existe en los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas tanto a nivel de políticas como en la práctica, y reorienten esos servicios en torno a normas y procedimientos que permitan a las mujeres y las niñas salvaguardar su integridad corporal, su autonomía y su capacidad de actuación;

g) Garanticen el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva respetuosos y no coercitivos para todas las mujeres y niñas, y adopten medidas adicionales para crear confianza en las comunidades que han sido históricamente objeto de discriminación, coacción o violencia;

h) Adopten un enfoque intercultural y participativo respecto de la salud sexual y reproductiva para garantizar que las mujeres y las niñas indígenas y de otras minorías étnicas y de otro tipo participen activamente en la formulación e implementación de los programas de salud sexual y reproductiva que se les ofrezcan, entre otras cosas a través de sus propias instituciones y comunidades;

i) Formulen políticas y destinen recursos adicionales para abordar las formas de discriminación múltiples e interseccionales que contribuyen a las desigualdades en materia de salud reproductiva y los riesgos específicos que enfrentan las adolescentes, las mujeres y las niñas con discapacidad y las mujeres y niñas migrantes, refugiadas y desplazadas, entre otras;

j) Eliminen los estereotipos discriminatorios de las mujeres y las niñas y el estigma y los tabúes asociados a la salud sexual y reproductiva en la legislación, las políticas y la práctica.

3. Institucionalizar y reforzar la vigilancia y la rendición de cuentas en lo relativo a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva

78. El Grupo de Trabajo recomienda que los Estados:

a) Adopten y apliquen marcos jurídicos y de políticas claros y coherentes para guiar la prestación de servicios, de conformidad con sus obligaciones en materia de derechos humanos, y aborden simultáneamente las normas sociales y los estereotipos discriminatorios que obstaculizan la implementación, entre otras cosas, estableciendo cauces claros de reparación y rendición de cuentas;

b) Recopilen datos, desglosados por sexo, género, raza, origen étnico y otros factores, para determinar la situación y las necesidades de diversas poblaciones de mujeres, a lo largo de su ciclo vital, en relación con sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, con el fin de desarrollar, vigilar y reforzar la aplicación de las leyes y políticas sobre salud sexual y reproductiva, protegiendo al mismo tiempo los datos personales y evitando su uso indebido;

c) Reconozcan legalmente y apliquen un amplio conjunto de reparaciones por las violaciones de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, entre otras cosas adoptando medidas estructurales, como las garantías de no repetición;

d) Adopten medidas efectivas para poner fin a la violencia y el acoso contra los defensores de los derechos humanos que abogan por los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, y se aseguren de que los autores de estos actos rindan cuentas;

e) Apliquen plenamente las recomendaciones de los mecanismos internacionales de derechos humanos y las decisiones jurídicas de los organismos y tribunales regionales y nacionales que reconocen los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas;

f) Adopten medidas para garantizar que los proveedores de servicios de salud desempeñen sus funciones profesionales de acuerdo con los derechos humanos y cumplan sus obligaciones éticas.

4. Garantizar la participación de las mujeres y las niñas y promover la responsabilidad de los hombres

79. El Grupo de Trabajo recomienda que los Estados:

a) Aumenten la representación y la participación efectiva de las mujeres y las niñas en los procesos de toma de decisiones a todos los niveles y aseguren la paridad de género, también en los procesos de prevención, gestión y recuperación de crisis;

b) Recaben sistemáticamente la participación de organizaciones diversas de derechos de la mujer y de organizaciones feministas en la formulación, la aplicación, el seguimiento, la evaluación y la mejora continua de la legislación, las políticas y las prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, así como en la identificación y la eliminación de obstáculos;

c) Creen procesos participativos que sean empoderadores, inclusivos, accesibles y no discriminatorios, prestando especial atención a las mujeres y las niñas que se hayan visto afectadas de forma desproporcionada por la crisis, especialmente en las poblaciones privadas de derechos y marginadas, como las de personas migrantes, refugiadas y e internamente desplazadas;

d) Integren las perspectivas de género, edad, discapacidad e interculturalidad en todas las políticas y prácticas y promuevan el liderazgo de las mujeres y los jóvenes;

e) Promuevan el compromiso y la responsabilidad de los hombres para hacer frente a las situaciones generalizadas de sexismo, misoginia, violencia y masculinidad tóxica y para defender los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

5. Reaccionar frente a las ideologías conservadoras y contrarias a los derechos humanos y la desinformación

80. El Grupo de Trabajo recomienda que los Estados:

a) Se movilicen activamente contra las ideologías políticas conservadoras de carácter religioso y racial que menoscaban la igualdad de género;

b) Se opongan a la desinformación y a las posturas religiosas que subvierten los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas;

c) Se aseguren de que la ayuda y la asistencia internacionales, incluida la asistencia humanitaria, se presten y operacionalicen de acuerdo con las normas de derechos humanos y dando prioridad al respeto de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, sin restricciones perjudiciales;

d) Apoyen al sistema de las Naciones Unidas para contrarrestar las ideologías religiosas que se oponen a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, y garanticen que todos los procesos de las Naciones Unidas se coordinen y se lleven a cabo respetando plenamente esos derechos;

e) Se abstengan de utilizar su influencia política y financiera frente a los Estados y los agentes no estatales para socavar y hacer retroceder los derechos de las mujeres y las niñas, liderando o apoyando agendas ideológicas que son contrarias a las normas de derechos humanos.