

COMPLETE TOOLKIT

Toolkit para lograr el acceso universal a los servicios de SSR a través de un enfoque basado en los derechos humanos



CENTER *for*
REPRODUCTIVE
RIGHTS

COMPLETE TOOLKIT

Toolkit para lograr el acceso universal a los servicios de SSR a través de un enfoque basado en los derechos humanos



CENTER *for*
REPRODUCTIVE
RIGHTS

Agradecimientos

Este toolkit conforma una publicación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)¹ y el Centro de Derechos Reproductivos (CRR). Rebecca Brown, directora sénior de Promoción Global en CRR, y Emilie Filmer-Wilson, asesora de Derechos Humanos en UNFPA, conceptualizaron este toolkit. Payal Shah, consultor de CRR, y Violeta Canaves, analista de Derechos Humanos de UNFPA, elaboraron esta publicación. Emily Walsh, becaria de CRR, también brindó su apoyo para la investigación y la redacción. La revisión y la edición del toolkit estuvieron a cargo de Rebecca Brown; Emilie Filmer-Wilson; el grupo de referencia de UNFPA (Gabriela Alvarezminte, Gunilla Backman, Maria Bakaroudis, Catherine Breen Kamkong, Nafisatou Diop, Jennie Greanie, Anneka Knutsson, Geeta Lal, Tim Sladden, Jyoti Tewari, Francelle Toedtli, Irem Turner e Ilya Zhukov); Christina Zampas, directora asociada de Promoción Global en CRR; y Alejandra Cardenas, directora de Estrategias Legales Globales de CRR. Este toolkit se benefició de los valiosos comentarios proporcionados a través de pruebas piloto realizadas en las oficinas de país de UNFPA en Malawi, Ruanda y Zambia, la Oficina Regional de África Oriental y Meridional de UNFPA, la Embajada de Suecia en Ruanda, AfriYAN Ruanda, la Iniciativa de Desarrollo de la Salud (Ruanda), IntraHealth International (Ruanda) y funcionarios del Ministerio de Salud de Malawi y Zambia. The pilot testing was facilitated by UNFPA's Regional Office for Eastern and Southern Africa. Emma Chessen, coordinadora de Programas en CRR, apoyó el proceso de publicación y la difusión del toolkit.

Índice

Lista de acrónimos	iv
Manual del usuario	v
Introducción	1
Module 1. Estándares de derechos humanos sobre salud materna	3
Preguntas clave para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos	5
Estudios de casos: <i>Ampliar la atención de calidad a las jóvenes madres indígenas de la República del Congo</i>	12
<i>Responsabilizar a los profesionales de la salud materna por abusos en Kenia</i>	12
Module 2. Normas de derechos humanos sobre información y servicios de anticoncepción	13
Preguntas clave para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos	15
Estudios de casos: <i>Los peluqueros promueven la planificación familiar en Malí</i>	20
<i>Investigación de los obstáculos a la salud y los derechos reproductivos en Filipinas</i>	20
Module 3. Estándares de derechos humanos sobre educación sexual integral	21
Preguntas clave para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos	23
<i>Llevar la educación sexual integral a los adolescentes y jóvenes no escolarizados de Irán</i>	28
Module 4. Estándares de derechos humanos sobre la atención integral del aborto	29
Preguntas clave para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos	31
Estudios de casos: <i>Eliminación de barreras a la atención integral del aborto en Nepal</i>	37
<i>Derogación de la prohibición del aborto en Irlanda</i>	38
Module 5. Normas de derechos humanos sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	39
Preguntas clave para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos	41
Estudios de casos: <i>Acabar con el maltrato y la discriminación de las mujeres que viven con el VIH en Chile</i>	49
<i>Garantizar la atención a las personas encarceladas que viven con el VIH en Namibia</i>	50
Module 6. Normas de derechos humanos sobre la violencia basada en el género	51
Preguntas clave para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos	52
Estudio de caso: <i>Proteger a los alumnos de las escuelas públicas de la violencia sexual en Ecuador</i>	57
Module 7. Normas de derechos humanos sobre prácticas nocivas	59
Preguntas clave para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos	61
Estudio de caso: <i>Eliminar la MGF a través de la defensa de los jóvenes y la participación masculina en Senegal</i>	67
References	68

Lista de acrónimos

CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
CEFM	Matrimonio infantil, precoz y forzado
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CRR	Centro de Derechos Reproductivos
CSU	Cobertura sanitaria universal
ESI	Educación sexual integral
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MGF	Mutilación genital femenina
OACNUD	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
OSIEGCS	Orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SDSR	Salud y derechos sexuales y reproductivos
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de Drogas y Crimen de las Naciones Unidas

Manual del usuario

¿Qué es este toolkit?

Este toolkit proporciona una guía práctica para aquellos que buscan incorporar un enfoque basado en los derechos humanos para la salud sexual y reproductiva en el contexto de la cobertura sanitaria universal (CSU).

A través de siete módulos temáticos: (1) salud materna, (2) información y servicios de anticoncepción, (3) educación sexual, (4) atención del aborto, (5) VIH y otras infecciones de transmisión sexual, (6) violencia de género y (7) prácticas nocivas, el toolkit describe preguntas clave que los usuarios pueden hacerse a sí mismos al analizar el cumplimiento de los derechos humanos por parte de los sistemas de salud de sus países. También proporcionan recursos pertinentes, estudios de casos y ejemplos prácticos de cómo se ve la “correcta” implementación de un enfoque basado en los derechos para la CSU.

Al traducir los estándares internacionales de derechos humanos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) a un formato operativo, el toolkit proporciona un marco práctico para todos aquellos que desean evaluar y mejorar el cumplimiento de sus sistemas de salud con las obligaciones internacionales de derechos humanos.

¿Quién puede usarlas?

Funcionarios de gobierno, profesionales de la salud, sociedades civiles, defensores de derechos humanos, personal de las Naciones Unidas y toda otra persona comprometida con garantizar un enfoque basado en los derechos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la CSU.

¿Cómo se pueden utilizar?

Este toolkit está destinado a guiar los esfuerzos para moldear, fundamentar y revisar la medida en que las obligaciones internacionales de derechos humanos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) se apoyaron e implementaron como parte de las políticas y los programas de CSU. Entre otras cosas, este toolkit se pueden utilizar para:

- hacer un seguimiento del cumplimiento de los derechos humanos por parte de los establecimientos de salud
- identificar brechas en la implementación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos
- orientar los debates sobre prácticas y políticas para garantizar resultados basados en los derechos
- fomentar la recopilación de datos y la investigación a nivel nacional y local
- proporcionar un marco práctico para apoyar la responsabilización basada en los derechos humanos
- detectar problemas que merecen más atención
- proporcionar un punto de entrada para que los equipos de salud discutan las obligaciones de derechos humanos
- facilitar debates sobre las obligaciones en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos con las contrapartes nacionales, incluidos los gobiernos y la sociedad civil

Key Questions “Traffic lights”

Cada "pregunta clave" va seguida de una columna con "semáforos", —standing for always, often, sometimes, rarely and never—, con la intención de ayudar a los usuarios a responder cada pregunta según el contexto de su país.

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

INTRODUCCIÓN

La cobertura sanitaria universal (CSU) es esencial para cumplir una serie de derechos humanos, empezando por el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Para garantizar que todas las personas - especialmente las mujeres, las niñas y las adolescentes - puedan disfrutar de su derecho a la salud, con dignidad y sin discriminación, coerción o violencia, el trabajo para lograr la CSU debe integrar la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Para seguir anclados en los derechos humanos, estos esfuerzos deben mantener el foco en la igualdad y la no discriminación, la calidad de los servicios, la responsabilidad y la autonomía corporal.

El cumplimiento de los DHSR y la prestación de la CSU son componentes básicos de las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos. La prestación de CSU es un elemento central de la obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud, mientras que el marco internacional de derechos humanos exige a los Estados que garanticen que la atención de la salud sexual y reproductiva esté disponible y sea accesible, aceptable, de buena calidad y libre de discriminación, coacción y violencia; que aborden las causas profundas de las violaciones de los derechos humanos, como la desigualdad de género; y que garanticen la responsabilidad por la aplicación efectiva de la SDSR.

Lograr una CSU que incluya la SDSR es fundamental para aplicar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En 2019, los líderes mundiales hicieron una declaración política volviendo a comprometerse a lograr la CSU para 2030, reforzando los compromisos adquiridos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los ODS reconocen explícitamente que la salud sexual y reproductiva es esencial para la salud, el desarrollo y la igualdad de género. La salud sexual y reproductiva se menciona en los ODSs 3 y 5. El ODS 3 incluye una meta para "garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales".

En el Programa de Acción adoptado durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, los estados acordaron que los derechos humanos eran la piedra angular para abordar los problemas de desarrollo y población, incluida la necesidad de eliminar la discriminación basada en el género y las prácticas tradicionales nocivas; proteger la capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva; garantizar el acceso a la planificación familiar voluntaria, la anticoncepción y el aborto seguro; y garantizar un embarazo y un parto seguros. El Programa de Acción de la CIPD también instó a los estados a garantizar que la atención de salud reproductiva esté disponible a través del sistema de atención primaria de salud para 2015.

Si bien los estados están obligados a cumplir con el marco internacional de derechos humanos al implementar la CSU, existe poca orientación disponible sobre cómo integrar un enfoque basado en los derechos para la salud sexual y reproductiva en las políticas y los programas nacionales de CSU. Este toolkit proporciona una guía práctica para ayudar a los funcionarios gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil, instituciones de derechos humanos, los profesionales de la salud, personal de las Naciones Unidas (ONU) y otras partes interesadas clave que trabajan en SDSR para garantizar un enfoque de la salud sexual y reproductiva basado en los derechos a fin de desarrollar políticas y programas para la CSU.

Basándose en las normas internacionales de derechos humanos, el toolkit tiene por objeto apoyar la labor de promoción, las políticas y otras actividades pertinentes en materia de SDR para garantizar que todas las personas -en particular las más rezagadas- dispongan de los medios, la información y los servicios necesarios para tomar decisiones libres e informadas en relación con la sexualidad y la reproducción. En este sentido, tiene como objetivo apoyar el objetivo más amplio de construir una atención de la salud universal sólida, sostenible y que apoye los derechos, particularmente en lo que respecta a la SDR.

El toolkit explora elementos clave basados en los derechos humanos en relación con siete áreas temáticas de la salud sexual y reproductiva.²

- salud maternal
- información y servicios de anticoncepción
- educación sexual integral
- atención integral del aborto
- infecciones por VIH y de transmisión sexual
- violencia de género
- prácticas nocivas

Cada módulo incluye un cuestionario, con preguntas clave basadas en las normas y los principios internacionales de derechos humanos, junto con ejemplos prácticos y recursos útiles. Los cuestionarios sirven para respaldar el análisis de los programas y las políticas actuales, y los recursos ofrecen ideas para fortalecer un enfoque basado en los derechos.

Los desafíos desencadenados por la pandemia del COVID-19 han puesto de relieve la urgencia de garantizar la CSU y los DHR y de asegurar que la recuperación sitúe a las personas y sus derechos humanos en el primer plano. El objetivo de este toolkit es proporcionar inspiración y orientación para que los derechos y las opciones ocupen un lugar central en los esfuerzos por lograr la cobertura sanitaria universal.

Estándares de derechos humanos sobre salud materna

Más de 800 mujeres mueren a diario por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto, en gran parte el resultado de la desigualdad de género, la discriminación, las inequidades en la salud y la falta de garantía de los derechos humanos.³

Más del 70% de las muertes maternas en todo el mundo se deben a hemorragias graves, hipertensión, infecciones, complicaciones derivadas de abortos inseguros y partos prolongados u obstruidos. La mayoría de estas emergencias son evitables si se identifican y tratan a tiempo.⁴ Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a 70 por cada 100.000 nacidos vivos para 2030 es una meta clave de los ODS en materia de SDR y CSU.

La defensa de los derechos humanos va más allá de la mera prevención de la muerte durante el embarazo y el parto. El derecho a un embarazo y parto seguros incluye el derecho a acceder a toda la gama de servicios relacionados con el embarazo y el periodo postnatal, sin sufrir discriminación, coerción o violencia.⁵

Los sistemas de salud deben garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva estén disponibles, sean accesibles, aceptables y de buena calidad.⁶ Los Estados deben abordar las violaciones del derecho al consentimiento informado, los abusos de la doctrina de la necesidad médica y la negación de la autonomía de la mujer en la toma de decisiones que se producen en todos los contextos de la atención a la salud materna, incluidos la atención prenatal, el parto y el alumbramiento.⁷ Esto incluye la esterilización forzada inmediatamente después del parto, los procedimientos con sobremedicación y no consentidos durante e inmediatamente después del parto, y las violaciones de la privacidad y confidencialidad antes y durante la estadía de una mujer en un centro de salud.⁸

Estos abusos violan el derecho de las mujeres a la integridad física y a la autonomía, pueden causar daños duraderos a su salud y bienestar, y tienen graves repercusiones en la salud pública y los derechos humanos, como reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁹ Tienen un impacto desproporcionado en las mujeres, los adolescentes y las personas de

diversas orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales (SOGIESC), así como en los grupos marginados o con identidades interseccionales.

Abordar la salud materna desde la perspectiva de los derechos humanos exige elaborar leyes, políticas y prácticas que garanticen la salud, el bienestar y la ausencia de violencia de las personas durante el embarazo, el parto y el puerperio, entre otras cosas creando un entorno propicio para profesionales sanitarios bien formados y respaldados. Un enfoque de la salud materna basado en los derechos

humanos también aborda las dinámicas de poder que pueden perpetuar las desigualdades mediante intervenciones estratégicas como la reasignación de recursos, el fortalecimiento de los mecanismos de responsabilización dentro de los sistemas de salud y la adopción de medidas para dismantelar las normas sociales y culturales negativas.¹⁰

Dado que la atención a la salud materna es una "obligación fundamental" según el derecho internacional de los derechos humanos, los Estados deben garantizar embarazos y partos seguros incluso en el contexto de dificultades económicas o de otro tipo.¹¹

Preguntas clave

para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos

El cuestionario a continuación proporciona una herramienta para evaluar el cumplimiento de su sistema de salud con las obligaciones de derechos humanos con respecto a la atención de la salud materna.

Garantizar un embarazo y un parto seguros tiene muchas dimensiones. Un enfoque de la atención a la salud materna basado en los derechos humanos requiere una actuación entre sectores, coordinada a través de políticas, programas, planes estratégico¹²s y campañas específicas e integrales¹³ que garanticen el acceso a la asistencia al parto,¹⁴ la atención prenatal,¹⁵ la atención obstétrica de urgencia¹⁶ y una atención postaborto de calidad.¹⁷ La atención de la salud materna debe prestarse de manera respetuosa y garantizando la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones.¹⁸

1. ¿Se dispone de atención sanitaria materna de calidad en centros sanitarios funcionales según las necesidades, físicamente accesibles y asequibles para todos, incluso en zonas remotas?¹⁹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

2. ¿Acceden las comunidades a estos servicios?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Colaborar con la autoridad reguladora de medicamentos para garantizar que todos los medicamentos esenciales para tratar las complicaciones relacionadas con el embarazo (p. ej., misoprostol para tratar la hemorragia posparto o el aborto incompleto) estén legalmente permitidos, registrados para uso obstétrico y disponibles en la práctica.²⁰

Trabajar con los funcionarios de salud locales y los centros de salud para garantizar que la atención de la salud materna esté disponible físicamente brindando transporte, modificando los edificios para garantizar el acceso de las personas con discapacidad y dotando de personal adecuado a los centros de salud, incluso en áreas remotas.

Involucrar a los funcionarios nacionales de salud para que adopten políticas que garanticen el acceso gratuito a la atención de la salud materna y asignen presupuestos adecuados para implementar esta garantía.

Garantizar que las instalaciones estén bien equipadas con medicamentos y equipos, y que el personal esté disponible y correctamente capacitado para brindar atención materna de calidad, respetuosa y no discriminatoria.

Conduct participatory research with community members to identify social, geographic, economic or other barriers preventing them from accessing quality maternal health care.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, AMDD y la Universidad de Ginebra, [Implementation Manual for Developing a National Network of Maternity Units and Improving Emergency Obstetric and Newborn Care](#)

ACNUDH, [Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Maternal Mortality and Morbidity](#)

ACNUDH, UNFPA, FXB Center, PMNCH y OMS, [Summary Reflection Guide on a Human Rights-Based Approach to Health: Application to Sexual and Reproductive Health, Maternal Health and Under-5 Child Health—Health Policy Makers](#), pág. 20

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 35

3. ¿La información sobre salud sexual y reproductiva y salud materna es accesible y comprensible para todos (teniendo en cuenta la edad, el idioma, la edad, la capacidad, etc.)?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

4. ¿La educación sexual integral es accesible y disponible?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Desarrollar y difundir materiales de información y educación sobre la salud y los derechos maternos en los idiomas locales más comunes, Braille y formatos aptos para adolescentes.

Trabajar con los funcionarios de salud nacionales y subnacionales para desarrollar e implementar un plan de estudios sobre educación sexual integral que incluya la salud materna.

Desarrollar campañas de comunicación culturalmente apropiadas en colaboración con las comunidades, las organizaciones religiosas y las organizaciones de la sociedad civil para generar conciencia sobre los aspectos estigmatizados de la salud materna (como el aborto, la salud mental y formas de morbilidad materna, como la fístula obstétrica y el prolapso uterino), y dónde buscar tratamiento.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 34

Véase también el cuestionario sobre "educación sexual integral".

5. ¿Se mantiene la calidad de los servicios de salud materna, incluso asegurando personal médico calificado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y vigentes, y atención respetuosa?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Apoyar a las oficinas de salud locales en el desarrollo de programas de supervisión y seguimiento para la atención de la salud materna, incluido cómo seguir protocolos estandarizados para administrar inventarios de medicamentos y equipos, registros de pacientes y atención de pacientes.

Garantizar que los proveedores de atención médica estén debidamente capacitados, y que sus competencias profesionales se mantengan a través de la supervisión de apoyo y la tutoría para brindar atención respetuosa de calidad a todos los pacientes.

Garantizar el registro adecuado de muertes neonatales, mortinatos y muertes maternas, la capacitación de los trabajadores de la salud sobre cómo realizar revisiones de las muertes maternas y los mecanismos de retroalimentación para las mejoras relacionadas con la calidad en los establecimientos de salud. Realizar encuestas de satisfacción del paciente.

Trabajar con los funcionarios nacionales de salud y las escuelas de medicina para desarrollar e implementar pautas nacionales sobre el cuidado de la salud materna respetuosa, e integrar estas pautas en el plan de estudios de capacitación de la escuela de medicina.

Comprometerse con los funcionarios nacionales de salud y las organizaciones de la sociedad civil para garantizar el cumplimiento de las directrices sobre la prevención de la falta de respeto y el abuso en la atención de la salud materna (como las normas que prohíben encadenar a las personas encarceladas durante el parto, o la detención en hospitales después del parto por no poder pagar los honorarios médicos). Garantizar que los mecanismos de reparación de las denuncias estén claramente establecidos y garanticen la confidencialidad.

RECURSOS CLAVE

ACNUDH, UNFPA, FXB Center, PMNCH y OMS, [Summary Reflection Guide on a Human Rights-Based Approach to Health: Application to Sexual and Reproductive Health, Maternal Health and Under-5 Child Health—Health Policy Makers](#), pág. 20

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 35

5. ¿Se brinda atención de salud materna de una manera que es culturalmente apropiada?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

6. ¿Se garantizan la confidencialidad y la privacidad en la prestación de atención de salud materna?²¹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Facilitar auditorías de inclusión participativas o revisiones de políticas y planes de acción de salud materna y adolescente para recopilar opiniones sobre qué tan bien estos instrumentos satisfacen las necesidades de las mujeres indígenas, las mujeres afrodescendientes, las mujeres con discapacidad, las personas con OSIEGCS real o percibido y las niñas adolescentes.

Respalda a los funcionarios de salud nacionales y subnacionales en el diseño de establecimientos de salud que incluyan espacios privados para asesoramiento, evaluaciones y tratamiento confidenciales y en la implementación de políticas que aclaren que las sesiones de asesoramiento y las evaluaciones deben incluir solo al paciente, a menos que ellos soliciten la presencia de un cónyuge u otra persona.

Trabajar con los funcionarios nacionales de justicia y legislación para garantizar que las leyes sobre la obligatoriedad de informar a las autoridades (incluso lo relacionado a la violencia sexual y el aborto) cumplan con las normas de derechos humanos sobre confidencialidad y privacidad.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, UNICEF y ONU Mujeres, [Fact Sheet on Indigenous Women's Maternal Health](#).

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 35

7. ¿Las normas legales y profesionales respetan la autonomía de los usuarios de los servicios y apoyan el consentimiento informado, incluso brindando asesoramiento?²²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Asociarse con expertos legales en derechos sexuales y reproductivos para revisar las restricciones sobre la divulgación de información relacionada con la salud a embarazadas, como las disposiciones que prohíben informar a las embarazadas sobre las condiciones que pueden representar un riesgo para sus vidas o su salud o las leyes que imponen restricciones sobre atención de la maternidad en función del estado civil. Facilitar las consultas sobre estas constataciones con los funcionarios legislativos y de justicia.

Involucrarse con las sociedades profesionales de obstetras y ginecólogos para adoptar una guía ética sobre el consentimiento informado en la atención de la salud materna, incluso para prevenir cesáreas innecesarias y esterilizaciones forzadas o coercitivas, o la inserción de dispositivos intrauterinos después del parto.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6](#), pág. 20

8. ¿El Estado ha tomado medidas para garantizar que los bienes y servicios esenciales para la salud materna, tal como se definen en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (como el misoprostol y la atención integral del aborto), estén legalmente disponibles y sean accesibles?²³

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Trabajar con los funcionarios nacionales legislativos y de justicia y con las autoridades reguladoras para revisar las leyes y políticas a fin de modificar o eliminar las barreras legales para acceder a los medicamentos uterotónicos (incluida la falta de registro del misoprostol como medicamento esencial para múltiples usos obstétricos).

Trabajar con los funcionarios nacionales legislativos y de justicia y con las asociaciones legales de mujeres para revisar las leyes y políticas relacionadas con la atención integral del aborto y desarrollar estrategias para modificar o eliminar las barreras legales para acceder a la atención, incluida la penalización del aborto.

Organizar programas de desarrollo de capacidades con legisladores, funcionarios de Gobierno (incluidos funcionarios de salud pública y proveedores de atención médica) y el poder judicial sobre los estándares de derechos humanos y las obligaciones del Estados relacionadas con la provisión de servicios de atención del aborto.

Comprometerse con los funcionarios de salud nacionales y locales para adoptar políticas y programas que garanticen el acceso legal a una atención postaborto humana y digna, incluso cuando el aborto sea ilegal o esté restringido, y para eliminar toda política que requiera denunciar a las personas sospechosas de tener un aborto o que exija que las personas den fe de haber tenido un aborto antes de poder recibir atención.

Trabajar con instituciones de capacitación, escuelas de medicina y asociaciones de profesionales médicos para fortalecer la educación previa al servicio y durante el servicio sobre la atención integral del aborto para desarrollar las capacidades de los proveedores de atención médica para brindar esa atención.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6](#), pág. 20

OMS, [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems—Legal and Policy Considerations](#)

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 35

Véase también el cuestionario sobre “Atención integral del aborto”.

9. ¿Están garantizados los determinantes subyacentes y otros determinantes de un embarazo saludable (incluida una nutrición adecuada, agua potable, educación, saneamiento y transporte) para las personas embarazadas y en posparto?²⁴

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Involucrarse con los funcionarios de Gobierno que supervisan los programas de bienestar social para garantizar que las personas embarazadas y en posparto tengan garantizado el acceso a los beneficios de nutrición, albergue y agua potable.

Trabajar con el Ministerio de Educación para desarrollar una guía de políticas para garantizar la no expulsión de las estudiantes embarazadas de las escuelas, y que se realicen adaptaciones para permitirles continuar su educación.

Trabajar con los Ministerios de Salud y Agua y Saneamiento para garantizar que todas las instalaciones de atención médica tengan un abastecimiento de agua seguro y accesible, saneamiento adecuado, instalaciones para lavarse las manos en los puntos de atención y en los baños, y sistemas apropiados de eliminación de desechos.

RECURSOS CLAVE

CRR, [From Risk to Rights: Realizing States' Obligations to Prevent and Address Maternal Mortality](#), pág. 8.

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 35.

10. ¿Existen medidas específicas para abordar la salud materna entre los grupos marginados que tienen tasas de mortalidad materna desproporcionadamente elevadas y enfrentan obstáculos adicionales para acceder a la atención de la salud reproductiva, incluidas adolescentes, mujeres pobres, mujeres indígenas, mujeres de grupos raciales o étnicos discriminados, mujeres que habitan en espacios rurales, mujeres migrantes y mujeres con discapacidad?²⁵

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Asociarse con las oficinas de salud distritales para recopilar datos desglosados sobre la mortalidad materna entre las pacientes que sufren discriminación interseccional que puede dificultar el acceso a los servicios de atención de la salud materna, como las adolescentes, as mujeres de grupos étnicos y raciales discriminados, las mujeres desplazadas y afectadas por conflictos y las mujeres que viven en zonas subatendidas.

Colaborar con el Ministerio de Salud y las escuelas de medicina para desarrollar e implementar módulos de educación sanitaria para abordar los vínculos entre los estereotipos discriminatorios de los proveedores de servicios de salud (por género y otros factores) y los efectos negativos para la salud materna. Estos módulos deben integrarse en la educación previa al servicio e impartirse a través de la capacitación en el servicio.

Explorar opciones para abordar los prejuicios de actitud contra los grupos marginados a través de los medios de comunicación de masas y de programas específicos especiales that aim to educate and expose health care workers to the views, perspectives and rights of these groups.

Apoyar a los funcionarios de salud nacionales y locales en la introducción de un sistema de auditorías de muerte materna (una revisión no judicial que va más allá de las razones médicas para identificar las razones sociales, económicas y culturales que llevaron o contribuyeron a una muerte materna).²⁶

RECURSOS CLAVE

UNFPA, UNICEF y ONU Mujeres, [Fact Sheet on Indigenous Women's Maternal Health](#).

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 34.

11. ¿Existen procesos de responsabilización confidenciales e imparciales para abordar y ofrecer soluciones a las denuncias de violencia, falta de respeto y abusos en la atención de la salud materna, y son accesibles a todos de manera oportuna?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

EJEMPLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Respaldar a los funcionarios de salud locales y a las organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de mecanismos para establecimientos o distritos que permitan a las personas presentar quejas y reparar sus agravios en caso de sufrir violencia, falta de respeto o abuso. Proporcionar la información y los recursos necesarios (incluida la asistencia legal gratuita cuando corresponda) para ayudar a las personas a obtener reparación por las violaciones a sus derechos.

Trabajar con las academias judiciales nacionales y las instituciones nacionales de derechos humanos para desarrollar e implementar programas de desarrollo de capacidades sobre la salud materna como un asunto de los derechos humanos.

Proporcionar asistencia legal gratuita, según sea necesario, a mujeres cuyos derechos han sido violados. Respaldar los mecanismos sociales de responsabilización, como las tarjetas de puntuación ciudadana.

RECURSOS CLAVE

ACNUDH, UNFPA, FXB Center, PMNCH y OMS, [Summary Reflection Guide on a Human Rights-Based Approach to Health: Application to Sexual and Reproductive Health, Maternal Health and Under-5 Child Health—National Human Rights Institutions](#).

ACNUDH, UNFPA, FXB Center, PMNCH y OMS, [Summary Reflection Guide on a Human Rights-Based Approach to Health: Application to Sexual and Reproductive Health, Maternal Health and Under-5 Child Health—Judiciary](#).

CRR, [From Risk to Rights: Realizing States' Obligations to Prevent and Address Maternal Mortality](#), pág. 28.

ESTUDIOS DE CASOS

Ampliar la atención de calidad a las jóvenes madres indígenas de la República del Congo

En la República del Congo, UNFPA se asoció con Médecins d'Afrique para aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres indígenas Baka en el departamento de Sangha.

Entre abril y junio de 2017, la iniciativa "Primera madre joven" puso a prueba una serie de intervenciones,²⁷ entre ellas:

- talleres para proveedores de salud sobre las necesidades específicas de las mujeres indígenas;
- capacitar a voluntarios de la comunidad para que sirvan de enlace con las mujeres embarazadas e informarles sobre sus derechos a los servicios de salud materna y animarlas a acudir a las clínicas de salud;
- capacitar a las parteras tradicionales en prácticas biomédicas para que puedan ejercer en instituciones médicas; y
- distribuir kits con ropa y jabón a las mujeres indígenas embarazadas antes de sus visitas prenatales (para que puedan llegar aseadas y con ropa limpia y no sientan vergüenza al visitar las clínicas).²⁸

Como resultado de estas intervenciones, el número de mujeres que reciben atención prenatal y dan a luz en clínicas de salud y hospitales del distrito aumentó drásticamente. En el primer trimestre de 2017, 10 mujeres recibieron atención prenatal y 11 mujeres dieron a luz en un centro médico. En el tercer trimestre, 112 mujeres recibieron atención prenatal y 38 dieron a luz en un centro médico.²⁹

Responsabilizar a los profesionales de la salud materna por abusos en Kenia

En 2013, Josephine Oundo Ongwen dio a luz en el hospital del condado de Bungoma en Nairobi, Kenia y sufrió severos abusos físicos y verbales por parte del personal del hospital.

El hospital forzó a Josephine a comprar el medicamento que necesitaba para inducir el parto, que debería haber sido gratuito. Las enfermeras le dijeron que si necesitaba atención una vez inducido el parto, tendría que ir andando ella misma desde la sala de trabajo de partos hasta la sala de parto. Así lo hizo, solo para encontrarse con que no había camas disponibles.

Josephine dio a luz en el suelo, sin asistencia médica.³⁰ Al encontrarla inconsciente en el suelo, las enfermeras la agredieron física y verbalmente por haber ensuciado el suelo. Cuando volvió en sí, la hicieron caminar sin ayuda hasta la sala de partos para examinarla.³¹

Josephine sufrió graves traumas emocionales como consecuencia de estos malos tratos.³² Otra paciente presenció y documentó su maltrato, lo que generó una amplia cobertura mediática del caso.³³

El tribunal que atendió el caso de Josephine determinó que el hospital había violado su derecho a la dignidad y que la sometió a un trato cruel, inhumano y degradante.³⁴ El fallo del tribunal, emitido en 2018, aclaró que la ley de Kenia garantiza a todas las personas el derecho al más alto nivel posible de salud, incluida la salud reproductiva; garantiza la atención gratuita de la salud materna en los establecimientos públicos; y establece que estos servicios deben ser accesibles y seguros.³⁵

El caso de Josephine destaca la necesidad de que los servicios de maternidad en todas partes se brinden de una manera respetuosa que honre la dignidad de cada mujer.³⁶ Desde 2018, el gobierno de Kenia ha priorizado la CSU como uno de los pilares clave de su Agenda de los Cuatro Grandes.³⁷ El acceso a los servicios gratuitos de salud materna es un componente clave de la CSU a través del programa Linda Mama del Ministerio de Salud, implementado por el Fondo Nacional de Seguro de Salud en 2017³⁸ para lograr el acceso universal a los servicios de salud materno infantil y contribuir al progreso del país hacia la CSU.³⁹

Estándares de derechos humanos sobre

información y servicios de anticoncepción

La magnitud de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos es enorme. En las regiones en desarrollo, 214 millones de mujeres y niñas en edad reproductiva desean evitar el embarazo pero no utilizan un método anticonceptivo moderno, según estimaciones de 2017.⁴⁰

En virtud del derecho relativo a los derechos humanos, toda persona tiene derecho a determinar el número y el espaciamiento de sus hijos, y a acceder a la información y los medios para hacerlo, incluidos los servicios de educación sexual y planificación familiar.⁴¹

La necesidad insatisfecha de anticonceptivos puede dar lugar a violaciones de los derechos a la intimidad, la salud, la vida, la educación, la no discriminación y la igualdad.⁴² El derecho relativo a los derechos humanos reconoce que la elevada necesidad insatisfecha de anticonceptivos está vinculada a numerosos daños, entre ellos el aborto inseguro,⁴³ mortalidad y morbilidad materna por embarazos no planificados o en fechas muy próximas de alto riesgo,⁴⁴ mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH e infertilidad derivada de ITS.⁴⁵ Para supervivientes de violaciones y otras formas de abusos sexuales,

la incapacidad de garantizar una anticoncepción de emergencia legal y accesible está relacionada con el sufrimiento físico y mental, que puede equivaler a malos tratos.⁴⁶

Los obstáculos a la información y los servicios anticonceptivos pueden ser especialmente graves para las personas de grupos marginados o vulnerables, como las personas con discapacidad, los adolescentes, los grupos étnicos y raciales sometidos a discriminación, las personas que viven con el VIH/SIDA y las personas que viven en hogares con bajos ingresos o en contextos humanitarios. Las personas de estos grupos también se ven desproporcionadamente afectadas por políticas y prácticas anticonceptivas coercitivas o forzadas,⁴⁷ como la esterilización involuntaria,⁴⁸ y por los daños derivados de procedimientos anticonceptivos y de esterilización de mala calidad. Tales prácticas violan numerosos derechos humanos y pueden alcanzar el nivel de tortura o trato cruel, inhumano o degradante.⁴⁹

Los estereotipos de género y otros sobre quién “debe” y “no debe” reproducirse pueden determinar el acceso a la información y los servicios de anticoncepción y afectan el riesgo de coerción. Por ejemplo, las políticas y los

programas relacionados con los anticonceptivos pueden excluir a las mujeres solteras y a las adolescentes, basándose en la presunción de que no deben ser sexualmente activas, o a las mujeres con discapacidad, a menudo estereotipadas como asexuales. Los niños intersexuales pueden ser esterilizados a una edad temprana debido a ideas erróneas sobre su fertilidad y sexualidad.

El derecho relativo a los derechos humanos y el Programa de Acción de la CIPD reconocen las obligaciones de los Estados de garantizar la disponibilidad y el acceso para todos a la gama completa⁵⁰ de anticonceptivos de buena calidad, modernos y eficaces.⁵¹ El derecho relativo a los derechos humanos establece específicamente que la anticoncepción de emergencia, que puede prevenir el embarazo después de una relación sexual sin protección, debe estar disponible sin receta médica que dicha anticoncepción debe ser⁵² gratuita para las

víctimas de violencia, incluidas las adolescentes,⁵³ y que se deben tomar medidas especiales para garantizar que está disponible en zonas de conflicto y posconflicto.⁵⁴

Los Estados están obligados a garantizar que el uso de anticonceptivos sea voluntario, plenamente informado y libre de coerción y discriminación, y deben prestar especial atención a los grupos que históricamente han estado sujetos a prácticas coercitivas de planificación familiar, como los romaníes, las personas con discapacidad y mujeres que viven con VIH.⁵⁵

Los Estados también deben garantizar el derecho a buscar, recibir y difundir información relacionada con los anticonceptivos. Esto incluye brindar acceso a información y servicios imparciales, integrales y basados en pruebas para la planificación familiar y la anticoncepción, sin discriminación e incluyendo adolescentes y jóvenes.⁵⁶

Preguntas clave

para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos

El cuestionario a continuación proporciona una herramienta para evaluar el cumplimiento de su sistema de salud con las obligaciones de derechos humanos con respecto a la información y los servicios de anticoncepción.

Un enfoque integral basado en los derechos humanos para la programación de la información y los servicios de anticoncepción incluye el desarrollo de la capacidad de los trabajadores sanitarios, la promoción, datos adecuados, intervenciones dirigidas a grupos marginados, atención a la desigualdad de género y mecanismos sólidos de responsabilización. Para apoyar la evaluación y el diseño de programas que adopten un enfoque de la información y los servicios anticonceptivos basado en los derechos humanos, el UNFPA y la What Works Association han desarrollado una herramienta que puede utilizarse.⁵⁷

1. ¿Existen en el país instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con los anticonceptivos que sean necesarios, accesibles y asequibles, incluso en zonas remotas?⁵⁸

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a los funcionarios de salud y las organizaciones de la sociedad civil para garantizar que la gama completa de métodos anticonceptivos esté disponible en clínicas públicas y privadas (p. ej., apoyando la adquisición y la capacitación de trabajadores de la salud, el intercambio de tareas cuando corresponda y modificando las instalaciones para garantizar la accesibilidad para todos).

Apoyar la integración de la información y los servicios de anticoncepción en la atención primaria de la salud y la atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la atención posparto y posaborto.

Colaborar con la autoridad reguladora de medicamentos para garantizar que todos los medicamentos esenciales para la anticoncepción (como se reconocen en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS), incluida la anticoncepción de emergencia, estén legalmente permitidos y disponibles en la práctica.⁵⁹

Examinar las políticas de logística y adquisición para garantizar la disponibilidad de bienes y realizar un seguimiento regular de la distribución y las existencias de anticonceptivos, prestando atención a los desabastecimientos y la combinación de métodos en todos los niveles de prestación de servicios.

Revisar los planes de seguro público y los procesos presupuestarios para garantizar la asequibilidad de los servicios de anticoncepción, incluida su inclusión en los planes de seguro de salud pública y su subvención.⁶⁰

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 32

OMS, [Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services](#)

UNFPA y OMS, [Ensuring Human Rights within Contraceptive Services Delivery: An Implementation Guide](#), pág. 15

2. ¿Se proporcionan las instalaciones, los bienes y los servicios relacionados con la anticoncepción de forma respetuosa con la ética médica y culturalmente aceptable para todos, respetando las culturas de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades (incluidas las comunidades marginadas) y teniendo en cuenta los requisitos de género y del ciclo de vida?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

En asociación con las comunidades afectadas, brindar capacitación a los proveedores de atención médica para mejorar la accesibilidad de los servicios a todas las personas y culturas, incluso creando conciencia sobre las necesidades y culturas de los grupos marginados y abordando las normas y los estereotipos discriminatorios dominantes que pueden socavar la atención.

Garantizar que la sociedad civil y otras partes interesadas desempeñen un papel central en el desarrollo y el seguimiento de leyes, políticas y programas sobre información y servicios de anticoncepción.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 32

OMS, [Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services](#)

UNFPA y OMS, [Ensuring Human Rights within Contraceptive Services Delivery: An Implementation Guide](#), pág. 21

UNFPA, [Social and Cultural Determinants on Sexual and Reproductive Health: Studies from Asia and Latin America](#)

3. ¿Tienen todas las personas acceso a una información completa, imparcial y científicamente exacta⁶¹ sobre salud sexual y reproductiva que abarque toda la gama de anticonceptivos (incluso mediante una educación sexual completa y campañas de salud pública), proporcionada de forma comprensible para todos (teniendo en cuenta la edad, el idioma, la edad, la capacidad, etc.)?⁶²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Desarrollar y difundir materiales de información y educación sobre la salud y los derechos maternos en los idiomas locales más comunes, Braille y formatos aptos para adolescentes.

Trabajar con los funcionarios de educación para desarrollar un plan de estudios nacional sobre educación sexual integral que refleje los aportes de los jóvenes e incluya información y servicios de anticoncepción.

Desarrollar campañas de comunicación, dirigidas a los proveedores y al público, para desestigmatizar el uso de los anticonceptivos y disipar las ideas erróneas y la desinformación que crean barreras para acceder a los anticonceptivos y los servicios relacionados.⁶³

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 31

OMS, [Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services](#)

UNFPA y OMS, [Ensuring Human Rights within Contraceptive Services Delivery: An Implementation Guide](#), págs. 28, 37

4. ¿Hay un número suficiente de proveedores de atención de la salud con la formación adecuada para proporcionar información y asesoramiento sobre toda la gama de métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

5. ¿Garantiza el Estado que el acceso a la anticoncepción no se vea obstaculizado por motivos de conciencia por parte de los proveedores de atención sanitaria o los farmacéuticos?⁶⁴

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Brindar capacitación continua basada en competencias a los proveedores de atención médica para garantizar su capacidad de brindar asesoramiento y servicios en torno a la gama completa de anticonceptivos, incluidos los avances recientes y la anticoncepción de emergencia. Apoyar el desarrollo y la ejecución de procesos de aseguramiento de la calidad en los establecimientos de salud para identificar barreras al acceso, incluida la negativa a realizar el aborto por motivos de conciencia.

RECURSOS CLAVE

OMS, [Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services](#)

UNFPA y OMS, [Ensuring Human Rights within Contraceptive Services Delivery: An Implementation Guide](#), pág. 32

UNFPA y CRR, [The Right to Contraceptive Information and Services](#), pág. 21

Véase también el cuestionario sobre "Atención integral del aborto".

6. ¿Las políticas, programas y prácticas estatales en materia de productos y servicios anticonceptivos se basan en pruebas y son científica y médicamente apropiados y acordes con los recientes avances e innovaciones tecnológicos?⁶⁵

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Respaldar a los funcionarios de salud nacionales y locales en la revisión de políticas y programas relacionados con la anticoncepción para garantizar la calidad de la información presentada y la inclusión de avances tecnológicos e innovaciones recientes.

RECURSOS CLAVE

OMS, [Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services](#)

UNFPA y OMS, [Ensuring Human Rights within Contraceptive Services Delivery: An Implementation Guide](#), pág. 32

7. ¿Se han adoptado normas legales y profesionales para garantizar la confidencialidad y privacidad de las personas que solicitan información y servicios de anticoncepción?⁶⁶

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Respaldar a las oficinas de salud nacionales y subnacionales en el diseño de establecimientos de salud que incluyan espacios privados para asesoramiento, evaluaciones y tratamiento confidenciales y en la implementación de políticas que aclaren que las sesiones de asesoramiento y las evaluaciones deben incluir solo al paciente, a menos que ellos soliciten la presencia de un cónyuge u otra persona.

RECURSOS CLAVE

UNFPA y CRR, [The Right to Contraceptive Information and Services](#), pág. 17

8. ¿Las normas legales y profesionales respetan la autonomía y apoyan el consentimiento informado, incluso al: proporcionar asesoramiento; eliminar todos los requisitos de autorización de terceros (como el consentimiento de los padres, el cónyuge o la pareja);⁶⁷ y eliminar las condiciones no médicas para el acceso a los anticonceptivos (como restringir el acceso a anticoncepción en función de la edad, el estado civil o número mínimo de hijos)?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Asociarse con la sociedad civil para proporcionar programas de creación de capacidad y sensibilización para funcionarios de la salud, jueces y legisladores para crear conciencia sobre los estándares de derechos humanos relacionados con el consentimiento de terceros para información y servicios de anticoncepción, incluso para adolescentes.

Involucrar a los funcionarios de salud nacionales y locales para que desarrollen protocolos sólidos para el consentimiento informado, incluidas herramientas para garantizar un asesoramiento integral y formularios de consentimiento en varios idiomas y formatos (por ejemplo, Braille y audio).

Apoyar a las autoridades legislativas y de salud en la eliminación de las condiciones no médicas para el acceso a los anticonceptivos y garantizar que las leyes y políticas sobre información y servicios anticonceptivos y otros servicios de salud adopten una definición clara de consentimiento significativo, libre, pleno e informado.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, Instituto Danés de Derechos Humanos, y ACNUR, [Reproductive Rights Are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions](#)

9. ¿El Estado ha tomado medidas efectivas para prevenir o eliminar leyes, prácticas y políticas que promuevan la anticoncepción involuntaria, coercitiva o forzada?⁶⁸

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Llevar a cabo una revisión de leyes, políticas y programas que permitan fortalecer los compromisos para identificar si tales medidas pueden perpetuar directa o indirectamente la coerción, y dónde, incluso a través de esquemas de incentivos para la esterilización, políticas de cuotas para que los proveedores realicen la esterilización o requisitos de cirugía o esterilización para el reconocimiento legal de una identidad de género o para el acceso a servicios de salud como tratamiento del VIH, atención obstétrica, cirugía de afirmación de género o aborto.⁶⁹

En asociación con las comunidades afectadas, identificar y abogar por garantías procesales que protejan los derechos de quienes corren un alto riesgo de ser sometidos a intervenciones médicas sin consentimiento informado.

Involucrar a las asociaciones profesionales médicas para que logren revisar, desarrollar, implementar y hacer un seguimiento de los estándares éticos y profesionales para la prohibición de la discriminación y los estereotipos por todos los motivos en relación con la esterilización, de conformidad con las normas éticas y la ley internacional de los derechos humanos.

Trabajar con los funcionarios de salud nacionales y locales para revisar la programación y las políticas relacionadas con la anticoncepción y garantizar que el acceso a la esterilización voluntaria, aceptable, accesible y de calidad siga disponible junto con la gama completa de métodos anticonceptivos a corto y largo plazo.

RECURSOS CLAVE

OACNUD, ONU Mujeres, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF y OMS, [Eliminating Forced, Coerced and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement](#)

10. ¿Se están tomando medidas especiales para garantizar que la información y los servicios de anticoncepción se brinden de conformidad con los derechos humanos de los grupos marginados, incluidos adolescentes, personas con discapacidad, trabajadores sexuales y personas que viven en áreas remotas o en entornos humanitarios?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a las organizaciones de la sociedad civil para que aboguen por la entrega de información y servicios de anticoncepción de calidad y la supervisen, y facilitar los debates entre proveedores de servicios y usuarios (en particular los de grupos marginados).

Garantizar que los datos recientes, fiables y desglosados relacionados con la anticoncepción sean accesibles a los defensores locales, y apoyarles en el uso de los datos para fomentar la responsabilización.

Trabajar con las academias judiciales nacionales y las instituciones nacionales de derechos humanos para desarrollar e implementar programas de desarrollo de capacidades sobre la información y los servicios de anticoncepción como un asunto de los derechos humanos.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 31

UNFPA y CRR, [The Right to Contraceptive Information and Services](#), pág. 10

11. ¿El Estado garantiza amparos administrativos o judiciales en los casos en que a una persona se le niegue de manera inadmisiblemente el acceso a un método anticonceptivo en particular (incluidos los anticonceptivos de emergencia) o experimente violaciones del consentimiento informado u otros abusos relacionados con el acceso y el uso de anticonceptivos?⁷⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Crear campañas de sensibilización y programas de asistencia jurídica para proporcionar a las personas afectadas por la esterilización forzada, coercitiva o involuntaria, información sobre cómo obtener reparación administrativa y judicial.

Apoyar el establecimiento de mecanismos de supervisión para prevenir y documentar la esterilización forzada, coercitiva o involuntaria y adoptar medidas correctivas.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), pág. 33

OACNUD, ONU Mujeres, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF y OMS, [Eliminating Forced, Coerced and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement](#)

ESTUDIOS DE CASOS

Los peluqueros promueven la planificación familiar en Malí⁷¹

En las zonas rurales de Malí, las niñas y las mujeres a menudo temen ser estigmatizadas cuando visitan los establecimientos de salud para recibir servicios relacionados con la planificación familiar o la violencia de género. La distancia a los establecimientos de salud y el costo del transporte presentan desafíos adicionales.

Para derribar tales barreras, UNFPA apoya enfoques innovadores que empoderan a las mujeres para que puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva a nivel local. Uno de estos enfoques consiste en formar a las esteticistas de los salones de peluquería que atienden a mujeres y niñas, para que brinden asesoramiento sobre planificación familiar e información sobre la violencia de género y deriven a las mujeres, cuando sea necesario, a servicios clínicos o de anticoncepción a largo plazo. Los peluqueros capacitados reciben anticonceptivos de corta duración y materiales de sensibilización, así como apoyo a través de una supervisión regular.

Este proyecto se puso a prueba con 10 salones en 2020, y se ha ampliado a 700 salones desde entonces. Durante 2020 y el primer trimestre de 2021, proporcionó métodos anticonceptivos a 96.181 mujeres.⁷²

Investigación de los obstáculos a la salud y los derechos reproductivos en Filipinas

En 2012, Filipinas promulgó una ley innovadora, la Ley de Paternidad Responsable y Salud Reproductiva (RPRH), que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de los filipinos. Priorizando a las mujeres, y a las que viven en situación de pobreza o crisis, la ley garantiza el acceso universal y gratuito a la anticoncepción, así como una mayor educación en salud sexual y reproductiva, incluso para las adolescentes. También reconoce el derecho de las mujeres a la atención postaborto.

En los años posteriores a la promulgación de la ley, el progreso en la implementación fue extremadamente lento, en un país con una de las tasas de mortalidad materna más elevadas de la región Asia-Pacífico, así como altas tasas de necesidad insatisfecha de planificación familiar.⁷³ Las organizaciones de mujeres y los defensores de la salud reproductiva solicitaron la actuación activa por parte de la Comisión de Derechos Humanos, impulsando la creación de una investigación nacional sobre salud y derechos reproductivos con el apoyo de UNFPA.⁷⁴ Llevada a cabo en 2016, la investigación incluyó consultas regionales,

misiones de investigación y audiencias públicas, y consultó 1,263 personas.

Los resultados destacaron la prestación desigual de servicios de salud reproductiva en las distintas regiones y estratos sociales, principalmente debido a la fragmentación de la prestación de servicios de salud resultante de la descentralización y la autonomía de las unidades de los gobiernos locales. También se descubrió que la mayoría de las personas desconocían sus derechos en virtud de la Ley de Salud Reproductiva. Además:

- La ley no contó con el apoyo uniforme de los gobiernos locales. Por ejemplo, la ciudad de Manila prohibió destinar fondos públicos a los anticonceptivos, y la ciudad de Sorsogon -cuyo alcalde patrocinó un programa de radio que difundía información errónea sobre los anticonceptivos, afirmando que causaban cáncer- se negó a aplicar la ley.
- Las mujeres pobres a menudo eran tratadas con falta de respeto en los establecimientos de salud, lo que les impedía acudir a los servicios de salud.
- Los proveedores de atención médica solían discriminar a las personas con diversos OSIEGCS y a las que viven con VIH, y a menudo negándose a proporcionarles asesoramiento y servicios.
- Los jóvenes, al necesitar el consentimiento paterno para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, no accedían a los métodos modernos de planificación familiar ni se sometían a las pruebas del VIH. Tenían poca información sobre cómo prevenir los embarazos, lo que provocaba un aumento de los embarazos adolescentes.

Como resultado de la investigación nacional, el Departamento de Salud empezó a cambiar las políticas y prácticas que obstaculizaban el acceso a los servicios de salud reproductiva entre las mujeres, los adolescentes y las personas con diversos OSIEGCS. La sociedad civil y las Naciones Unidas han aprovechado las constataciones de la investigación para colaborar con los mecanismos internacionales de derechos humanos, incluido el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos, que hicieron recomendaciones al gobierno filipino para fortalecer su implementación de la Ley RPRH y garantizar el acceso de las mujeres a métodos efectivos de planificación familiar. En 2017, el presidente de Filipinas firmó una orden ejecutiva que ordena a varios organismos gubernamentales que intensifiquen los esfuerzos para lograr cero necesidades insatisfechas de planificación familiar con métodos modernos, de conformidad con la Ley RPRH.⁷⁵

Estándares de derechos humanos sobre

educación sexual integral

El derecho a la educación sexual integral (ESI) se fundamenta en los derechos humanos universales, incluidos los derechos a la educación, la información y la salud.⁷⁶ El derecho relativo a los derechos humanos requiere que los estados tomen medidas para garantizar la capacidad de todas las personas para buscar, recibir y difundir información sobre salud sexual y reproductiva.⁷⁷

La ESI se define como un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en el plan de estudios sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es dotar a las personas, y en particular a los niños y jóvenes, de conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que les permitan:

- realizar su salud, bienestar y dignidad;
- desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas;
- tomar decisiones informadas sobre la sexualidad y la reproducción, y considerar cómo sus decisiones afectan a su propio bienestar y al de los demás;
- protegerse a sí mismas y a sus parejas de embarazos precoces y no deseados y abortos inseguros, VIH y otras ITS, e infertilidad;

- identificar y exigir la responsabilización por la violencia de género y las prácticas nocivas; y
- comprender y proteger sus derechos a lo largo de su vida.⁷⁸

Un enfoque de la ESI basado en los derechos humanos apunta específicamente a educar y alentar a todas las personas, incluidos los jóvenes en toda su diversidad, a reconocer sus propios derechos, reconocer y respetar los derechos de los demás y defender a aquellos cuyos derechos son violados.⁷⁹ Un plan de estudios de educación sexual integral para basado en los derechos humanos genera conciencia sobre cómo el género dañino y otros estereotipos pueden perpetuar la desigualdad, y cómo estas desigualdades pueden afectar la salud y el bienestar general de los niños y jóvenes, incluso al obstaculizar los esfuerzos para prevenir las ITS, embarazos tempranos y no intencionales y violencia de género.⁸⁰

Para ser eficaz, la educación sexual integral debe ser científicamente precisa, gradual, apropiada para la edad y el desarrollo, basada en los derechos humanos y la igualdad de género, culturalmente pertinente y

apropiada para el contexto. Está demostrado que la ESI promueve una serie de resultados positivos en materia de salud reproductiva y sexual, y puede ayudar a las personas a alcanzar objetivos educativos y otros objetivos de desarrollo. No conduce a una actividad sexual más temprana ni a un aumento de la misma.⁸¹ La provisión de ESI durante la adolescencia es especialmente importante, ya que ayuda a los adolescentes a desarrollar habilidades para la vida y alcanzar el bien-estar.

Los organismos de seguimiento de tratados han solicitado a los estados que brinden acceso a la ESI dentro y fuera de las escuelas,⁸² en línea y en persona, independientemente de la edad y sin el consentimiento de los padres o tutores.⁸³ Los Estados tienen la obligación de garantizar que la información proporcionada sea

científicamente precisa y objetiva, apropiada para la edad, inclusiva y libre de prejuicios y discriminación.⁸⁴ Esto incluye la obligación de abstenerse de censurar u ocultar información o difundir información tendenciosa o fácticamente incorrecta.⁸⁵

Los ODS exigen que la ESI sea reconocida como un componente obligatorio de los planes de estudio escolares nacionales. Los indicadores según el ODS 5.6.2 especifican que los planes de estudio de ESI deben incluir ocho temas clave: relaciones, valores, derechos, cultura y sexualidad, cómo entender el género, la violencia y cómo mantenerse seguros, habilidades para la salud y el bienestar, el cuerpo humano y el desarrollo, sexualidad y conducta sexual, salud sexual y reproductiva, tal como se describe en las normas internacionales.

Preguntas clave

para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos

El cuestionario a continuación proporciona una herramienta para evaluar el cumplimiento de su sistema de salud con las obligaciones de derechos humanos con respecto a la ESI.

Los Estados tienen la obligación de desarrollar leyes, políticas y prácticas que garanticen el acceso a educación e información sexual integral científicamente precisas, coherentes con la evolución de las capacidades de los niños y adolescentes.⁸⁶ Un enfoque basado en los derechos humanos exige la participación e inclusión significativas de adolescentes y jóvenes, incluso aquellos de grupos marginados, en el desarrollo de leyes, políticas, programas y otras intervenciones en torno a la ESI.

1. ¿La ESI es parte del plan de estudios escolar obligatorio o estándar, accesible para todos los adolescentes, incluidos aquellos con diversas necesidades de aprendizaje, y de manera apropiada para su edad?⁸⁷

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Revisar los planes de estudio escolares en varios entornos y regiones para analizar si se enseña ESI, y cómo se hace, así como si dichos programas son obligatorios, presentados en un formato que sea accesible para estudiantes con diferentes necesidades (en idiomas locales, Braille, etc.),⁸⁸ y disponibles en formas apropiadas para la edad.⁸⁹

Cuando la educación sexual integral no sea obligatoria o no forme parte del plan de estudios estándar, desempeñar un papel de liderazgo en la defensa de su inclusión, lo que incluye aumentar la familiaridad de los funcionarios de salud y educación nacionales y locales con los fundamentos basados en pruebas para un enfoque integral centrado basado en los derechos en género.

Asociarse con los jóvenes y fomentar el liderazgo y la participación de los jóvenes. Facilitar diálogos entre redes de jóvenes y defensores, comunidades y funcionarios de salud y educación para comprender y abordar las preocupaciones sobre la inclusión de la educación sexual integral en el plan de estudios escolar.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS, [International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach](#), págs. 81, 89

UNFPA, [Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender](#), pág. 19

UNESCO, [Sexuality Education Review and Assessment Tool \(SERAT\)](#)

2. ¿Existen programas de ESI disponibles y accesibles a través de iniciativas extraescolares (por ejemplo, a través de organizaciones comunitarias), con el fin de llegar a las personas excluidas del sistema educativo?⁹⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

En cooperación con socios clave, incluidos jóvenes y padres, realizar una evaluación de las políticas sobre educación sexual y otros temas pertinentes (como la incorporación de la perspectiva de género en la educación) a nivel nacional y subnacional, y recopilar datos sobre el impacto de dicha programación.

Identificar si los programas de ESI fuera de las escuelas llegan a los grupos marginados, como los jóvenes LGBTIQ, los jóvenes que viven con VIH, los jóvenes con discapacidades, los jóvenes que consumen drogas y los jóvenes que tienen relaciones sexuales por dinero, y cómo lo hacen. Aprovechar esta evaluación para desarrollar prioridades de acción.

Trabajar con la sociedad civil y los funcionarios del gobierno local para delinear oportunidades para vincular la programación de ESI con programas existentes, incluidas iniciativas sobre igualdad de género o prevención de la violencia, programas que involucren a niños y hombres jóvenes en temas de igualdad de género o salud sexual y reproductiva, y campañas para poner fin al matrimonio infantil, prevenir la transmisión del VIH, promover la educación de las niñas, promover la educación sobre la pubertad o los ritos de iniciación tradicionales, o fortalecer las leyes sobre la violencia de género.

Asociarse con funcionarios de salud nacionales y locales para desarrollar campañas y programas de educación pública para crear conciencia sobre temas de salud sexual y reproductiva, como los riesgos del embarazo temprano y la prevención de ITS, a través de los medios de comunicación y otros foros alternativos.⁹¹

RECURSOS CLAVE

UNFPA, UNESCO, OMS, UNICEF y ONUSIDA, [International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programs](#)

3. ¿El Estado ha garantizado que la ESI sea impartida por profesores formados y educadores inter pares en un entorno de aprendizaje seguro, en el que las personas puedan participar sin discriminación, acoso ni violencia?⁹²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Asociarse con funcionarios nacionales de educación y grupos de jóvenes para desarrollar materiales e incluir instrucción sobre ESI en los programas de capacitación docente para garantizar que los instructores estén adecuadamente capacitados para brindar información integral en un entorno de aprendizaje seguro⁹³ y garantizar el respeto por la confidencialidad y la privacidad.

Trabajar con los jóvenes promotores locales para identificar los obstáculos que impiden el acceso de las personas a la ESI y desarrollar iniciativas de promoción para contrarrestar dicha oposición.

Trabajar con la sociedad civil y otros expertos para desarrollar programas de educación sexual integral fundamentados en traumas que enseñen sobre la sexualidad de una manera que no vuelva a traumatizar a los participantes al despertar sentimientos o recuerdos asociados con una experiencia traumática (lo que se conoce como activación).

Apoyar iniciativas para desarrollar espacios seguros para programas de educación sexual integral fuera de la escuela, incluidos lugares físicos y plataformas en línea.

Abogar para que el estado tome medidas especiales para llegar a los adolescentes que enfrentan barreras múltiples o intersectoriales para acceder a la SISR,⁹⁴ incluidas las niñas adolescentes; las personas jóvenes con discapacidad; aquellos que viven con VIH/SIDA, en detención o en contextos humanitarios; las personas jóvenes que venden sexo; y adolescentes de diversas OSIEGCS.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS, [International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach](#)
 RAND, [Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets](#)
 CARDEA, [Guide to Trauma-Informed Sex Education](#)
 UNFPA, UNESCO, OMS, UNICEF y ONUSIDA, [International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programs](#), pág. 18
 UNESCO, [Global Guidance on Addressing School-Related Gender-Based Violence](#)

4. ¿El Estado ha desarrollado un plan de estudios de ESI de calidad que sea científicamente preciso, imparcial, no discriminatorio, basado en los derechos e inclusivo y sensible con respecto a la diversidad sexual y de género?⁹⁵

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a los funcionarios nacionales de educación y salud en el desarrollo de materiales para la ESI y la garantía de que estén actualizados, sean científicamente precisos, no marcados en género y otros estereotipos o normas sociales nocivos,⁹⁶ y sean inclusivos, lo que incluye facilitar revisiones de expertos de dichos materiales y aportes para que los jóvenes y otras partes interesadas clave los mejoren.

Convocar y apoyar una coalición diversa de jóvenes, incluso aquellos de grupos marginados, para realizar revisiones anuales de los planes de estudio de ESI e identificar brechas o áreas para fortalecer, incluso revisiones para abordar estereotipos nocivos y discriminatorios,⁹⁷ abordar dinámicas de poder desiguales y normas patriarcales o heteronormativas,⁹⁸ e integrar una perspectiva de género que respete la diversidad.⁹⁹

Desarrollar la capacidad de promoción de los jóvenes al involucrar a los líderes juveniles como partes interesadas en las acciones de políticas y al incluir lecciones sobre promoción y derechos, especialmente promoción en torno a la educación sexual y los derechos humanos y la diversidad, como parte de los planes de estudio de educación sexual integral.

Facilitar alianzas entre gobiernos locales y organizaciones de la sociedad civil que tengan experiencia en el desarrollo y la implementación de programas transformadores de género para llevar a cabo programas de educación sexual integral. Garantizar que tales esfuerzos lleguen a los jóvenes que no están en la escuela y dar prioridad a las niñas vulnerables, incluidas las que están casadas.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS, [International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach](#), pág. 84.

UNFPA ESARO, [Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People](#)

UNFPA, [Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender](#)

Véanse también los cuestionarios sobre "Información y servicios de anticoncepción", "VIH y otras ITS", "Violencia de género" y "Prácticas nocivas".

5. ¿El plan de estudios de ESI genera conciencia sobre la violencia de género y las prácticas nocivas, con el objetivo de proporcionar herramientas a los participantes para prevenir, identificar y denunciar la violencia de género y las prácticas nocivas?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a los coordinadores de los programas de educación sexual integral en la vinculación con iniciativas en otros sectores que tienen objetivos superpuestos (por ejemplo, programas y campañas nacionales para terminar con el matrimonio infantil, prevenir la transmisión del VIH, promover la educación de las niñas y fortalecer las leyes contra la violación).

Garantizar que los programas de educación sexual integral analicen de qué manera la violencia de género y las prácticas nocivas se relacionan con los derechos humanos, y brindar herramientas para reconocer tales prácticas, comprender cómo buscar apoyo y abogar por su eliminación.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender](#)

Véanse también los cuestionarios sobre "Violencia de género" y "Prácticas nocivas".

6. ¿El estado ha tomado medidas para derogar leyes, políticas y reglamentos que restringen el acceso a la ESI y la información sobre salud sexual y reproductiva, incluidas las leyes que requieren la autorización de los padres para participar en dichos programas o disposiciones contradictorias en sistemas legales plurales?¹⁰⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Con expertos legales nacionales y mecanismos nacionales de derechos del niño, llevar a cabo una revisión de las leyes, políticas y reglamentos para identificar disposiciones que puedan obstaculizar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva (p. ej., requisitos de consentimiento de los padres para la ESI; requisitos de consentimiento de los padres para el cuidado de la salud reproductiva; leyes que obligan a informar sobre la actividad sexual de los niños; y leyes que penalizan a los adolescentes por la actividad sexual consentida, matrimonio por debajo de la edad mínima legal o consumo de drogas).

RECURSOS CLAVE

UNFPA APRO, [Rights Versus Protection. Marriage, Sexual Consent and Medical Treatment](#)

UNFPA ESARO, [Harmonizing the Legal Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights](#)

UNFPA ESARO, [Technical Brief on Criminalization of Consensual Sexual Acts among Adolescents](#)

CRR, [Capacity and Consent: Empowering Adolescents to Exercise their Reproductive Rights](#)

Véanse también los cuestionarios sobre "Información y servicios de anticoncepción", "VIH y otras ITS" y "Prácticas nocivas"

7. ¿El Estado ha promulgado medidas administrativas o judiciales para brindar recursos y reparaciones con respecto a las violaciones de los derechos humanos relacionadas con la ESI y la información sobre salud sexual y reproductiva (p. ej., requisito inapropiado del consentimiento de los padres; información que promueva estereotipos heteronormativos; e información o currículos no basados en pruebas que adoptan un enfoque basado únicamente en la abstinencia¹⁰¹)?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Fortalecer la capacidad entre los funcionarios del poder judicial y las instituciones de derechos humanos en relación con las justificaciones basadas en pruebas para la ESI y las normas internacionales y regionales pertinentes de derechos humanos.

Sensibilizar al público, incluidos los jóvenes y adolescentes, sobre sus derechos a la ESI y la información sobre salud sexual y reproductiva y cómo acceder a dichos servicios dentro y fuera de la escuela.

ESTUDIO DE CASO

Llevar la educación sexual integral a los adolescentes y jóvenes no escolarizados de Irán

In Iran, evidence has shown that out-of-school adolescents are more likely to become infected with HIV than their peers. In order to reach and protect adolescent girls and boys at risk of HIV with comprehensive sexuality education, Iran's Centre for Communicable Diseases Control adapted two modules from UNFPA's International Technical Guidance on Sexuality Education (ITGSE).¹⁰²

Los módulos – on sexual and reproductive health and relationships – se desarrollaron de forma participativa por expertos nacionales e internacionales, con aportaciones de adolescentes, jóvenes y personal de los Centros para el Bienestar de los Adolescentes. El proceso brindó la oportunidad de desarrollar las capacidades de educación en salud reproductiva de los expertos nacionales y del personal del Centro de Control de Enfermedades Transmisibles.¹⁰³

Se realizaron tres talleres preliminares para preparar los planes de estudio de capacitación, incluyendo una formación de formadores para el personal de los Centros de Bienestar para Adolescentes sobre cómo llevar a cabo

debates de grupos focales,¹⁰⁴ una introducción al Programa Integral de Prevención para el personal del Ministerio de Salud y Educación Médica, y una sesión participativa para asegurarse de que los módulos de capacitación para adolescentes y jóvenes reflejaran sus necesidades.¹⁰⁵ Los paquetes se desarrollaron posteriormente a través de 10 discusiones de grupos focales que involucraron a niños y niñas adolescentes en riesgo de contraer VIH.¹⁰⁶ Sus padres, junto con el personal de los Centros de Bienestar para Adolescentes, fueron incluidos en las discusiones para identificar y responder a las necesidades de los grupos objetivos más grandes.¹⁰⁷

Los paquetes de capacitación incluyeron un plan de estudio para adolescentes y jóvenes, y una guía de capacitación para proveedores de servicios sobre ITS, pubertad y comunicación entre padres y adolescentes.¹⁰⁸ Cada paquete se desarrolló por separado para niños y niñas para garantizar la sensibilidad de género.¹⁰⁹

Normas de derechos humanos sobre

atención integral del aborto

El acceso a servicios de aborto legales y seguros es esencial para la consecución del derecho a la salud, tal y como reconoce la OMS. La atención integral del aborto incluye información, bienes, servicios e instalaciones para un aborto seguro -que puede completarse mediante medicación o cirugía- y la prestación de atención postaborto. El aborto con medicamentos desempeña un papel fundamental en la ampliación del acceso a la atención, sobre todo en las primeras etapas del embarazo, porque puede realizarse en régimen ambulatorio, puede ser administrado por diversos proveedores y permite a las personas desempeñar un papel más importante en la gestión de la atención del aborto.¹¹⁰

Se estima que de 2010 a 2014, aproximadamente el 45 por ciento de todos los abortos en todo el mundo fueron inseguros.¹¹¹ La ley de derechos humanos ha reconocido durante mucho tiempo la conexión entre las leyes de aborto restrictivas, las altas tasas de aborto inseguro y la mortalidad materna.¹¹² Los organismos de derechos humanos han descubierto que las leyes de aborto restrictivas violan una variedad de derechos humanos, incluidos los derechos a la salud, la vida, la privacidad, la ausencia de discriminación de género y estereotipos de género y la ausencia de malos tratos.¹¹³ La penalización

del aborto, la negación o el retraso del aborto seguro y la atención posterior al aborto, y la continuación forzada del embarazo se reconocen como formas de discriminación de género y violencia de género.¹¹⁴

Las barreras legales, reglamentarias y prácticas, tanto en países con regímenes de aborto más restrictivos como en aquellos con regímenes más liberales, pueden negar efectivamente el acceso to safe abortion services a las mujeres. Las leyes de aborto restrictivas, las leyes penales que castigan a las mujeres o a los proveedores por ayudar a las mujeres a someterse a un aborto, los períodos de espera obligatorios y los requisitos vde asesoramiento sesgados, las negativas a realizar abortos legales basados en la conciencia y la ausencia de financiación pública son solo algunas de las barreras que enfrentan las mujeres en todo el mundo.¹¹⁵

La capacidad de decidir si, cuándo y cómo interrumpir un embarazo está determinada no solo por las barreras a la información y los servicios de salud, sino también por dinámicas de poder desiguales y prácticas y estereotipos de género discriminatorios. Los organismos de derechos humanos han destacado en repetidas ocasiones cómo las mujeres y las niñas pueden verse privadas de autonomía reproductiva

debido a leyes y prácticas que se basan en normas y estereotipos sociales y culturales patriarcales según los cuales el valor de las mujeres reside en su capacidad de ser madres que deben sacrificarse,¹¹⁶ y carecen de capacidad mental para tomar decisiones sobre su propio cuerpo.¹¹⁷ Estos estereotipos y prácticas de género discriminatorios agravan las barreras del sistema de salud a la atención integral del aborto, including a lack of regulations allowing non-physicians to provide care, refusal to perform abortion based on conscience, a lack of availability of commodities and supplies, and a lack of confidentiality and respectful care.

Las pruebas demuestran que las restricciones legales sobre el aborto no reducen el número de abortos, sino que contribuyen a aumentar las tasas de aborto inseguro.¹¹⁸ Además, las leyes penales sobre el aborto pueden llevar al acoso e incluso a la persecución de las personas que buscan atención para emergencias obstétricas debido a la sospecha de que han abortado.

La ley de derechos humanos requiere que los Estados despenalicen el acceso en todas las circunstancias y garanticen servicios disponibles, accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad, como mínimo, para salvar la vida o la salud de la persona embarazada, en casos de violación o incesto y en los casos de diagnóstico fetal incompatible con la vida.¹¹⁹ La ley de derechos humanos también requiere que los estados aborden las barreras legales para la atención integral del aborto, como se describe en detalle en el cuestionario a continuación. Los Estados tienen obligaciones específicas para garantizar que las personas que enfrentan formas múltiples e interrelacionadas de discriminación, incluidos los adolescentes, las mujeres con discapacidad y las mujeres rurales, tengan acceso pleno y equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva.¹²⁰ Es importante que los estados eviten la estigmatización de las personas que buscan, concretan o facilitan un aborto.¹²¹

Preguntas clave

para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos

El cuestionario a continuación proporciona una herramienta para evaluar el cumplimiento de su sistema de salud con las obligaciones de derechos humanos con respecto a la atención integral del aborto. En todo esfuerzo para apoyar la atención integral del aborto basada en los derechos, es fundamental garantizar la participación de mujeres y niñas, incluidos aquellos de grupos marginados que enfrentan discriminación interseccional.

1. ¿Hay, en el país, instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con el aborto, que sean físicamente accesibles y asequibles, incluyendo, como mínimo, los casos en que el embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la persona embarazada y los casos de violación, incesto o malformación fetal incompatible con la vida, tal como se definen en las normas de los órganos de supervisión de tratados de la ONU?¹²²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a los funcionarios de salud en todos los niveles para garantizar que los servicios de aborto estén fácilmente disponibles en las clínicas públicas y privadas (p. ej., apoyando la adquisición y la capacitación de trabajadores de la salud, el intercambio de tareas cuando corresponda, los servicios de telemedicina y la modificación de las instalaciones para garantizar la accesibilidad para todos).

Colaborar con la autoridad reguladora de medicamentos para garantizar que todos los medicamentos esenciales para el aborto (como se reconocen en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS) - incluidos el misoprostol y la mifepristona, así como el régimen combinado de misoprostol y mifepristona - estén legalmente permitidos y registrados para el aborto y disponibles en la práctica.¹²³

Revisar los planes de seguro público y los procesos presupuestarios para garantizar la asequibilidad de los servicios, incluida la inclusión del aborto seguro y la atención posterior al aborto en los esquemas de seguro de salud pública y su subvención.¹²⁴

Apoyar a los funcionarios nacionales de salud para que reconozcan el aborto como un servicio de salud esencial (incluida su función en la prevención de la morbilidad y la mortalidad maternas) y para que implementen medidas para garantizar el acceso continuo al aborto de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos, incluso en tiempos de emergencia o crisis.

Llevar a cabo programas de clarificación de valores y transformación de actitudes con actores del sector de la salud, incluidos proveedores de atención médica y funcionarios de la salud, para abordar el estigma y los conceptos erróneos en torno al aborto.

Desarrollar la capacidad de los funcionarios nacionales de salud con respecto a la seguridad y la implementación práctica de las intervenciones de autocuidado para el aborto, de acuerdo con los estándares de la OMS y las pruebas de salud pública.

RECURSOS CLAVE

[WHO, Abortion Care Guideline](#)

OMS, [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems—Legal and Policy Considerations](#)

OMS, [Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception](#)

OMS, [Medical Management of Abortion](#)

OMS, [WHO Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health: SDSR, pág. 67](#)

2. ¿Cuando los estados permiten que los proveedores de atención médica ejerzan la objeción de conciencia, ¿se aseguran de que no se obstaculice el acceso al aborto y la atención postaborto?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Involucrarse con los funcionarios nacionales de salud para crear conciencia sobre los estándares de derechos humanos respecto de la denegación consciente de la atención y hacer un seguimiento del cumplimiento para garantizar que tales denegaciones no impidan el acceso al aborto en instituciones que, de otro modo, podrían brindar el servicio, que las denegaciones nunca se permitan en situaciones que amenazan la vida o en condiciones de emergencia, y que siempre se ofrezcan derivaciones.

Apoyar a los funcionarios de salud locales en la implementación de mecanismos de retroalimentación de las pacientes, incluidos los motivos de las demoras o las denegaciones de la atención integral del aborto, si se realizaron derivaciones, si finalmente se recibió la atención, y si se mantuvo la calidad de la atención.

RECURSOS CLAVE

OMS, [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems—Legal and Policy Considerations](#)

CRR, [Law and Policy Guide: Conscientious Objection](#)

3. ¿Las personas que solicitan servicios pueden tomar decisiones informadas, autónomas y confidenciales¹²⁵ sobre el aborto, sin el consentimiento del cónyuge, los padres o terceros?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a las redes y los grupos de jóvenes en la generación de pruebas sobre el impacto de las leyes sobre el acceso al aborto (p. ej., leyes sobre el consentimiento de los padres o el informe obligatorio de actividad sexual por debajo de la edad mínima legal para el consentimiento sexual), y compartir las constataciones ante los funcionarios de Gobierno pertinentes. Facilitar la participación de los jóvenes en la elaboración de programas, leyes y políticas con respecto al aborto.

Colaborar con la sociedad civil para proporcionar programas de creación de capacidad y sensibilización para funcionarios de salud, jueces y legisladores a fin de crear conciencia sobre los estándares de derechos humanos sobre el consentimiento de terceros para el aborto, incluidas las recomendaciones de los órganos de derechos humanos sobre la presunción de la capacidad de consentimiento para los adolescentes en busca de servicios de salud sexual y reproductiva.

Apoyar a las autoridades de salud nacionales en la elaboración de programas de formación para el personal de salud con el fin de concienciar sobre los perjuicios de los requisitos de consentimiento de terceros y acabar con los estereotipos y las normas sociales que pueden llevar a solicitar el consentimiento de terceros, incluso cuando la ley no lo exija (por ejemplo, los estereotipos de que las mujeres no pueden tomar decisiones sobre su salud de forma independiente o de que las decisiones sobre el embarazo pertenecen a la pareja o a la familia de la mujer).

Apoyar a las oficinas de salud nacionales y locales en la creación de espacios privados de asesoramiento, examen y tratamiento confidenciales y en la implementación de políticas que aclaren que los exámenes deben incluir solo al paciente, a menos que se solicite la presencia del cónyuge u otra persona.

RECURSOS CLAVE

OMS, [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems—Legal and Policy Considerations](#)

Ipas, [Young Women and Abortion: Avoiding Legal and Policy Barriers](#)

4. ¿El estado ha garantizado la disponibilidad de información integral, imparcial y precisa en términos científicos¹²⁶ sobre el aborto, incluida su condición jurídica y cómo acceder a servicios seguros,¹²⁷ de una manera que sea comprensible para todos (teniendo en cuenta la edad, el lenguaje, la capacidad, etc.)?¹²⁸

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Desarrollar campañas de comunicación dirigidas a los proveedores y al público para desestigmatizar el aborto y erradicar los falsos conceptos y la información errónea acerca del aborto y su condición jurídica que crean obstáculos para acceder a los servicios.¹²⁹

Colaborar con los periodistas y capacitarlos sobre asuntos relacionados con la atención integral del aborto, formar líderes que puedan apoyar la diseminación de información basada en pruebas, y crear conciencia de los problemas en torno al acceso.

Apoyar a los funcionarios de la salud y a las organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de materiales para conocer los derechos relacionados con el aborto para personas embarazadas en una variedad de formatos (p. ej., Braille, audio e idiomas locales).

Facilitar la colaboración entre los funcionarios de la salud y las organizaciones de la sociedad civil para establecer modelos locales de acompañamiento para apoyar a las personas que desean practicarse abortos, establecer y sostener líneas directas para responder preguntas relacionadas con la confidencialidad del aborto y derivar a las personas a proveedores capacitados.

RECURSOS CLAVE

IPPF, *How to Educate about Abortion: A Guide for Peer Educators, Teachers and Trainers*

5. ¿El estado ha tomado medidas para garantizar una atención posterior al aborto de calidad y respetuosa, independientemente de la condición jurídica del aborto, incluyendo la eliminación de cualquier política o práctica que exija a los trabajadores de la atención de la salud que denuncien a las personas sospechosas de haberse practicado un aborto o exijan a las personas que solicitan atención posterior al aborto que confiesen haberse practicado un aborto ilegal?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Colaborar con los funcionarios nacionales y locales de salud para adoptar políticas y programas que garanticen el acceso legal a la atención posterior al aborto humana y digna, incluso donde el aborto esté restringido, y para eliminar las políticas que requieren denunciar a las personas sospechosas de haberse practicado un aborto o exigiéndoles que confirmen haberse practicado un aborto antes de poder recibir atención. Garantizar la participación de los grupos de derechos de las mujeres, incluidos los grupos de comunidades marginadas, en dichos procesos.

Asociarse con las redes profesionales de proveedores de salud, incluidas las asociaciones de profesionales médicos, para garantizar que las reglas éticas relacionadas con la atención posterior al aborto estén alineadas con las normas de derechos humanos y desarrollar su capacidad como defensores para apoyar las normas de derechos humanos en torno a la atención integral del aborto.

Colaborar con los centros locales de salud para brindar capacitación sobre las habilidades necesarias para ofrecer atención posterior al aborto, confirmar la legalidad de la provisión de dicha atención y utilizar herramientas como aclaración de valores para desestigmatizar el aborto.

Brindar desarrollo de capacidades a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y al poder judicial para evitar arrestos y procesamiento innecesarios de personas por delitos relacionados con el aborto.

RECURSOS CLAVE

OMS, [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems—Legal and Policy Considerations](#)

CRR e Ipas, [Improving Access to Abortion in Crisis Settings: A Legal Risk Management Tool for Organizations and Providers](#)

6. ¿El estado ha revocado las leyes, las políticas o los reglamentos que criminalizan el aborto (en todas las circunstancias),¹³⁰ incluyendo con la eliminación de la criminalización para los proveedores de atención médica que prestan servicios de aborto de manera segura y con el consentimiento informado y voluntario de las personas embarazadas?¹³¹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Organizar programas de desarrollo de capacidades con legisladores, funcionarios del gobierno y el poder judicial en torno a las normas de derechos humanos sobre la criminalización del aborto y el efecto de la criminalización en la salud y los derechos.

Apoyar a las organizaciones de la sociedad civil en la identificación y presentación de pruebas a los funcionarios públicos con respecto a cómo las leyes penales (p. ej., las leyes que criminalizan el aborto, ya sea por completo o fuera de excepciones limitadas; las leyes que criminalizan el aborto autoadministrado; y las leyes que criminalizan a ciertas poblaciones, como los trabajadores sexuales) afectan el acceso al aborto y los derechos humanos.

Apoyar a las instituciones nacionales de derechos humanos en la realización de consultas en torno al efecto de la criminalización del aborto en los derechos, con un enfoque en las poblaciones marginadas.

RECURSOS CLAVE

OMS, [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems—Legal and Policy Considerations](#)

CRR e Ipas, [Medical Abortion and Self-Managed Abortion: Frequently Asked Questions on Health and Human Rights](#)

CRR, [Abortion Law and Policy Guide: Criminality](#)

7. ¿Las leyes estatales están alineadas con las normas internacionales de derechos humanos, garantizando, como mínimo, que el aborto sea legal:

- cuando la vida de la persona embarazada está en riesgo;
- cuando la salud de la persona embarazada está en riesgo; and
- cuando llevar a término un embarazo le causaría a la persona embarazada un dolor o sufrimiento significativo, por ejemplo, cuando el embarazo es el resultado de una violación o un incesto y en casos de malformación fetal grave o fatal?¹³²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Trabajar con funcionarios nacionales de salud para desarrollar herramientas que ofrezcan a los proveedores de atención médica orientación a partir de la ley de derechos humanos sobre el alcance y la naturaleza de las excepciones (p. ej., al aclarar que las excepciones de salud deben interpretarse de conformidad con la definición de salud de la OMS).

Colaborar con funcionarios nacionales y locales de salud para garantizar que las normas clínicas, las directrices y los documentos relacionados estén alineados con las normas de derechos humanos.

Convocar reuniones de expertos con funcionarios nacionales judiciales y de salud para aclarar las leyes locales en el contexto de los derechos humanos internacionales y para garantizar la coherencia entre leyes, políticas y reglamentos sobre el aborto.

RECURSOS CLAVE

OMS, [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems—Legal and Policy Considerations](#)

CRR e Ipas, [Improving Access to Abortion in Crisis Settings: A Legal Risk Management Tool for Organizations and Providers](#)

8. ¿El estado ha eliminado los requisitos no basados en pruebas para el acceso al aborto, incluidos los períodos de espera obligatorios, el consentimiento para la anticoncepción posparto, los requisitos de la aprobación de múltiples proveedores para el aborto y los requisitos sesgados de asesoramiento?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Convocar reuniones de expertos con funcionarios nacionales de salud para desmentir los falsos conceptos sobre la necesidad de dichos requisitos y crear conciencia del efecto de dichas condiciones previas en el acceso a la atención, especialmente para grupos marginados.

9. ¿El estado ha tomado medidas para abordar los estereotipos de género discriminatorios y otros estereotipos, así como el estigma relacionado con el aborto,¹³³ que pueden obstaculizar el acceso a los servicios y la toma de decisiones?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a los funcionarios del Gobierno, incluidos los funcionarios judiciales y los encargados de hacer cumplir la ley, en el abordaje de los estereotipos de género indebidos en leyes, políticas y casos de tribunales inferiores.

Colaborar con escuelas de medicina para brindar formación a los estudiantes de medicina y los trabajadores de centros de salud sobre cómo reconocer y dismantelar estereotipos discriminatorios.

Colaborar con asociaciones de derechos de las mujeres y defensores legales de la igualdad de género para integrar los SDR en movimientos legales más amplios para los derechos y la igualdad de género de la mujer.

Junto con las asociaciones de derechos de las mujeres y organizaciones de la sociedad civil más amplias, crear campañas de conciencia pública que tengan como objetivo abordar y dismantelar los estereotipos discriminatorios que obstaculizan la atención integral del aborto.

Fortalecer la capacidad de los actores del sector judicial para reconocer los estereotipos discriminatorios en el contexto del aborto, y aumentar la concienciación sobre las obligaciones del estado de abordarlos.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [State of the World's Population 2020](#), pág. 118

ACNUDH, [Background Paper on the Role of the Judiciary in Addressing the Harmful Gender Stereotypes related to Sexual and Reproductive Health and Rights: Review of Case Law](#)

Ipas, [Youth Act for Safe Abortion: A Training Guide for Future Health Professionals](#)

10. ¿Se están tomando medidas especiales para garantizar que se provea atención integral del aborto a grupos marginados, incluidos los adolescentes, las personas con discapacidades, las personas en áreas remotas y las personas en entornos humanitarios, en la máxima medida que permite la ley?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a las organizaciones de la sociedad en la defensa y supervisión de la provisión de atención integral del aborto de calidad y facilitar el debate entre los usuarios (particularmente los de grupos marginados), los proveedores de servicios y los funcionarios del Gobierno.

RECURSOS CLAVE

Ipas, [Abortion Care for Young Women: A Training Toolkit](#)

11. ¿El estado ha garantizado salvaguardias administrativas o judiciales en casos en los que a una persona se le niega indebidamente el acceso a la atención integral del aborto o enfrenta retrasos o abusos al solicitar atención, incluso en los niveles del establecimiento, del distrito, comunitario y a través de los tribunales?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Crear campañas de creación de conciencia y programas de ayuda legal para brindar a las personas que enfrentan violaciones de sus derechos en torno a la atención integral del aborto información acerca de la posibilidad de solicitar reparación administrativa y judicial.

Apoyar la creación de mecanismos de apelaciones confidenciales y oportunos en las instalaciones para personas que enfrentan rechazos de sus derechos en torno a la atención integral del aborto. Publicar materiales para crear conciencia acerca de dónde pueden obtenerse reparaciones. Captar a movimientos de la sociedad civil para guiar el desarrollo de dichos mecanismos.

Trabajar con academias judiciales nacionales e instituciones nacionales de derechos humanos para desarrollar e implementar programas de desarrollo de capacidades para jueces y funcionarios de derechos humanos sobre la atención integral del aborto como un asunto de derechos humanos (incluidas las normas internacionales y regionales de derechos humanos, las perspectivas comparativas y las normas de salud pública de la OMS).

RECURSOS CLAVE

UNFPA, Danish Institute for Human Rights y ACNUDH, [Reproductive Rights Are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions](#)

ESTUDIOS DE CASOS

Eliminación de barreras a la atención integral del aborto en Nepal

La ley del aborto de Nepal de 2002 permite el aborto en la mayoría de los casos, mientras que su Constitución provisional de 2007 consagra la salud reproductiva como un derecho fundamental. Sin embargo, a principios de la década de 2000, los obstáculos generalizados al aborto dificultaban el acceso de muchas mujeres.¹³⁴ Entre ellos, los costes prohibitivos, ya que un aborto en un centro sanitario público cuesta más que el salario medio mensual, y la falta de información disponible, puesto que el 80% de las mujeres rurales desconocían que el aborto era legal.¹³⁵

Lakshmi Dhikta fue forzada a continuar con un embarazo no intencional porque no podía permitirse un aborto legal en un hospital público.¹³⁶ En 2007, junto con activistas locales, ella interpuso una demanda en la que citaba la inacción del Gobierno en la implementación de la ley de aborto del país, que dio como resultado los obstáculos que ella enfrentó.¹³⁷

En su fallo, dictado en 2009, la Corte Suprema de Nepal exigió que el Gobierno creara una ley integral de aborto que permitiera a todas las mujeres y niñas acceso sin obstáculos a servicios de aborto seguros y asequibles.¹³⁸ Señaló que dicha ley debería:

- Crear un fondo nacional para cubrir los gastos de aborto para mujeres pobres y rurales;
- Mejorar la protección de los derechos a la privacidad de la mujer;
- Difundir información sobre la ley integral de aborto para informar al público en general;
- Facilitar el acceso a los servicios de aborto para todos;
- Asignar recursos asequibles y de buena calidad para satisfacer la demanda de servicios de aborto.¹³⁹

La Corte determinó que la falta de disponibilidad de aborto infringía los derechos a la vida, a la salud, a la igualdad, a la vida con dignidad y libertad, a la libertad personal, a la privacidad y a la autodeterminación. Sostuvo que “[e]l derecho a la salud reproductiva se considera una parte integral de los derechos humanos de la mujer, y el derecho al aborto ocupa un lugar importante en eso”.¹⁴⁰

En respuesta, el Gobierno nepalés tomó una serie de medidas. En 2016, implementó servicios de aborto gratuitos en todos los centros de salud pública, mientras ampliando los servicios de aborto médico seguro en centros de salud de nivel comunitario.¹⁴¹ En 2018, la Ley de Maternidad Segura y Derechos de Salud Reproductiva reconoció el derecho de la mujer al aborto como un derecho reproductivo, y el Reglamento de Maternidad Segura y Derechos de Salud Reproductiva fué adoptado en 2020.¹⁴² La ley aborda la maternidad segura, la planificación familiar, la morbilidad relacionada con la salud reproductiva y el aborto seguro. Prohíbe la discriminación en la provisión de servicios de atención de salud reproductiva y exige que los servicios estén disponibles para adolescentes y para personas con discapacidades. También dispone que todos los servicios reproductivos sean gratuitos en los centros de salud pública y requiere que todos los niveles de Gobierno — federal, provincial y local— asignen un presupuesto específico para los servicios de reproducción.¹⁴³

Derogación de la prohibición del aborto en Irlanda

Hasta 2018, Irlanda tenía una de las leyes de aborto más restrictivas del mundo. En el siglo XIX, el aborto estaba plenamente criminalizado y sujeto a graves sanciones penales. La prohibición legislativa se fortaleció en 1983, cuando una nueva disposición constitucional - la 8ª enmienda, instituida a través de un referéndum público - consagró un derecho prenatal a la vida y que igualó el “derecho a la vida del feto” al derecho a la vida de una

mujer embarazada. Debido a que la constitución irlandesa solo puede modificarse a través de referendos públicos, esta disposición evitó la futura reforma de la ley irlandesa sobre el aborto a través de medios legislativos ordinarios. Cambiar la ley requeriría otra votación del electorado.

El efecto de la prohibición del aborto en Irlanda tuvo consecuencias incalculables en la vida, la salud y el bienestar de generaciones de mujeres y niñas en Irlanda, y cada año miles de ellas salían de Irlanda para obtener atención del aborto en países vecinos. Sin embargo, durante décadas luego de la adopción de la 8.ª enmienda, el terreno social y político de Irlanda estuvo dominado por estigmas sociales extremos en torno al aborto. En este ambiente hostil, la posibilidad de una reforma legislativa para relajar la prohibición era inconcebible.

A partir de 2010, una serie de eventos externos, sucesos trágicos y casos individuales comenzaron a movilizar a una nueva generación de activistas y a generar un nuevo reconocimiento de la necesidad de cambio. Esta movilización se intensificó rápidamente, mientras un número de mujeres a quienes se les había negado el acceso a la atención del aborto en Irlanda presentaron demandas individuales con mecanismos regionales e internacionales de derechos humanos, contribuyendo a las iniciativas de reforma.

En 2016 y 2017, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas emitió resoluciones revolucionarias contra Irlanda en los casos de *Mellet contra Irlanda* y *Whelan contra Irlanda*, lo que confirmaba que las obligaciones de Irlanda según los tratados internacionales requerían la remoción de la prohibición del aborto. Estos casos estaban relacionados con mujeres que habían salido de Irlanda para obtener atención del aborto luego de recibir diagnósticos de malformación fetal fatal. El Comité sostenía que ambas mujeres habían sido sujetas a un trato cruel, inhumano y degradante como consecuencia de la prohibición legal del aborto en Irlanda, y ordenaba al estado la reforma de sus leyes sobre el aborto, incluida la constitución, con el fin de legalizar el acceso.

Las decisiones generaron la atención duradera del público e impulsaron la voluntad política a favor de la reforma. Además de presentar sus disculpas a ambas mujeres en 2016 y 2017 respectivamente, Irlanda implementó una serie de medidas correctivas para ofrecer reparaciones.

En 2018, como resultado de décadas de esfuerzos y una

serie de intervenciones altamente estratégicas realizadas por una muchas partes interesadas, y luego de una intensa campaña de referendo público de tres meses dirigida por la coalición de la sociedad civil 'Together for Yes' (Juntos por el sí), se produjo un cambio legal transformacional cuando dos tercios del electorado irlandés votaron para derogar la 8.ª Enmienda el 25 de mayo de 2018. Más adelante ese año, el parlamento irlandés promulgó una nueva legislación que legalizaba el aborto a demanda al comienzo del embarazo y más adelante en casos de riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada, o de malformación fetal fatal.

Ahora, por la primera vez, la atención del aborto está disponible y es accesible para muchas mujeres y niñas en Irlanda, y se proporciona gratuitamente en centros de atención primaria, clínicas de salud sexual y reproductiva y hospitales. Sin embargo, sigue habiendo algunos problemas de aplicación, y las partes interesadas abogan por que se eliminen todas las barreras jurídicas y políticas restantes y por la plena despenalización del aborto en Irlanda.

Normas de derechos humanos sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

En todo el mundo, más de 37.6 millones de personas viven con VIH y cada año 1.5 millones más adquieren una infección por VIH.¹⁴⁴ Entretanto, cada día se adquieren más 1 millón de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).¹⁴⁵ Si no se tratan, ITSs pueden provocar problemas como infertilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, cáncer de cuello uterino y resultados neonatales y del embarazo desfavorables.¹⁴⁶

La administración de casos de VIH e ITS — suministrada mediante los servicios de atención de salud sexual, salud reproductiva y salud primaria general— incluye la detección y el tratamiento de las ITS, el seguimiento, la evaluación de riesgos y el asesoramiento de cambio de comportamiento, incluida provisionar condones y lubricantes y las pruebas voluntarias de VIH. El derecho relativo a los derechos humanos reconoce que la información precisa, los bienes y los servicios para la prevención y el tratamiento del VIH y otras ITS, así como para garantizar la buena salud y el bienestar sexual, son parte del paquete integral de SDRS y que los servicios de salud sexual deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de alta calidad, y deben brindarse sin cohesión ni discriminación.¹⁴⁷

La importancia de abordar las ITS a través de un enfoque basado en los derechos humanos ha sido más claramente articulada en el contexto del VIH. Todas las personas tienen un derecho humano a la mejor salud que se pueda alcanzar, lo cual incluye la prevención, el tratamiento y la atención del VIH.¹⁴⁸ Las personas tienen el derecho a acceder a información y educación sobre el VIH;¹⁴⁹ intervenciones preventivas (incluidos los condones masculinos y femeninos, los lubricantes y el control de otras ITS, y la ESI);¹⁵⁰ asesoramiento y pruebas voluntarios y confidenciales de VIH;¹⁵¹ atención médica no discriminatoria;¹⁵² y tratamiento antirretrovírico accesible y asequible.¹⁵³

Los organismos de derechos humanos han reconocido específicamente la obligación de los estados de abordar los obstáculos a una respuesta eficaz contra el VIH, lo que incluye combatir el estigma y la discriminación, la desigualdad, la violencia basada en género, la negación de SDRS, el uso inadecuado del derecho penal y los enfoques punitivos, y los procedimientos obligatorios como las pruebas de VIH y la esterilización o el aborto para mujeres que viven con VIH.¹⁵⁴ Reducir las desigualdades es fundamental para terminar con la epidemia de VIH.¹⁵⁵ Key populations – groups that are particularly vulnerable to HIV, including gay men and

other men who have sex with men, transgender people, people who inject drugs, and incarcerated people – often lack adequate access to services for prevention and treatment.

Cuando las personas y las comunidades pueden ejercer sus derechos —a la educación, la asociación libre, la información y, lo más importante, la no discriminación— el impacto perjudicial del VIH y otras ITS es reducido. Con información y acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva, así como el respeto para la autonomía física, las personas están más facultadas para minimizar los factores de riesgo de VIH y otras ITS. Hay más probabilidades de que las personas soliciten hacerse pruebas en entornos que son abiertos y solidarios, que las protejan contra la discriminación, que las traten con dignidad, y que les brinden acceso a tratamiento, atención y

apoyo, y donde las leyes penales relacionadas con la transmisión del VIH y las poblaciones clave¹⁵⁶ se hayan derogado para reducir la discriminación y la exclusión, incluso en entornos de atención médica. En dichos entornos, es posible que las personas que viven con VIH y que tienen riesgo de contraerlo sean más capaces de reducir de manera eficaz el efecto relacionado con el VIH al solicitar y recibir tratamiento y apoyo psicosocial y al tomar medidas para prevenir la infección por VIH o la transmisión a otras personas.¹⁵⁷

Los ODS buscan poner fin a la epidemia de VIH en 2030 y no dejar a nadie atrás, lo cual requiere abordar los obstáculos relacionados con los derechos humanos que hacen que las personas sean vulnerables al VIH y dificultan su acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y los servicios de apoyo para el VIH.¹⁵⁸

Preguntas clave

para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos

El siguiente cuestionario proporciona una herramienta para valorar el cumplimiento de su sistema de salud con las obligaciones de derechos humanos con respecto a las ITS, incluido el VIH. Según el derecho relativo a los derechos humanos, la participación de las personas que viven con VIH y otras ITS, las poblaciones clave y otras poblaciones en riesgo es crítica para garantizar que todas las intervenciones estén basadas en las realidades vividas y respeten los derechos.

1. ¿El estado ha desarrollado e implementado estrategias o planes nacionales para abordar la salud sexual y el bienestar de la población que integren planes o estrategias dirigidos a la prevención, el tratamiento y la gestión del VIH y otras ITS?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Facilitar los debates multisectoriales —que incluyan a las personas que viven con VIH, las poblaciones clave y otras poblaciones con riesgo de contraer el VIH— destinados a desarrollar o fortalecer las estrategias y los planes nacionales y subnacionales relacionados con la salud y el bienestar sexuales, el VIH y otras ITS, lo que incluye garantizar el acceso a las pruebas, la prevención y los programas de tratamiento (incluidos los programas para reducir la transmisión tanto por vía sexual como la transmisión vertical de padre a hijo)¹⁵⁹ y abordar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH y las poblaciones clave.¹⁶⁰

Apoyar las revisiones de la asignación estatal de recursos para implementar dichos planes o estrategias, incluidos los recursos presupuestarios, humanos y administrativos. Establecer estructuras de gobernanza y supervisión que incluyan la representación comunitaria para desarrollar, implementar y supervisar la provisión de servicios de salud sexual, incluso para el VIH y otras ITS.

RECURSOS CLAVE

ONUSIDA, [Checklist and Reference List for Developing and Reviewing a National Strategic Plan for HIV](#)

ONUSIDA y ACNUDH, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version, pág. 21](#)

ACNUDH y UNUSIDA, [Handbook on HIV and Human Rights for National Human Rights Institutions](#)

2. ¿Hay bienes, servicios, información e instalaciones de calidad para prevenir y tratar el VIH y otras ITS disponibles y accesibles para todos según sea necesario?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Asociarse con proveedores gubernamentales y no gubernamentales, incluidos los profesionales privados, para garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual, en particular los servicios personalizados, centrados en las personas y liderados por la comunidad para personas que viven con VIH, poblaciones clave y otras poblaciones marginadas con riesgo de contraer el VIH (p. ej., personas con discapacidades). Integrar o vincular los servicios de salud sexual y para el VIH con la atención anticonceptiva, los servicios de detección prenatal y del cáncer, y la atención médica primaria en general.

Garantizar que la prevención del VIH combinada y basada en la ciencia se focalice en la provisión de servicios para el VIH e incluya las siguientes intervenciones basadas en pruebas: condones masculinos y femeninos y lubricantes, tratamiento preventivo, profilaxis previa a la exposición, profilaxis posterior a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños (incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringas y la terapia de sustitución de opioides), la ESI dentro y fuera de la escuela, la detección y el tratamiento de las ITS y la seguridad de las existencias de sangre.¹⁶¹

Trabajar con los funcionarios locales de salud, las poblaciones clave, los jóvenes y las organizaciones de la sociedad civil para garantizar una programación integral sobre condones, incluida la promoción de condones masculinos y femeninos y lubricantes. Garantizar que los condones estén accesibles sin discriminación,¹⁶² incluso para los adolescentes, y se promuevan dentro de la programación de planificación familiar.

Apoyar la adquisición de profilaxis anterior y posterior a la exposición para el VIH, y capacitar a los proveedores de atención médica con respecto a su uso, especialmente para las poblaciones clave, las mujeres y niñas en entornos de alta prevalencia de VIH, y los sobrevivientes de violencia sexual y por razón de género. Asociarse con los funcionarios locales de salud para aumentar la accesibilidad de la prevención de las ITS y el manejo de casos, por ejemplo, al garantizar el acceso de los adolescentes a servicios y asesoramiento gratuitos, confidenciales, no discriminatorios y adaptados a sus necesidades.¹⁶³

Garantizar las pruebas y el tratamiento universales de VIH, sífilis y hepatitis B en todos los entornos prenatales. Realizar derivaciones y seguimiento de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH. Desarrollar servicios de gestión de casos de ITS para la provisión a través de obstetricia de emergencia y centros de atención del recién nacido. Realizar pruebas y seguimiento de bebés que puedan infectarse durante el embarazo, el nacimiento o el amamantamiento. Incluir servicios para bebés con mayor riesgo de adquisición de VIH, así como el tratamiento de aquellos que se seroconvierten.¹⁶⁴

Garantizar el acceso universal, en particular para adolescentes pobres y marginados de diversas OSIEGCS, a las vacunas para el virus del papiloma humano, que puede provocar cáncer oral, anal y del cuello uterino.

Fomentar el apoyo del Gobierno a las organizaciones de la sociedad civil dirigidas por personas que viven con VIH, poblaciones clave, personas jóvenes y otras poblaciones marginadas y las asociaciones con estas organizaciones. Apoyar la provisión a la sociedad civil de servicios liderados por la comunidad (incluidos los servicios móviles de extensión, el desarrollo comunitario, la educación de pares y el apoyo) para reducir los riesgos de adquisición o transmisión de VIH e ITS y fomentar la aceptación de los servicios de salud sexual. Apoyar estos servicios en la inclusión de navegadores pares de la población clave para fomentar la utilización de los servicios de salud sexual.

RECURSOS CLAVE

ONUSIDA, [End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026](#)

OMS, [HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations](#)

OMS, [Actions for Improved Clinical and Prevention Services and Choices: Preventing HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Women and Girls Using Contraceptive Services in Contexts with High HIV Incidence](#)

UNITAID, ONUSIDA y OMS, [Building Capacity for the Roll-Out of PrEP and HIV Testing Innovations in Asia and Pacific](#)

GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth e IPPF, [Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living with HIV: A Guidance Note](#)

ONUSIDA y ACNUDH, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version, pág. 37](#)

UNFPA, [Sexually Transmitted Infections: Sexually Transmitted Infections](#)

OMS, [Guidelines for the Prevention and Control of Cervical Cancer](#)

UNICEF, [UNICEF 2021 World AIDS Day Report: Stolen Childhood, Lost Adolescence](#)

Véanse también los cuestionarios sobre "Información y servicios de anticoncepción" y "Educación sexual integral".

3. ¿Todas las personas tienen acceso a información integral, imparcial y precisa en términos científicos¹⁶⁵ con respecto a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH y las ITS de una manera que sea comprensible para todos (teniendo en cuenta la edad, el idioma, la capacidad, etc.)?¹⁶⁶

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Trabajar con las comunidades afectadas para diseñar campañas de educación pública precisa en términos científicos sobre el VIH y otras ITS en los idiomas locales para crear conciencia (incluidos sobre métodos de transmisión y prevención de las ITS) y para reducir el estigma contra las personas que viven con VIH y promover sus derechos.¹⁶⁷

Colaborar con los funcionarios de educación para desarrollar programas inclusivos de ESI como parte del programa escolar obligatorio, con un enfoque en el VIH y otras ITS.¹⁶⁸

Desarrollar y financiar programas de ESI fuera de la escuela, especialmente para los jóvenes de poblaciones clave.

Realizar valoraciones de la programación de educación sexual para garantizar que dichos programas creen conciencia sobre las prácticas sexuales seguras (incluida la prevención combinada del VIH), destaquen la importancia de buscar atención para las ITS con el fin de evitar daños a la salud a más largo plazo, provean herramientas para comprender, prevenir e informar la violencia basada en el género, y desafíen los estereotipos discriminatorios de género.

Llevar a cabo campañas de comunicación sociales y en los medios masivos sobre el cambio de comportamiento para crear conciencia sobre las ITS y promover conductas de sexo seguro.

RECURSOS CLAVE

UNESCO, UNFPA, ONUSIDA, UNICEF, OMS y ONU Mujeres, [International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach](#)

UNFPA, UNESCO, OMS, UNICEF y ONUSIDA, [International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programs, pág. 11](#)

Véanse también los cuestionarios sobre "Información y servicios de anticoncepción" y "Educación sexual integral".

4. ¿El estado ha desarrollado medidas específicas para abordar el VIH entre las poblaciones clave y otros grupos de alto riesgo, incluso a través de respuestas lideradas por la comunidad?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Comprometerse a implementar el principio de mayor participación de las personas que viven con el VIH y el SIDA¹⁶⁹ y colaborar con funcionarios nacionales de salud y redes de la sociedad civil de personas que viven con VIH, poblaciones clave y otras comunidades de alto riesgo para desarrollar directrices y estrategias nacionales con el fin de abordar el VIH y otras ITS en grupos específicos de alto riesgo,¹⁷⁰ como hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales, personas transgénero, mujeres jóvenes,¹⁷¹ personas con discapacidades, personas en áreas rurales, migrantes y personas desplazadas, personas indígenas y otras grupos étnicos marginados,¹⁷² y personas mayores.¹⁷³

Apoyar a los funcionarios nacionales de salud para adaptar la prestación de servicios relacionados con el VIH para satisfacer las necesidades de poblaciones clave y otras poblaciones de alto riesgo y para enfrentar las desigualdades en la atención médica, incluso entre personas sin condición jurídica, poblaciones criminalizadas, personas en entornos humanitarios y adolescentes.

Fortalecer la disponibilidad y el uso de datos estratégicos sobre el VIH, en particular los datos sobre poblaciones de adolescentes clave.

Establecer sistemas de seguimiento y evaluación epidemiológicos, conductuales, programáticos, participativos y liderados por la comunidad que generen, recopilen y utilicen los datos desglosados necesarios para alcanzar, apoyar y empoderar a las poblaciones clave y otras poblaciones afectadas por el VIH.¹⁷⁴

Apoyar el seguimiento y las valoraciones de la sociedad civil sobre el efecto de los requisitos de consentimiento de los padres y tutores y la denuncia obligatoria de los delitos sexuales infantiles en el acceso a la atención del VIH.

RECURSOS CLAVE

Coalición Mundial para la Prevención del VIH, [Implementation of the HIV Prevention 2020 Road Map](#), pág. 10

UNFPA, ONUSIDA, OMS y ACNUDH, [Translating Community Research into Global Policy Reform for National Action](#)

ONUSIDA y ACNUDH, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006 Consolidated Version](#), pág. 24

5. ¿El estado abordó los factores sociales, culturales y estructurales que pueden exacerbar la transmisión del VIH y otras ITS, lo que incluye la pobreza, la criminalización de las poblaciones clave, el estigma y la discriminación, la violencia basada en el género, los estereotipos de género, la educación sexual inexistente o inadecuada, y el matrimonio infantil, precoz y forzado?¹⁷⁵

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Colaborar con los funcionarios nacionales sobre el género para determinar los factores sociales y culturales que agravan el riesgo de contraer VIH y otras ITS, y llevar a cabo consultas para identificar posibles respuestas políticas.

Proporcionar aclaración sobre los valores y formación sobre el cambio actitudinal a los proveedores de atención médica y los líderes comunitarios para sensibilizarlos y reducir el estigma y la discriminación en torno al VIH, otras ITS y la sexualidad (incluidas las diversas OSIEGCS, el trabajo sexual y el comportamiento sexual de adolescentes y personas jóvenes).

Proveer servicios de salud sexual profesionales, de calidad y centrados en las personas a todas las personas sexualmente activas para controlar el riesgo de adquirir VIH y otras ITSs (incluido el apoyo para las personas que están expuestas a la violencia familiar o de pareja, el matrimonio infantil precoz y forzado o otro tipo de violencia basada en el género).

Apoyar la formación de coaliciones multisectoriales - incluso a las personas que viven con VIH, poblaciones clave y otras poblaciones afectadas por el VIH— para integrar la programación del Gobierno sobre el VIH y otras ITS, la violencia basada en el género y los SDR.

RECURSOS CLAVE

OMS, UNFPA, ACNUDH y ONUSIDA, Consolidated Guideline on Sexual and Reproductive Health and Rights of Women Living with HIV

UNFPA, ONUSIDA, OMS y ACNUDH, [Translating Community Research into Global Policy Reform for National Action](#), pág. 10

ONUSIDA y ACNUDH, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version](#), pág. 56

UNFPA, [Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage](#)

Véanse también los cuestionarios sobre “prácticas nocivas” “violencia basada en el género” y “Educación sexual integral”

6. ¿El estado ha eliminado los obstáculos legales que dificultan su respuesta ante el VIH, incluidos los requisitos de consentimiento de los padres o tutores para recibir información y educación sobre las ITS (incluido el VIH),¹⁷⁶

- las leyes que penalizan la transmisión y la exposición no intencionales al VIH,¹⁷⁷ y
- la criminalización de las poblaciones clave con alto riesgo de contraer VIH (incluidos los hombres que tienen sexo con hombres, los trabajadores¹⁷⁸

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Colaborar con la sociedad civil para ofrecer programas de sensibilización y desarrollo de capacidades para funcionarios de salud, jueces y legisladores, con el fin de crear conciencia sobre las normas de derechos humanos en materia de salud sexual y reproductiva de adolescentes, ESI y criminalización de la transmisión del VIH.

Apoyar a los funcionarios de salud y los encargados de hacer cumplir la ley en la revisión y reforma de leyes y políticas relacionadas con el VIH para eliminar los obstáculos legales que socavan la respuesta al VIH y el acceso a la justicia (incluida la criminalización de la transmisión del VIH y las poblaciones clave).

Facilitar la participación de la sociedad civil (incluidos los movimientos de mujeres, los movimientos de jóvenes, los movimientos LGBTIQ, los movimientos de trabajadores sexuales y otras organizaciones clave lideradas por la población) en las revisiones de órganos creados en virtud de tratados internacionales y las revisiones periódicas universales.

Contribuir a los informes relacionados con el VIH ante los órganos creados en virtud de tratados internacionales y apoyar a los estados en la ejecución de las recomendaciones de dichos órganos.

Contribuir a la ejecución de los estados de la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2021 y la Estrategia Mundial contra el SIDA de 2021-2026 de ONUSIDA.¹⁷⁹

RECURSOS CLAVE

ONUSIDA y ACNUDH, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version](#), págs. 26-31

UNFPA, ODS 5.6.2: [Country level data on laws that restrict access to HIV testing and care](#), págs. 30-32

PNUD y ONUSIDA, [Legal and Policy Trends Impacting People Living with HIV and Key Populations in Asia and the Pacific 2014–2019](#)

7. ¿El estado ha promulgado protecciones legislativas o reglamentarias para eliminar la discriminación relacionada con el VIH, garantizar la confidencialidad en las pruebas y el tratamiento, y asegurar los derechos de las personas que viven con el VIH o que corren el riesgo de contraerlo a dar su consentimiento informado y voluntario a bienes y servicios de salud, incluidas las pruebas del VIH?¹⁸⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Colaborar con los legisladores para crear conciencia de la necesidad de eliminar las medidas involuntarias o punitivas en las pruebas, la prevención y los programas de tratamiento de VIH, como la prueba involuntaria de VIH de mujeres y niñas embarazadas.¹⁸¹

Trabajar con los funcionarios de salud con el fin de desarrollar protocolos para el tratamiento respetuoso de los pacientes con VIH, incluso cómo garantizar el consentimiento informado y la confidencialidad, así como el acceso de los pacientes a sus historias clínicas.

RECURSOS CLAVE

ONUSIDA y ACNUDH, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version](#), págs. 26-31

8. ¿El estado garantiza que las personas que viven con VIH tengan el mismo derecho a la salud sexual y reproductiva que las personas negativas para VIH, incluida la libertad de decidir si quieren reproducirse y cuándo¹⁸² y la libertad de tener una vida sexual segura y gratificante?¹⁸³

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Trabajar con los funcionarios locales de salud para desarrollar protocolos a nivel de las instalaciones con el fin de garantizar que las personas que viven con VIH tengan acceso a atención de la salud sexual y reproductiva respetuosa y de calidad, incluidos los servicios y la información sobre anticoncepción, los servicios de aborto seguro, la atención perinatal, la atención especializada durante el parto, la atención obstétrica de emergencia, y los medicamentos y la tecnología esenciales para la salud sexual y reproductiva.¹⁸⁴

Apoyar a los funcionarios nacionales de salud y a los legisladores para eliminar las políticas y los programas que promueven o condonan la esterilización o el aborto involuntarios en las personas que viven con VIH.¹⁸⁵

Desarrollar campañas de información para abordar los estereotipos discriminatorios y los falsos conceptos de que las mujeres que viven con VIH no deben reproducirse, lo que general conduce a la esterilización y el aborto involuntarios.

Colaborar con asociaciones nacionales de profesionales médicos para fortalecer y alinear la orientación ética sobre el tratamiento de pacientes con VIH con las normas de derechos humanos, con el propósito de eliminar la discriminación y aumentar el respeto de la autonomía y la integridad físicas.

RECURSOS CLAVE

ONUSIDA, [Evidence for Eliminating HIV-Related Stigma and Discrimination](#)

OMS, UNFPA, ACNUDH y UNUSIDA, [Consolidated Guideline on Sexual and Reproductive Health and Rights of Women Living with HIV](#)

ONUSIDA y ACNUDH, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version, pág. 59](#)

Véanse también los cuestionarios sobre "Atención integral del aborto", "Salud materna," e "Información y servicios de anticoncepción"

9. ¿El estado ha promulgado salvaguardias administrativas o judiciales para brindar recursos y reparaciones con respecto a violaciones de los derechos humanos relacionados con el VIH y otras ITS, incluso cuando a una persona que vive con VIH o a un miembro de una población clave se le niega la atención médica esencial por motivos de su condición con respecto al VIH o recibe un tratamiento abusivo o discriminatorio en entornos de atención médica?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar la responsabilización para las violaciones de los derechos humanos relacionadas con el VIH al aumentar el acceso significativo a la justicia para las personas que viven con VIH y que están afectadas por este virus, en particular las poblaciones clave, al aumentar la colaboración entre las partes interesadas clave, apoyar los programas legales de alfabetización, aumentar el acceso al apoyo y la representación legales, y apoyar el seguimiento de la comunidad.¹⁸⁶

Desarrollar herramientas de programación que promuevan la creación de conciencia sobre los derechos entre las poblaciones clave y otros grupos vulnerables al VIH, el personal de las Naciones Unidas, los proveedores de servicios y las comunidades.

Apoyar las iniciativas para promover los servicios legales gratuitos para las personas que enfrentan discriminación, abuso o negación de atención médica esencial relacionados con el VIH.

Apoyar a los funcionarios locales de salud en el fortalecimiento de los mecanismos de responsabilización dentro de los centros de salud para responder a las quejas de discriminación, abuso y negación de atención médica esencial.

Desarrollar capacidades entre jueces, funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, defensorías del pueblo, unidades de quejas de salud e instituciones nacionales de derechos humanos para abordar las violaciones de derechos humanos relacionadas con el VIH.

Apoyar a las instituciones nacionales de derechos humanos en la realización de audiencias o consultas acerca de la respuesta al VIH para poblaciones clave y otros grupos de alto riesgo desde una perspectiva de derechos humanos.

RECURSOS CLAVE

ONUSIDA y ACNUDH, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version](#), págs. 48, 60

UNFPA, [Guide in Support of National Human Rights Institutions: Country Assessments and National Inquiries on Human Rights in the Context of Sexual and Reproductive Health and Well-Being](#)

ESTUDIOS DE CASOS

Acabar con el maltrato y la discriminación de las mujeres que viven con el VIH en Chile

En Chile, las mujeres que viven con VIH son sujetas a abuso y discriminación generalizados en los centros de atención médica, incluida la esterilización forzada.¹⁸⁷

En 2002, F.S., una mujer chilena de 27 años que vive con VIH, fue quirúrgicamente esterilizada sin su conocimiento por su médico, quien conocía su condición con respecto al VIH, mientras daba a luz a través de cesárea.¹⁸⁸ Ella sufrió daños físicos y psicológicos significativos debido a su incapacidad para tener más hijos.¹⁸⁹ F.S. inició una causa penal contra su médico, pero un tribunal chileno desestimó la causa con base en un falso testimonio de que ella había dado su consentimiento verbal para la esterilización, lo cual aumentó los daños que ya había experimentado.

Chile adhiere a los tratados internacionales de derechos humanos que protegen el derecho al consentimiento total e informado para la anticoncepción y la esterilización,¹⁹⁰ y la ley nacional chilena requiere el consentimiento escrito del paciente antes de que pueda ocurrir la esterilización. Sin embargo, en la práctica, las mujeres que viven con VIH son frecuentemente esterilizadas sin que sus médicos obtengan el consentimiento escrito o verbal.

Un informe realizado por organizaciones de derechos humanos analizó los abusos sistemáticos contra mujeres que viven con VIH en centros de salud chilenos y realizó una serie de recomendaciones de acciones que debe tomar el Gobierno chileno para evitar futuras violaciones, las cuales incluyen:

- Asignar espacio y tiempo adecuados en los centros de salud para garantizar que las mujeres que viven con VIH reciban asesoramiento e información integrales y precisos en términos médicos acerca de la planificación familiar, el embarazo, la maternidad y el VIH;

- Incorporar la ESI en los programas de estudio escolares para garantizar el acceso a educación sexual basada en pruebas, con el fin de brindar a los adolescentes la información que necesitan para protegerse de la transmisión del VIH; y
- Difundir información sobre las leyes relacionadas con el consentimiento informado y los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA para garantizar que todos los centros de atención médica, tanto públicos como privados, implementen las leyes y políticas actuales.¹⁹¹

la sociedad civil, las comunidades de donantes y los organismos de derechos humanos pueden aumentar la responsabilización del Gobierno y mejorar el acceso a la atención de salud al facilitar la recopilación de datos sobre discriminación interseccional (como la discriminación relacionada con el género y el VIH) y sobre violencia contra las mujeres y VIH, y al supervisar que los programas de salud reproductiva, planificación familiar y VIH/SIDA para garantizar su eficacia, calidad y respeto de los derechos de la mujer.¹⁹²

Después de años de negociación, el Gobierno chileno y F.S. llegaron a un acuerdo en 2021. Chile aceptó proporcionar reparaciones a F.S. por los daños que sufrió debido a su esterilización forzada.¹⁹³ El Gobierno se comprometió a tomar medidas para garantizar el consentimiento libre e informado para los procedimientos de esterilización, incluidas las protecciones únicas para las personas que viven con VIH. El acuerdo establece un mecanismo de supervisión de cumplimiento para garantizar que Chile cumpla con sus compromisos. Casos de incumplimiento se derivarán a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.¹⁹⁴

Garantizar la atención a las personas encarceladas que viven con el VIH en Namibia

En Namibia, como sucede en todo el mundo, la prevalencia de VIH en las prisiones en Namibia es más alta que en la población general, y se estima actualmente en un 11.5 %. A las personas encarceladas se les suele negar el acceso a la terapia antirretrovírica, además de comer con poca frecuencia y carecer de una nutrición adecuada.

La Oficina del Ombudsman en Namibia desempeñó un rol crítico para garantizar el acceso al tratamiento antirretrovírico y la nutrición adecuada para personas que viven con VIH en lugares de detención. Su personal visitó una serie de celdas de detención de la policía y establecimientos penitenciarios de 2012 a 2019 para comprobar las quejas de los detenidos. Luego, la Oficina convocó una reunión de las partes interesadas en relación con las condiciones de las celdas de detención de la policía en febrero de 2019, en la cual la policía aceptó mantener un registro de los detenidos que viven con VIH y que reciben tratamiento antirretrovírico, incluidas las fecha de los exámenes médicos de seguimiento y la recepción de medicamentos, y poner estos informes a disposición de los investigadores de quejas de la Oficina del Ombudsman para su inspección.

La policía también se comprometió a garantizar que los detenidos recibirían comidas regulares de un valor nutricional adecuado. El problema de la nutrición inadecuada en las prisiones fue abordado por el Servicio Penitenciario de Namibia, que consultó a un dietista y elaboró un nuevo menú adaptado a todas las afecciones médicas. El menú se implementó en todas las prisiones en febrero de 2020.¹⁹⁵

Violencia basada en el género es cualquier acto perjudicial perpetrado contra la voluntad de una persona y que se basa en las diferencias socialmente atribuidas entre los sexos biológicos - es decir, en las diferencias

de género. Incluye actos que infligen daño o sufrimiento físico, sexual o mental, amenazas de tales actos, coerción y otras privaciones de libertad.¹⁹⁶

La violencia basada en el género es una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación que puede cometerse contra cualquier persona como consecuencia de su sexo real o percibido, sus características sexuales o sus roles de género socialmente construidos. Más a menudo, se dirige a mujeres, niñas y personas de OSIEGCS diversas reales o percibidas.¹⁹⁷ Los hombres y niños cisgénero y con conformidad de género también pueden ser víctimas de violencia basada en el género, incluida la violencia sexual derivada de expectativas y roles socialmente determinados.¹⁹⁸

Abordar la violencia basada en el género desde una perspectiva de derechos humanos conlleva un importante cambio conceptual, dado que reconoce que dicha violencia no ocurre por casualidad ni debido a una vulnerabilidad innata. En cambio, la violencia basada en el género es el resultado de la discriminación y de estereotipos sociales y de género estructurales y arraigados, que los estados tienen una obligación legal de abordar.

La violencia basada en el género contra mujeres y niñas, incluyendo las que se sienten atraídas por el mismo sexo, que son transgénero o de género no conforme, es persistente y generalizada: La OMS estima que, a lo largo de su vida, una de cada tres mujeres son sometidas a violencia física o sexual por una pareja o a violencia sexual cometida por otra persona que no es su pareja.¹⁹⁹ Esta cifra ha permanecido en gran medida sin cambios durante más de una década. Las mujeres suelen empezar a sufrir violencia basada en el género antes de cumplir los 25 años.²⁰⁰

Normas de derechos humanos sobre

violencia de género

Formas de violencia basada en el género incluyen el femicidio; la violación; el asesinato; la violencia sexual, física y psicológica; las prácticas nocivas como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil; la esterilización forzada; la criminalización del aborto; la negación o el retraso del aborto seguro; la continuación forzada del embarazo; y el maltrato de mujeres y niñas que solicitan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.²⁰¹ La violencia basada en el género está asociada con un mayor riesgo de lesiones, depresión, trastornos de ansiedad, embarazos no planificados, ITS y muchos otros problemas de salud.²⁰²

Los Estados deben garantizar que los autores de violencia de género sean responsabilizados en todas las esferas de la interacción humana.²⁰³ Conforme al principio de diligencia debida de derecho relativo a los derechos humanos, los estados tienen obligaciones positivas con respecto a la violencia basada en el género, incluso cuando es cometida por actores privados. Los estados partes son responsables si no toman todas las medidas adecuadas para prevenir — e investigar, procesar, castigar y proveer reparaciones— los actos u omisiones que dan lugar a la violencia

basada en el género, incluso por parte de actores no estatales.²⁰⁴ Esta obligación incluye garantizar la protección eficaz contra la violencia e investigar los informes de violencia basada en las OSIEGCS reales o percibidas.²⁰⁵

Romper el ciclo de la violencia basada en el género exige enfrentar sus causas subyacentes al abordar las desigualdades sistémicas económicas y sociales, garantizar el acceso a la educación y el trabajo seguro, y cambiar las normas e instituciones discriminatorias de género. Para cumplir con su obligación de abordar la violencia sexual y de género, los Estados deben garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios esenciales para las sobrevivientes, cuestionar los estereotipos de género discriminatorios, abordar la estigmatización, reformar las leyes discriminatorias y reforzar las respuestas jurídicas, entre otras medidas. El Comité CEDAW ha destacado medidas legislativas y otras medidas preventivas, entre ellas educación, programas de creación de conciencia que involucren a los medios, desarrollo de capacidades para el poder judicial, y al hacer que los espacios públicos sean seguros y accesibles para todas las mujeres y niñas.

Preguntas clave

para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos

El siguiente cuestionario proporciona una herramienta para evaluar el cumplimiento de su sistema de salud con las obligaciones de derechos humanos relacionadas con la violencia basada en el género y su integración como parte del paquete de servicios esenciales para la cobertura universal de salud.

Los enfoques basados en los derechos humanos proveen un marco claro para las respuestas integrales y multisectoriales, así como para la prevención primaria, secundaria y terciaria (preventing disorders from developing, providing early detection and treatment, and managing chronic conditions, respectively). Las preguntas están formuladas para apoyar la integración de las inquietudes relacionadas con la violencia basada en el género en la CSU con el fin de mejorar los efectos para las mujeres y adolescentes en toda su diversidad. Por este motivo, el cuestionario no hace referencia a todos los sectores de la respuesta, incluidas la seguridad y la justicia.

1. ¿El estado ha desarrollado e implementado estrategias y planes nacionales destinados a prevenir, castigar y erradicar todas las formas de violencia basadas en el género?²⁰⁶

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Facilitar los debates entre las diversas partes interesadas (p. ej., el Gobierno, la sociedad civil y el sector privado) y los sectores (p. ej., salud, género, etc.) destinados a desarrollar o fortalecer las estrategias y planes nacionales relacionados con la violencia basada en el género, en particular ante la Recomendación general n.º 35 actualizada por el Comité CEDAW sobre la violencia basada en el género contra las mujeres.

Apoyar las revisiones de la asignación estatal de recursos para implementar dichos planes o estrategias, incluidos los recursos presupuestarios, humanos y administrativos.

RECURSOS CLAVE

ONU Mujeres, [Handbook for National Action Plans on Violence against Women](#)

UNODC, [Gender-Based Violence against Women](#)

OMS, ONU Mujeres, UNFPA, PNUD y UNODC, [Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence](#)

OMS, UNFPA, ONU Mujeres, PNUD y UNODC, [RESPECT Women: Preventing Violence against Women](#)

2. ¿El estado ha tomado medidas suficientes para derogar las leyes y políticas que, en forma directa o indirecta, excusan, aprueban o facilitan la violencia, incluidas las leyes que permiten los procedimientos médicos en las mujeres con discapacidades si su consentimiento informado o que criminalizan el aborto, el trabajo sexual, o el hecho de ser lesbiana, bisexual o transgénero?²⁰⁷

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a las organizaciones de la sociedad civil y a las instituciones nacionales de derechos humanos en la documentación del efecto en la salud sexual y reproductiva de las leyes que criminalizan el aborto, el trabajo sexual y el hecho de ser lesbiana, bisexual o transgénero, con el propósito de fundamentar los procesos de reforma de ley.

Valorar de qué manera la legislación y las políticas nacionales pueden promover estereotipos de género que sostienen la violencia basada en el género.

Apoyar a los estados en sus esfuerzos para derogar las leyes y políticas que indirectamente excusan, aprueban o facilitan la violencia.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [A Guide in Support of National Human Rights Institutions](#)

3. ¿El estado ha tomado medidas para eliminar la violencia basada en el género en entornos de atención médica, como la esterilización forzada y la falta de respeto y el abuso en la atención médica materna?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Colaborar con las sociedades de profesionales obstetras y ginecólogos para desarrollar orientación técnica con el fin de prevenir la violencia basada en el género en entornos de atención médica, incluida la esterilización forzada y el maltrato de personas embarazadas o puerperales.

Desarrollar e implementar campañas para aumentar la conciencia entre mujeres, niñas y otros de sus derechos en los entornos de atención médica y cómo acceder a los mecanismos de demanda.

Asociarse con instituciones nacionales de derechos humanos para investigar y establecer recomendaciones en respuesta a los informes de incidencia de dicha violencia.

Proveer formación previa al servicio y durante el servicio para trabajadores de salud sobre normas sociales y de género con el fin de garantizar que las respuestas del servicio de salud funcionen como estrategias de intervención para prevenir la violencia basada en el género.

Garantizar que las leyes y políticas, así como las directrices específicas de salud y los procedimientos operativos estándares, prohíban de manera eficaz todas las formas de violencia basada en el género en entornos de atención médica y proporcionen reparaciones adecuadas cuando ocurran violaciones.

RECURSOS CLAVE

OMS, ONU Mujeres, UNFPA, PNUD y UNODC, [Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence](#)

UNFPA, [A Guide in Support of National Human Rights Institutions](#)

4. ¿Los servicios de atención de salud sexual y reproductiva para los sobrevivientes de violencia basada en el género – incluidos la anticoncepción de emergencia, la profilaxis posterior a la exposición y el aborto seguro – son accesibles (incluso asequibles o gratuitos si es necesario), están disponibles, son aceptables y de buena calidad, de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Trabajar con los funcionarios de salud nacionales y locales para proveer formación, adquirir productos básicos, y fortalecer reglas, reglamentos y directrices con el fin de garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia gratuita para los sobrevivientes sin necesidad de receta,²⁰⁸ la profilaxis posterior a la exposición,²⁰⁹ y los servicios de aborto seguro de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos.²¹⁰

Colaborar con los funcionarios nacionales y locales de salud para llevar a cabo auditorías de servicios médico-legales con el propósito de garantizar la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios médicos relacionados con la violencia basada en el género para diversos grupos de mujeres, niñas y personas de OSIEGCS diversas, incluida la identificación de los obstáculos en los procedimientos (p. ej., denunciar la violencia a la policía como condición previa para el acceso al aborto) que pueden impedir el acceso a la atención.

Colaborar con los funcionarios nacionales y locales de salud para proveer formación a los proveedores de atención médica sobre las necesidades de salud y los derechos de los sobrevivientes de violencia basada en el género, lo que incluye fortalecer las habilidades clínicas, confrontar los estereotipos discriminatorios y las normas sociales que perjudican la atención, delinear obligaciones éticas y legales, y facilitar la atención compasiva y sensible a las cuestiones de género.

RECURSOS CLAVE

OMS, [Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence](#)

OMS, [Clinical Management of Rape in Humanitarian Settings](#)

UNFPA, [Minimum Initial Services Package](#)

Global Protection Cluster, [Tip Sheet: Addressing Gender-Based Violence \(GBV\) in Health Assessments and Initial Programme Design](#)

OMS, [Caring for Women Subjected to Violence: A WHO Curriculum for Training Health-Care Providers](#)

5. ¿El estado proporciona servicios de apoyo social y legal para los sobrevivientes de violencia basada en el género, incluidos los servicios psicosociales y de asesoramiento, educación, vivienda asequible, oportunidades de empleo y ayuda legal de alta calidad?²¹¹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a los funcionarios del Gobierno para brindar programas de ayuda legal, líneas de ayuda gratuitas las 24 horas y cantidades suficientes de centros de crisis, apoyo y derivación y refugios seguros y equipados de manera adecuada para los sobrevivientes, sus hijos y otros miembros de la familia.

Colaborar con los funcionarios de educación con el propósito de aumentar las oportunidades de formación y educación para los sobrevivientes de violencia basada en el género, incluidas las personas embarazadas y los padres recientes.

RECURSOS CLAVE

OMS, ONU Mujeres, UNFPA, PNUD y UNODC, [Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence](#)

6. ¿El estado ha adoptado medidas específicas en consulta con los grupos afectados para responder a la violencia basada en el género experimentada por personas que enfrentan discriminación intersectorial, incluidas las mujeres con discapacidades y los adolescentes?²¹²

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Trabajar con los funcionarios nacionales y locales de salud para desglosar datos por tipo de violencia y para garantizar que los datos capturen las formas interrelacionadas de discriminación y otras características sociodemográficas relevantes.

Apoyar o liderar procesos de consulta que destinados a facilitar la participación de las mujeres y las personas afectadas en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la provisión de servicios para abordar la violencia basada en el género.

Colaborar con las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones lideradas por mujeres y adolescentes para fortalecer los mecanismos de derivación y acceso y para garantizar que los servicios sean adecuados e integrales.

7. ¿Se han implementado programas, estrategias o campañas para apoyar el cambio de las normas sociales con el fin de eliminar los prejuicios, las actitudes patriarcales y los estereotipos discriminatorios, incluso entre el público?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Desarrollar e implementar campañas de sensibilización sobre la violencia de género, entre otras cosas para promover la tolerancia cero frente a la violencia, hacer frente a la estigmatización, contrarrestar los estereotipos discriminatorios de género e interseccionales y abordar otras causas subyacentes de la violencia basada en el género.²¹³

Colaborar con los dirigentes habituales, tradicionales y religiosos que adhieren a los derechos humanos y la igualdad de género para alcanzar a los grupos de población subatendidos con los que generalmente tienen contacto (p. ej., personas mayores, mujeres con discapacidades, inmigrantes y grupos étnicos marginados).

Invertir en las organizaciones feministas y apoyarlas para facilitar su participación en los procesos de desarrollo nacional.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Women, Faith and Human Rights](#)

UNFPA, [Technical Brief: How Changing Social Norms Is Crucial in Achieving Gender Equality](#)

8. ¿El estado garantiza que existan mecanismos de responsabilización disponibles para los sobrevivientes de violencia y sus familias cuando sea adecuado; investiga de manera oportuna, imparcial y seria todas las denuncias de violencia contra las mujeres y niñas; y lleva a los agresores ante la justicia?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a los funcionarios judiciales, de justicia y de salud en el desarrollo y la adopción de programas obligatorios, recurrentes y eficaces de desarrollo de capacidades y educación para jueces, abogados, funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, legisladores y profesionales de la salud sobre los vínculos entre la violencia basada en el género y los estereotipos discriminatorios de género²¹⁴ y la importancia del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los servicios de prevención y tratamiento del VIH y las ITS.²¹⁵

Colaborar con las organizaciones de la sociedad civil para llevar a cabo formaciones sobre derechos legales para mujeres y niñas de modo que conozcan su derecho a no sufrir violencia y cómo denunciarla.

Apoyar a los estados en sus esfuerzos para establecer mecanismos de responsabilización con el fin de garantizar el acceso a la justicia y la reparación para las víctimas de violencia que respondan a los obstáculos específicos que enfrentan los sobrevivientes de violencia basada en el género al buscar justicia.

RECURSOS CLAVE

OMS, ONU Mujeres, UNFPA, PNUD y UNODC, [Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence](#)

UNODC, [Gender-Based Violence against Women](#)

ESTUDIO DE CASO

Proteger a los alumnos de las escuelas públicas de la violencia sexual en Ecuador

Paola Guzmán Albarracín, una estudiante de la escuela secundaria de 16 años en Ecuador, fue abusada sexualmente en repetidas ocasiones por el vicedirector de su escuela. Cuando quedó embarazada como consecuencia del abuso, la presionó para que se practicara un aborto.²¹⁶ Luego de este trauma sexual, Paola se suicidó.²¹⁷ Si bien las autoridades de la escuela se enteraron de que ingirió fósforo blanco letal como intento de suicidio, no intervinieron para salvar la vida de Paola llevándola al hospital o notificando a su familia.²¹⁸

El Gobierno ecuatoriano no llevó a cabo una investigación adecuada sobre la falta de conducta sexual del vicedirector, con lo que no proporcionó justicia a su familia.²¹⁹

El caso de Paola fue presentado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual determinó que, al no proteger a Paola, el Gobierno ecuatoriano violó su derecho a la vida, a la integridad personal, a la vida privada, a la dignidad, a la protección especial que el estado debe brindar a los niños, a la igualdad y la no discriminación,

a la educación, y a vivir sin violencia de género y discriminación.²²⁰ Ecuador pagó reparaciones monetarias a la familia de Paola y emitió una disculpa pública en la que aceptaba su rol al no proteger a Paola y la reconocía como víctima de agresión sexual en un entorno escolar.²²¹

El caso de Paola estableció normas claras de derechos humanos para proteger a los estudiantes de escuelas públicas contra la violencia y el acoso sexual y sirvió como ejemplo para muchos otros estados.²²² La Corte Interamericana de Derechos Humanos detalló los protocolos que se exigen legalmente para proteger los derechos de los jóvenes a no sufrir violencia o acoso sexual en las escuelas de América Latina y el Caribe. Estos mecanismos incluyen medidas estructurales para abordar la violencia sexual, políticas que requieren que la educación sexual y reproductiva sea un componente obligatorio del programa escolar, el reconocimiento de la autonomía de las adolescentes (incluidos el control de su cuerpo y la libertad sexual), y el reconocimiento del consentimiento como central para los derechos sexuales y reproductivos.²²³

Normas de derechos humanos sobre

prácticas nocivas

Las prácticas nocivas son violaciones de los derechos de las mujeres y las niñas que están profundamente arraigadas en la discriminación de género.²²⁴ Pueden asumir muchas formas, incluido el matrimonio infantil y forzado y la mutilación genital femenina (MGF),²²⁵ que tienen un efecto especialmente significativo en el goce de la salud sexual y reproductiva.²²⁶

Las prácticas nocivas constituyen una forma de violencia basada en el género y pueden equivaler a la tortura o a un trato cruel, inhumano o degradante.²²⁷ Dichas prácticas a menudo implican violencia y causan sufrimiento o daños físicos o psicológicos, que incluyen consecuencias a inmediato o a largo plazo para la dignidad, la integridad y el desarrollo físicos y psicosociales, la salud, la educación y el estado socioeconómico de la víctima.²²⁸ El Comité de las Naciones Unidas contra la Tortura ha dicho en repetidas ocasiones que prácticas como la MGF violan la integridad física y la dignidad humana de las niñas y las mujeres.²²⁹ Muchas prácticas nocivas ponen en grave peligro la SDR de mujeres y adolescentes.

Un elemento central de las prácticas nocivas es que son impuestas por miembros de la familia, miembros de la comunidad o la sociedad en general, independientemente de si la víctima provee, o es capaz de proveer, su consentimiento total, libre e informado.²³⁰ Estas prácticas están profundamente arraigadas en la discriminación por motivos de sexo, género y edad, entre otros factores.²³¹ Un enfoque basado en los derechos humanos reconoce que las prácticas nocivas se derivan de actitudes sociales y estereotipos de género que consideran a las mujeres y las niñas como “irracionales” o “débiles” y que asignan más poder, valor y voz a los hombres.

A pesar del progreso en la reducción de ciertas prácticas nocivas a través de iniciativas específicas, la población creciente significa que se anticipa que un mayor número de mujeres y niñas enfrente estas prácticas en las próximas décadas como nunca antes.²³² Las personas que enfrentan formas interrelacionadas de discriminación, incluidas las mujeres y niñas con discapacidades y las mujeres y niñas en áreas rurales,

están particularmente en riesgo de sufrir prácticas nocivas.²³³ Las situaciones de crisis, incluidos los conflictos y otras emergencias humanitarias, pueden aumentar la incidencia de ciertas prácticas nocivas, incluidos el matrimonio infantil, precoz y forzado (CEFM)²³⁴ y la MGF.²³⁵ Las agencias de la ONU estiman que la pandemia de COVID-19 puede dar como resultado dos millones de casos de MGF y diez millones de matrimonios infantiles que de otro modo se hubiesen evitado.²³⁶

Los tratados de derechos humanos incluyen obligaciones tanto generales como específicas para abordar las prácticas nocivas.²³⁷ Los estados deben eliminar las prácticas que discriminan a las mujeres o que son perjudiciales para la salud de los niños.²³⁸

Un enfoque basado en los derechos humanos respecto a las prácticas nocivas reconoce que las respuestas del estado para poner fin a dichas prácticas deben buscar activamente transformar

los estereotipos discriminatorios de género en su raíz y garantizar el respeto de la autonomía y la integridad corporales. Enfrentar las prácticas nocivas y las dinámicas de poder —incluidos el sexismo, el racismo, el adultismo, el clasismo, el capacitismo y el heterosexismo²³⁹— y empoderar a las mujeres y niñas y a otros grupos oprimidos, son fundamentales para la eficacia de los esfuerzos por hacer frente a las prácticas nocivas. Por ejemplo, los esfuerzos contra la MGF centrados únicamente en los daños físicos, en lugar de en sus implicaciones para la autonomía corporal, pueden conducir inadvertidamente a la medicalización de la práctica en lugar de a su erradicación.²⁴⁰ De manera similar, las iniciativas destinadas a acabar con el matrimonio infantil que abordan solo la necesidad legal de establecer una edad mínima - pero que no proporcionan acceso a las oportunidades, a los organismos y a los servicios para las niñas - pueden ser insuficientes para poner fin a la práctica y pueden dar lugar a consecuencias no deseadas.²⁴¹

Preguntas clave

para hacer un seguimiento del cumplimiento de los sistemas de salud con las obligaciones de derechos humanos

El siguiente cuestionario proporciona una herramienta para valorar el cumplimiento del sistema de salud con las obligaciones de derechos humanos relacionadas con las prácticas nocivas. Debido al especial impacto que el MPEF y la MGF tienen en la salud sexual y reproductiva, se enfoca en estas dos prácticas nocivas.

Abordar de manera eficaz las prácticas nocivas es una obligación básica de los estados, lo cual significa que los estados no pueden hacer ninguna salvedad para limitar o calificar esta responsabilidad.²⁴² Como mínimo, los estados deben recolectar, actualizar y difundir datos sobre la incidencia y la prevalencia de las prácticas nocivas; desarrollar y aplicar “leyes y reglamentos adecuados” con la participación de las comunidades afectadas; e implementar iniciativas de prevención y respuesta para establecer normas sociales, culturales y de género basadas en los derechos, empoderar a las mujeres y las comunidades a través de la educación y las oportunidades económicas, concientizar, y garantizar que existan medidas protectoras, servicios eficaces y recursos disponibles para las mujeres y niñas más vulnerables a las prácticas nocivas.

1. ¿El estado ha establecido una estrategia o un plan holístico bien definido, basado en los derechos y localmente relevante para abordar las prácticas nocivas, incluidos el CEFM y la MGF?²⁴³

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Crear conciencia entre las diversas partes interesadas (p. ej., la sociedad civil, el Gobierno y el sector privado) y entre los sectores (p. ej., salud, educación y protección social) en relación con lo que implican los enfoques basados en los derechos humanos hacia las prácticas nocivas, así como el alcance y la naturaleza de las obligaciones jurídicas relacionadas con los derechos humanos en relación con dichas prácticas.

Facilitar los debates con las diversas partes interesadas destinados a desarrollar o fortalecer los planes y estrategias nacionales relacionados con las prácticas nocivas guiados por la Recomendación general n.º 31/Observación general n.º 18 aprobadas de manera conjunta del Comité CEDAW y el Comité de los Derechos del Niño.

Apoyar las revisiones de la asignación estatal de recursos para implementar dichos planes o estrategias, incluidos los recursos presupuestarios, humanos y administrativos.

Colaborar con los funcionarios nacionales de salud, las oficinas nacionales de estadísticas y otros funcionarios públicos para desarrollar e implementar herramientas con el fin de recopilar datos desglosados sobre prácticas nocivas para documentar tendencias y las niñas y mujeres que están más expuestas al riesgo; fundamentar la acción estatal; y supervisar la efectividad de las leyes, las políticas y los programas.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [State of the World's Population 2020](#), pág. 120

UNFPA, [Costing the Three Transformative Results](#), págs. 23-33

Girls Not Brides, [A Checklist for National Strategies to End Child Marriage](#)

UNFPA, [Enabling Environments for Eliminating Female Genital Mutilation](#)

UNFPA y UNICEF, [Global Theory of Change Phase II](#)

UNFPA y UNICEF, [Seven Steps to Strengthening Legislation, Policy and Public Financing to End Child Marriage](#)

2. ¿El estado ha utilizado la ley o la política para evitar las prácticas nocivas y garantizar reparaciones para las sobrevivientes del CEFM y la MGF?²⁴⁴

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Crear conciencia entre los legisladores de las normas de derechos humanos relacionadas con las prácticas nocivas y la respuesta legal adecuada, incluida la necesidad de centrar la autonomía física de las mujeres y niñas y garantizar que las leyes no tengan un impacto negativo en las poblaciones a las que se pretende empoderar.²⁴⁵

Colaborar con las entidades de las Naciones Unidas, incluidos UNICEF, ONU Mujeres y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, para evaluar de qué manera las leyes y políticas nacionales pueden promover estereotipos de género que están vinculados con prácticas nocivas y qué reformas legales son necesarias para cumplir con las normas de derechos humanos.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [State of the World's Population 2020](#), pág. 119

UNFPA-UNICEF Programa mundial para poner fin al matrimonio infantil, [Child Marriage and the Law: Technical Note for the Global Programme to End Child Marriage](#)

UNFPA APRO, [Rights Versus Protection: Marriage, Sexual Consent and Medical Treatment](#)

[Kathmandu Call for Action to End Child Marriage in South Asia](#)

Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (SADC), Girls not Brides (GNB) y UNFPA, [A Guide to Using the SADC Model Law on Eradicating Child Marriage and Protecting Children Already in Marriage](#)

3. ¿El proceso de legislación, difusión e implementación relacionado con el CEFM y la MGF es inclusivo y participativo of affected populations, including adolescents?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Convocar al diálogo nacional con la participación de la sociedad civil y las poblaciones afectadas por el CEFM y la MGF, incluidos los adolescentes, sobre cómo las leyes pueden ser útiles para prevenir las prácticas nocivas, apoyar a los sobrevivientes y lograr la responsabilización.

Apoyar a los grupos de derechos de las mujeres y a los defensores de los jóvenes para reunirse con el fin de desarrollar recomendaciones sobre las reformas legales necesarias para abordar las prácticas nocivas, incluso a través de la valoración de la efectividad de los marcos jurídicos existentes, como la criminalización, y cómo abordar mejor las leyes de estatus personal basado en la religión²⁴⁶ que pueden permitir dichas prácticas.

4. ¿El estado ha invertido en medidas proactivas para promover el empoderamiento de las niñas y las mujeres, lo que incluye desafiar las normas y los estereotipos patriarcales y otros estereotipos de género perjudiciales?²⁴⁷

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Colaborar con los funcionarios de salud y educación para garantizar que los programas escolares incluyan educación sexual integral obligatoria y que los programas extraescolares provean información precisa relacionada con las prácticas nocivas²⁴⁸ y contengan información sobre derechos humanos (incluidos los de las mujeres y los niños), igualdad de género, estereotipos de género, violencia basada en el género y la necesidad de promover un entorno de no discriminación.²⁴⁹

Desarrollar campañas informativas y educativas a largo plazo de creación de conciencia destinadas a líderes comunitarios y religiosos, familias, y hombres y niños, así como intervenciones específicas para empoderar a las mujeres y niñas y disuadir las prácticas nocivas (p. ej., mediante la creación de conciencia acerca del impacto de la MGF en la salud y la vida de las niñas y las mujeres).

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [How Changing Social Norms Is Crucial in Achieving Gender Equality](#)

UNICEF, [Gender Transformative Approaches for the Elimination of Female Genital Mutilation](#)

UNFPA y UNICEF, [Technical Note on Gender-Transformative Approaches: A summary for practitioners](#)

UNFPA y UNICEF, [Technical Note on Life Skills Programmes for Empowering Adolescent Girls: Notes for Practitioners on What Works](#)

Véase también el cuestionario sobre “violencia basada en el género”

5. ¿El estado ha implementado medidas en contextos humanitarios y crisis para la prevención del CEFM y la MGF y el apoyo para las sobrevivientes?²⁵⁰

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Revisar los datos cuantitativos y cualitativos existentes sobre el matrimonio infantil y forzado, la MGF y otras prácticas nocivas prevalentes y utilizarlos para la promoción con el fin de garantizar que los asuntos se incluyan en la planificación de respuesta para la protección, la educación y la salud.

Al inicio de las crisis o durante estas, solicitar comentarios a las niñas y sus familias, de conformidad con los principios éticos, acerca de si los servicios o las intervenciones para evitar las prácticas nocivas son accesibles y adecuados y responden a sus necesidades.

Map the types and capacity of existing formal and informal service providers that currently provide adolescent-responsive and survivor-centered services (e.g., girls' safe spaces, adolescent-centered services, and other entry points where child survivors may seek support) and develop a referral pathway between these services.

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Addressing Child Marriage in Humanitarian Settings](#)

UNICEF, [Technical Note on COVID-19 and Harmful Practices](#)

UNFPA ESARO, [A Guidance Note on Alternative Rites of Passage and Cultural Practices for Adolescents and Young People in East and Southern Africa](#)

6. ¿El estado ha tomado medidas para abordar las causas profundas de las prácticas nocivas, como la pobreza y la falta de acceso de las mujeres y las niñas a la educación, que está demostrado que protegen a las niñas de prácticas nocivas como el matrimonio infantil?²⁵¹

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Desarrollar las capacidades de los legisladores y los funcionarios nacionales de educación sobre el vínculo entre la pobreza, la educación y las prácticas nocivas, incluido el rol crítico de las iniciativas como la educación primaria universal, gratuita y obligatoria; la eliminación de las cuotas escolares para la escuela secundaria; las políticas para promover la asistencia regular; y las iniciativas para eliminar las disparidades de género y apoyar la asistencia para las niñas más marginadas.

Abogar con los legisladores, los funcionarios del Gobierno y el sector privado por desarrollar un compromiso para invertir en empoderamiento económico, acceso a transferencias de efectivo y oportunidades económicas para mujeres y niñas como una manera de redistribuir los recursos y evitar las prácticas nocivas.

Involucrar a los funcionarios locales de educación y a la sociedad civil para garantizar que las adolescentes sometidas a prácticas nocivas puedan continuar asistiendo a la escuela, incluso si están casadas o embarazadas. Apoyar a las niñas que no pueden regresar a la escuela a través de la educación no formal extraescolar, incluida la formación sobre habilidades para la vida y la actividad empresarial.²⁵²

Colaborar con los funcionarios locales de educación para desarrollar e implementar programas para hacer que las escuelas y sus alrededores sean seguros y adecuados para las niñas.²⁵³

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [Marrying Too Young](#), pág. 50

UNFPA, [State of the World's Population 2020](#), pág. 118

UNICEF, [How to Make 'Cash Plus' Work, Linking Cash Transfers to Services and Sectors](#)

UNFPA y UNICEF, [Global Programme to End Child Marriage: Phase II Programme Document: 2020-2023](#)

UNFPA y UNICEF, [Technical Note Leaving No One Behind: Technical Note of the Global Programme to End Child Marriage](#)

7. ¿El estado ha garantizado el acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva a las personas que han sido sometidas, o corren el riesgo de serlo, a prácticas nocivas?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Involucrar a las redes de sobrevivientes y a las redes de adolescentes y jóvenes para identificar barreras para la toma de decisiones y la autonomía en relación con la salud sexual y reproductiva para quienes son afectados por las prácticas nocivas (incluidos los requisitos de consentimiento conyugal y parental y la falta de servicios de salud adaptados a las necesidades de los adolescentes) y promover la eliminación de dichas barreras.

Colaborar con los funcionarios locales de salud y educación y con los líderes religiosos y comunitarios con el fin de proveer programas de capacitación para educadores y proveedores de atención médica sobre cómo brindar información y educación precisas y basadas en la ciencia sobre salud sexual y reproductiva, lo cual contribuye a empoderar a las personas, incluidos los adolescentes, para tomar decisiones informadas y reclamar sus derechos.

Abastecer de productos básicos e involucrar a los funcionarios de salud para brindar atención de salud sexual y reproductiva a los sobrevivientes de prácticas nocivas, incluidos, cuando sea necesario, el acceso a la anticoncepción de emergencia, el aborto y el tratamiento antirretrovírico profiláctico para los sobrevivientes de violencia sexual.²⁵⁴

RECURSOS CLAVE

UNFPA, [State of the World's Population 2020](#), pág. 118

ACNUDH, [Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Harmful Practices](#)

OMS, [Female Genital Mutilation: Evidence Brief](#)

UNFPA ESARO, [The Impact of Rites of Passage and Cultural Practices on Adolescents' and Young People's Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa](#)

UNFPA ESARO, [A Guidance Note on Alternative Rites of Passage and Cultural Practices for Adolescents and Young People in East and Southern Africa](#)

UNFPA y UNICEF, [Technical Note on Adolescent Girl-Responsive Systems](#)

Véanse también los cuestionarios sobre "Educación sexual integral" y "violencia basada en el género"

8. ¿El estado ha establecido programas para garantizar que las personas que buscan evitar ser sometidas a prácticas nocivas tengan acceso a la protección y los servicios sociales (como los refugios)?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar el establecimiento de refugios voluntarios y servicios de reubicación fuera de las comunidades inmediatas para las personas que huyen de sus hogares para evitar las prácticas nocivas.²⁵⁵

Promover el apoyo en especie para las niñas y mujeres con el fin de mantenerlas en la escuela, así como las transferencias de efectivo o los cupones para alimentos para aliviar la pobreza.

Promover los modelos "cash plus" transformadores de género (que combinan las transferencias de efectivo con programas complementarios, como habilidades para la vida, tutoría, ahorros, apoyo para los padres, conversaciones comunitarias y enfoques de los medios masivos para los cambios normativos).²⁵⁶ Por ejemplo, colaborar con los funcionarios nacionales y locales de educación para implementar medidas como incentivos económicos con el fin de ayudar a las niñas embarazadas y las madres adolescentes a terminar la escuela secundaria y para establecer políticas no discriminatorias de retorno.²⁵⁷

9. ¿Dispone el Estado de una aplicación efectiva de la ley en relación con las prácticas nocivas, con procesos legales que garantizan que los casos se investigan con prontitud, imparcialidad e independencia, así como la provisión de recursos efectivos para las sobrevivientes?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Actuar como voceros principales para garantizar que se les exija a las instituciones nacionales de derechos humanos considerar las demandas y peticiones individuales y llevar a cabo consultas e investigaciones públicas de los casos de CEFM y MGF, incluidos aquellos presentados por cuenta de mujeres y niños o directamente por ellos, de una manera confidencial, sensible a las cuestiones de género y adecuada para los niños.

Desarrollar asociaciones de desarrollo de capacidades a largo plazo con instituciones nacionales de derechos humanos para poner en funcionamiento las normas de derechos humanos que abordan las prácticas nocivas, incluso a través de campañas de creación de conciencia, valoraciones de países, consultas y audiencias públicas con los sobrevivientes.

Apoyar a los funcionarios nacionales en el desarrollo y la implementación de sistemas de registro de nacimientos y matrimonios para garantizar la documentación que puede ser necesaria conforme a la legislación local para exigir la responsabilización por el CEFM.

RECURSOS CLAVE

UNFPA-UNICEF Global Programme to End Child Marriage, [Child Marriage and the Law: Technical Note for the Global Programme to End Child Marriage](#)

UNFPA, [Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation](#)

UNFPA, [Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming](#), págs. 25-26

UNFPA, [A Guide in Support of National Human Rights Institutions](#)

10. ¿El estado ha garantizado que las personas que han experimentado prácticas nocivas tengan acceso a la justicia, incluso al abordar las barreras legales y prácticas?

ALWAYS

OFTEN

SOMETIMES

RARELY

NEVER

Ejemplos de implementación

Apoyar a las coaliciones de la sociedad civil en la identificación y la promoción de la reforma de las barreras legales y prácticas para la justicia, incluidos los plazos breves de prescripción.

Apoyar a los funcionarios del Gobierno local en la provisión de programas de ayuda legal y programas de información sobre derechos.

Colaborar con los expertos en igualdad de género para sensibilizar al poder judicial sobre los estereotipos de género y abordar el rol de estos estereotipos en la socavación del acceso a la justicia.

RECURSOS CLAVE

ACNUDH, [Gender Stereotyping and the Judiciary: A Workshop Guide](#)

ESTUDIO DE CASO

Eliminar la MGF a través de la defensa de los jóvenes y la participación masculina en Senegal

En Senegal, el 23 % de las mujeres de entre 15 y 49 años denuncian haber sufrido MGF.²⁵⁸

Las organizaciones y redes de jóvenes han realizado contribuciones decisivas a la campaña para eliminar la MGF, mediante estrategias combinadas que incluyen el desarrollo de herramientas para apoyar a las organizaciones comunitarias en la lucha contra la MGF, mensajes de sensibilización para promover el cambio de las normas sociales en torno a la práctica, y una campaña de movilización a través del hashtag #TouchePasAMaSœur (no toques a mi hermana).²⁵⁹

La iniciativa de promoción de la juventud Movimiento 99-05, exhorta a las autoridades judiciales a implementar la Ley 99-05 que prohíbe la MGF, y a poner fin a la práctica.²⁶⁰ La campaña está dirigida a los jóvenes, al hacer participar a músicos senegaleses populares con comentarios sociales sobre la MGF, dejando en claro sus consecuencias perjudiciales.²⁶¹ Ha alcanzado a una amplia audiencia a través de las plataformas de redes sociales, inspirando tanto a niños y niñas como a hombres y mujeres a involucrarse.

El programa conjunto de UNFPA y UNICEF sobre la eliminación de la mutilación genital femenina promovió la participación de niños y niñas en el movimiento al formarlos sobre técnicas de promoción y herramientas de comunicación.²⁶² Los jóvenes capacitados por el programa conjunto fueron en última instancia responsables de elaborar un memorándum para las autoridades estatales con recomendaciones para eliminar la MGF.

El programa conjunto apoya a las familias y comunidades en el cambio de actitudes para que la MGF ya no sea un “problema de mujeres”. Trabaja con hombres y niños como aliados que pueden catalizar el cambio al ayudar a expandir las opciones para las niñas y mujeres, y amplificando sus voces.²⁶³ El enfoque comunitario que hizo participar a hombres y niños en Senegal ha tenido un impacto transformador en las relaciones de género, las normas sociales y de género, y los sistemas que sostienen las desigualdades de género.²⁶⁴

Para garantizar que la MGF se entienda como una cuestión de derechos humanos, el Programa Conjunto también trabaja con el poder judicial, la policía y los responsables políticos de Senegal para garantizar que se implementa la ley contra la MGF.

REFERENCES

1. Para prevenir embarazos no deseados y el recurso a abortos inseguros, UNFPA trabaja en más de 150 países para apoyar el acceso y la demanda de atención y servicios integrales de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva del curso de vida, reconociendo que las personas tienen necesidades diferentes y cambiantes a lo largo de sus vidas y en las diferentes etapas de su vida sexual y reproductiva. El plan estratégico 2022-2025 de UNFPA establece el compromiso de la organización de ampliar la provisión de información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva de alta calidad, como parte de los planes de cobertura sanitaria universal. A pedido de los gobiernos, de acuerdo con la orientación de la Organización Mundial de la Salud y de conformidad con el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, UNFPA apoya a los gobiernos, a otros asociados en la implementación y a las contrapartes interesadas en sus esfuerzos para garantizar el acceso, entre otras cosas, a la educación sexual integral para jóvenes dentro y fuera de la escuela; a los servicios y productos anticonceptivos de calidad, también para adolescentes; atención de aborto seguro con todo el peso de la ley y atención postaborto para todas las personas; y servicios que previenen y responden a la violencia de género y las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil.
2. El toolkit no incluye otras áreas pertinentes, como prevención, detección y manejo de cánceres reproductivos; subfertilidad e infertilidad; y salud y bienestar sexuales. Sin embargo, esperamos poder ampliar el alcance en el futuro.
3. Consejo de Derechos Humanos, Practices in adopting a human rights-based approach to eliminate preventable maternal deaths and human rights (18.o período de sesiones, 2011), Doc. ONU A/HRC/18/27. Doc. ONU A/HRC/18/27.
4. Human Rights Council, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights, para. 6, U.N. Doc. A/HRC/14/39 (Apr. 16, 2010); World Health Organization (WHO), Maternal Mortality: Fact Sheet No. 348 (2012).
5. Mellet c. Irlanda, Comité de Derechos Humanos, Comunicación n.º 2324/2013, párrs. 7.6, 7.7, 7.8, Doc. ONU CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016); Whelan c. Irlanda, Comité de Derechos Humanos, Comunicación n.º 2425/2014, párrs. 7.7 - 7.9, 7.12, Doc. ONU CCPR/C/119/D/2425/ 2 014 (2017); K.L. c. Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación n.º 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); L.C. c. Perú, Comité CEDAW, Comunicación n.º 22/2009, párr. 8,15, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General n.º 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párr. 10, Doc. ONU E/C.12/GC/22 (2016) [en adelante, Comité CDESC, Obs. gral. n.º 22]; Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil, Comité CEDAW, Comunicación n.º 17/2008, Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011); Comité Contra la Tortura (Comité CAT), Observaciones finales: El Salvador, párr. 23, Doc. ONU CAT/C/SLV/CO/2 (2009); Comité CAT, Observaciones finales: Nicaragua, párr. 16, Doc. ONU CAT/C/NIC/CO/1 (2009).
6. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ESCR), Observación general n.º 14: El derecho al estándar de salud más alto posible (Art. 12), período de sesiones, 2000, en Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, párr. 12, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008) [en adelante, Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14]; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general n.º 24: Artículo 12 de la Convención (mujeres y salud), (20.º período de sesiones, 1999), en Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, párrs. 26, 27, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24]; Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párr. 45.
7. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, Ibid nota 6, párr. 22; Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD), Observación general n.º 1: Artículo 12: Reconocimiento igualitario ante la ley (11.o período de sesiones, 2014), en 9, párr. 35, Doc. ONU CRPD/C/GC/1 (2014). Véase también, p. ej., Comité CAT, Observaciones finales: Estados Unidos de América, párr. 21, Doc. ONU CAT/C/USA/CO/3-5 (2014); Comité CEDAW, Observaciones finales: Croacia, párrs. 30-31, Doc. ONU CEDAW/C/HRV/CO/4-5 (2015); Comité CEDAW, Observaciones finales: Eslovaquia, párrs. 30-31, Doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015); Comité CEDAW, Observaciones finales: República Checa, párrs. 30-31, Doc. ONU CEDAW/C/CZE/CO/6 (2016). Véase también Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Eslovaquia, párrs. 24, 25(d), Doc. ONU CCPR/C/SVK/CO/4 (2016).
8. OMS, The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: Enunciado de la OMS (2015), disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1.
9. Id.
10. UNFPA, Elevating Rights and Choices for All: Guidance Note for Applying a Human Rights Based Approach to Programming 34 (2020), disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2020_HRBA_guidance.pdf.
11. ESCR Committee, Gen. Comment No. 14, supra nota 6, at para. 44(a).
12. Véase, p. ej., Comité CRC, Observaciones finales: Costa de Marfil, párr. 39, Doc. ONU CRC/C/15/Add.155 (2001); República Dominicana, párrs. 37-38, Doc. ONU CRC/C/15/Add.150 (2001); Lesoto, párr. 44, Doc. ONU CRC/C/15/Add.147 (2001).
13. Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 36: Sobre el derecho a la vida (Art. 6 de International Covenant on Civil and Political Rights), párr. 26, Doc. ONU CCPR/C/GC/36 (2018) [en adelante, Comité de Derechos Humanos, Obs. gral. n.º 36].
14. Véase, p. ej., Comité ESCR, Observaciones finales: Corea, párr. 44, Doc. ONU E/C.12/1/Add.95 (2003); Nepal, párr. 46, Doc. ONU E/C.12/NPL/CO/2 (2008).
15. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 31(c); Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 14.
16. Véase, p. ej., Comité CEDAW, Observaciones finales: Burundi, párr. 36, Doc. ONU CEDAW/C/BDI/CO/4 (2008); Malawi, párr. 32, Doc. ONU CEDAW/C/MWICO (2006).
17. Véase, p. ej., Comité CEDAW, Observaciones finales: Bolivia, párr. 43, Doc. ONU CEDAW/C/BOL/CO/4 (2008); CEDAW/C/PAK/CO/3 (2007). Malawi, párr. 25, Doc. ONU CEDAW/C/HON/CO/6 (2008); Pakistán, párr. 41, Doc. ONU CEDAW/C/PAK/CO/3 (2007).

18. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Nigeria, párr. 22, Doc. ONU CCPR/C/NGA/CO/2 (2019); Comité ESCR, Observaciones finales: Kenia, párr. 53, Doc. ONU E/C.12/KEN/CO/2-5 (2016); Comité CAT, Observaciones finales: Kenia, párr. 27, Doc. ONU CAT/C/KEN/CO/2 (2013); Comité CAT, Observaciones finales: Estados Unidos de América, párr. 21, Doc. ONU CAT/C/USA/CO/3-5 (2014); Comité CAT, Observaciones finales: Irlanda, párrs. 29-30, Doc. ONU CAT/C/IRL/CO/2 (2017); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Irlanda, párr. 11, Doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/4 (2014); Comité CEDAW, Observaciones finales: Irlanda, párr. 15(a), Doc. ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7 (2017); véase también el Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva con énfasis en el parto y la violencia obstétrica, ONU A/74/137 (2019).
19. Véase, p. ej., Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Polonia, párr. 11, Doc. ONU CCPR/C/79/Add.110 (1999).
20. Véase, p. ej., Comité ESCR, Recomendación general n.º 14, supra nota 6, párr. 43(d). La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS incluye el misoprostol para fines obstétricos. OMS, WHO Model List of Essential Medicines (21.ª lista de 2019) disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>.
21. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 31(e); Comité ESCR, Obs. gral. 14, supra nota 6, párr. 27.
22. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 31(e).
23. Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 36, supra nota 12, párr. 8; [1] Véase, p. ej., Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 12(a). Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párr. 13.
24. Véase, p. ej., Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 12(a).
25. Comité ESCR, Recomendación gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 20; Comité ESCR, Observación general n.º 20: No discriminación en los derechos económicos, sociales y culturales (art. 2, párr. 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), párr. 20, Doc. ONU E/C.12/GC/20 (2009) [en adelante, Comité ESCR, Obs. gral. n.º 20]; Comité CEDAW, Recomendación general n.º 9: Datos estadísticos en relación con la situación de las mujeres (8.º período de sesiones, 1989), en *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, Doc. ONU A/44/38 (1989) [En adelante, Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 9]; Comité sobre los Derechos del Niño (Comité CRC), Observación general n.º 5: Medidas generales de implementación de la Convención de los Derechos del Niño, artículos 4, 42 y 44, párr. 6, (34.º período de sesiones., 2003), en *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, párr. 45, Doc. ONU CRC/GC/2003/5 (2003) [en adelante, Comité CRC, Obs. gral. n.º 5]; Comité CRC, Obs. general n.º 20: La implementación de los derechos de los niños durante la adolescencia, en *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, párr. 37(c), Doc. ONU CRC/GC/20* (2016) [en adelante, Comité CRC, Obs. general n.º 20]; Comité CEDAW, Observaciones finales: Rumania, párrs. 40-41, Doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8 (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales: Lesoto, párrs. 32-33, Doc. ONU CEDAW/C/LSO/CO/1-4/Add.1 (2013); Comité CRC, Observaciones finales: Nicaragua, párr. 20(e), Doc. ONU CRC/C/NIC/CO/4 (2010).
26. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUD), *Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights*, en 20, disponible en <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportMaternalMortality.pdf>.
27. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality*, en 7, disponible https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_digital_Apr15.pdf.
28. Id.
29. Id.
30. Center for Reproductive Rights, *Kenya's High Court Rules in Favor of Woman Physically Abused During Delivery* (2018), available at <https://reproductiverights.org/kenyas-high-court-rules-in-favor-of-woman-physically-abused-during-delivery/>.
31. Id.
32. Id.
33. Centro de Derechos Reproductivos, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007), disponible en https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/pub_bo_failuretod Deliver.pdf [en adelante, CRR, *Failure to Deliver* 2007].
34. Centro de Derechos Reproductivos, *Addressing Disrespect and Abuse in Maternal Health Care Facilities in Kenya* (2021), disponible en <https://reproductiverights.org/center-reproductive-rights-maternal-health-kenya/>.
35. CRR, *Failure to Deliver* 2007, supra nota 33.
36. Id.
37. Centro de Derechos Reproductivos, *Addressing Josephine Oundo Ongwen v. The Attorney General & 4 Others- Bungoma High Court Petition No. 5 of 2014* (2018).
38. Id.
39. Id.
40. OMS, *Contraception: Evidence Brief* (2019), disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf?ua=1>.
41. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada el 18 de diciembre de 1979, art. 16, Res. A.G. 34/180, GAORONU, 34.º período de sesiones, Sup. n.º 46, en 193, Doc. ONU A/34/46, U.N.T.S.13 (en vigor desde el 3 de septiembre de 1981) [en adelante, CEDAW]; n.º 46, en 193, Doc. ONU A/34/46, U.N.T.S.13 (en vigor desde el 3 de septiembre de 1981) [en adelante, CEDAW]; Comité CEDAW, Recomendación general n.º 21: Igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, (13.º período de sesiones, 1994), en *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, párrs. 22, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008).
42. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Hungría, párr. 11, Doc. ONU CCPR/CO/74/HUN (2002) ("El Estado debe tomar medidas para proteger la vida y la salud de la mujer, mediante una planificación familiar y anticoncepción más eficaces (art. 6)."); Comité CEDAW, Observaciones finales: Chile, párr. 28, Doc. ONU CEDAW/C/CHL/CO/5-6 (2012) (al expresar preocupación por la expulsión de la escuela de adolescentes embarazadas); Dianne Hubbard, *Realising the right to education for all: School policy on learner pregnancy in Namibia*, en *Children's Rights in Namibia* 223 (Oliver C Ruppel ed., 2009).

43. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: República Democrática del Congo, párr. 14, Doc. ONU CCPR/C/COD/CO/3 (2006); Hungría, párr. 11, Doc. ONU CCPR/CO/74/HUN (2002).
44. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Albania, párr. 14, Doc. ONU CCPR/CO/82/ALB (2004); Guinea Ecuatorial, párr. 9, Doc. ONU CCPR/CO/79/GNQ (2004).
45. OMS, Factsheet: Infertility (2020), disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
46. Comité CEDAW, Recomendación general n.º 35 sobre la violencia contra la mujer, actualización de la recomendación general n.º 19, párrs. 18, 40(c), Doc. ONU CEDAW/C/GC/35 (2017) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 35]; Comité CAT, Observaciones finales: Grecia, párrs. 24, 25, Doc. ONU CAT/C/GRC/7 (2018).
47. OACNUD, ONU Mujeres, UNUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF, OMS, Eliminating Forced, Coerced, and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement (2014), disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf.
48. OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO, Eliminating Forced, Coerced, and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement (2014), available at https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf.
49. Comité CEDAW, Recomendación general n.º 35, supra nota 46, párr. 18; Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 28: Artículo 3 (The Equality of Rights Between Men and Women), párrs. 11, 20, Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000) [en adelante, Comité de Derechos Humanos, Obs. gral. n.º 28].
50. Tal como se define en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.OMS, WHO Model List of Essential Medicines (21.ª lista de 2019) disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>.
51. Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 13, 28, 45, 57, 62; Comité de Derechos Humanos, Obs. gral. n.º 36, supra nota 12, párr. 8; Comité de Derechos Humanos, Obs. gral. n.º 36, supra nota 12, párr. 8; Comité CEDAW, Observación gral. n.º 24, supra nota 6, párrs. 12(d), 17; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general n.º 34: Los derechos de las mujeres que habitan espacios rurales, (63.º período de sesiones, 2016), en Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, párrs. 38, 39(a), Doc. ONU CEDAW/C/GC/34 (2016) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 34]; Comité sobre los Derechos del Niño, Observación general n.º 15: El derecho de los niños de disfrutar el más alto estándar de salud posible (Art. 24), (62.º período de sesiones, 2013), en Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, párr. 31, 70, Doc. ONU CRC/C/GC/15 (2013) [en adelante, Comité CRC, Recomendación gral. n.º 15]; Comité CRC, Obs. gral. n.º 20, supra nota 25, párrs. 59, 63.
52. Comité CEDAW, Observaciones finales: Hungría, párrs. 31(b), Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013).
53. Comité CRC, Obs. gral. n.º 15, supra nota 50, párr. 70; Comité CRC, Observación gral. n.º 20, supra nota 25, párr. 59; Comité CEDAW, Observación gral. n.º 35, supra nota 46, párr. 40(c); Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 13, 45, 57; Comité CEDAW, Observaciones finales: Perú, párrs. 35-36, Doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/7-8 (2014); Comité CRC, Observaciones finales: Costa Rica, párrs. 63-64, Doc. ONU CRC/C/CRI/CO/4 (2011).
54. Comité CEDAW, Recomendación general n.º 30: Las mujeres en la prevención del conflicto, el conflicto y las situaciones posteriores al conflicto, en Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, párr. 52(c), Doc. ONU CEDAW/C/GC/30 (2013) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 30]; Comité CEDAW, Observaciones finales: República Centroafricana, párrs. 39-40, Doc. ONU CEDAW/C/CAF/CO/1-5 (2014).
55. Comité ESCR, Recomendación gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 13, 45, 57; Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párrs. 17, 22.
56. Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre de 1994, párrs. 7,16, Doc. ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [en adelante, Programa de acción de la CIPD]; Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 18-19, 41, 49(f).
57. UNFPA y What Works Association, Programme Assessment Tool for a Human Rights-Based Approach to Voluntary Family Planning (HRBA to FP), (2021) disponible en http://www.whatworksassociation.org/uploads/5/7/8/3/57837239/hrba_to_fp_progr_assess_tool_9-21.pdf.
58. Comité ESCR, Obs. general n.º 22, supra nota 5, párrs. 12-17.
59. Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 43(d) (donde se explica que el suministro de medicamentos esenciales, tal como los define la OMS, constituye una obligación fundamental de los Estados parte para satisfacer el derecho a la salud). La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS incluye una gama completa de anticonceptivos modernos. OMS, WHO Model List of Essential Medicines (21.ª lista de 2019) disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>.
60. Véase, p. ej., Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 12(b)(iii).
61. Por “precisa en términos científicos”, esta herramienta se refiere a normas internacionales objetivas determinadas por las autoridades establecidas en el campo de la salud sexual y reproductiva, como la OMS.
62. Comité ESCR, Recomendación gral. n.º 22, supra nota 5, párr. 18-19.
63. Id., párr. 41.
64. Id., párr. 14.
65. Id., párrs. 21, 47.
66. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 31(e).
67. Id., párr. 22.
68. Comité ESCR, Recomendación gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 13, 18, 28, 41, 44-45, 57-59, 62.
69. Id.
70. Centro de Derechos Reproductivos, Breaking Ground 2020: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights (2019), disponible en <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Breaking-Ground-2020.pdf>.
71. UNFPA, División Técnica, Advancing the principle of Leaving No One Behind.A snapshot of UNFPA field initiatives (junio de 2021) [La fuente está disponible internamente en UNFPA].
72. UNFPA, División Técnica, Estudio de caso 2 en Advancing the principle of Leaving No One Behind.A snapshot of UNFPA field initiatives (junio de 2021) [La fuente está disponible internamente en UNFPA].
73. UNFPA, Expanding Family Planning Choices for Women in the Philippines (2018), available at <https://www.unfpa.org/news/expanding-family-planning-choices-women->

- philippines#:~:text=In%20the%20Philippines%2C%2049%20per,2017%20demographic%20and%20health%20survey. _
74. Comisión de Derechos Humanos de Filipinas, "Let our voices be heard"; Report of the Commission on Human Rights Philippines' National Inquiry on Reproductive Health and Rights (2016), disponible en <https://popcom.gov.ph/wp-content/uploads/2019/06/RH-Inquiry-Report.pdf>. _
 75. Presidente de Filipinas, Decreto Ley n.º 12 (2017), disponible en <https://www.officialgazette.gov.ph/downloads/2017/01jan/20170109-EO-12-RRD.pdf>. _
 76. Véase, p. ej., Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada el 20 de noviembre de 1989, Res.A.G.44/25, anexo, GAORONU, 44.º período de sesiones, Sup. n.º 49, Doc. ONU A/44/49 (1989) (en vigor desde el 2 de septiembre de 1990) [en adelante, CRC]; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res.A.G.2200A (XXI), GAORONU, Sup. n.º 16, Doc. ONU A/6316 (1966) (en vigor desde el 3 de junio de 1976) [en adelante, ICESCR]; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res.A.G.2200A (XXI), GAORONU, 21.º período de sesiones, Sup. n.º 16, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S.171 (en vigor desde el 23 de marzo de 1976) [en adelante, ICCPR]; CEDAW; Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada el 13 de diciembre de 2006, Res. A.G. A/RES/61/106, GAORONU, 61.º período de sesiones, Doc. ONU A/61/611 (en vigor desde el 3 de marzo de 2008).
 77. Véase, p. ej., Comité sobre los Derechos del Niño, Observación general n.º 3: El VIH/SIDA y los derechos de los niños (32.º período de sesiones, 2003), en *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, en 398, párr. 26, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [en adelante, CRC, Obs. gral. n.º 3]; Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 12(b).
 78. UNFPA, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Mujeres, OMS, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia 16 (2018), disponible en <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>. _
 79. UNFPA, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Mujeres, OMS, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia 16 (2018), disponible en <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>. _
 80. Comité ESCR, Observaciones finales: Dinamarca, párrs. 60, 61, Doc. ONU E/C.12/DNK/CO/6 (2019); Comité CRC, Obs. gral. n.º 15., supra nota 50; Comité CRC, Obs. gral. n.º 20, supra nota 25, párr. 17; Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5.
 81. Directrices operacionales de UNFPA para la educación sexual integral: Un enfoque basado en los derechos humanos y género 20 (2014), disponible en <https://www.unfpa.org/publications/unfpa-operational-guidance-comprehensive-sexuality-education>; UNFPA, UNESCO, ONUSIDA, UNICEF, ONU Mujeres, OMS, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia 16 (2018), disponible en <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>. _
 82. Comité CRC, Recomendación gral. n.º 20, supra nota 25, párrs. 59-61; Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párr. 44.
 83. Id.
 84. Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 18-21, 40-41, 43-44; Comité CRC, Obs. gral. n.º 20, supra nota 25, párrs. 59-61, Comité CEDAW, Observaciones finales: Italia, párr. 35, Doc. ONU CEDAW/C/ITA/CO/7 (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales: Nigeria, párr. 34(e), Doc. ONU CEDAW/C/NGA/CO/7-8 (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales: Irlanda, párr. 39(c), Doc. ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7 (2017); Comité CRC, Observaciones finales: Antigua y Barbuda, párr. 45(a), Doc. ONU CRC/C/ATG/CO/2-4 (2017).
 85. Véase, p. ej., CRC, Obs. gral. n.º 3, supra nota 75, párr. 16; Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 34; INTERIGHTS c. Croacia, Comité Europeo de Derechos Sociales, n.º 45/2007, párr. 47 (2009) [en adelante, INTERIGHTS c. Croacia]; Relator Especial sobre el derecho a la educación, Rep. of the United Nations Special Rapporteur on the right to education, párr. 39, Doc. ONU A/65/162 (2010) (de Vernor Muñoz) [en adelante, SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010)].
 86. Véase, p. ej., SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), Ibid nota 83, párr. 87(c).
 87. Véase, p. ej., Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Polonia, párr. 11, Doc. ONU CCPR/C/79/Add.110 (1999); INTERIGHTS c. Croacia, supra nota 83, párr. 47; SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párr. 87(c); Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párr. 61.
 88. Véase, p. ej., INTERIGHTS c. Croacia, supra nota 83, párr. 47; SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párr. 87(d).
 89. Comité ESCR, Recomendación general 22, supra nota 5, párr. 63 (garantizando que todas las escuelas incorporen en sus planes de estudio obligatorios una educación sexual imparcial, científicamente precisa, basada en pruebas, apropiada para la edad y completa).
 90. Véase, p. ej., Comité sobre los Derechos del Niño, Observación general n.º 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, párr. 28 (2003), Doc. ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), en 410 (2008) [en adelante, CRC, Obs. general n.º 4]; SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párr. 87(f).
 91. Véase, p. ej., CRC, Obs. gral. n.º 4, supra nota 88, párr. 28; CRC, Observaciones finales: Honduras, párr. 63(e), Doc. ONU CRC/C/HND/CO/3 (2007); SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párr. 87(f).
 92. Véase, p. ej., CRC, Gen., CRC, Com. gral. n.º 4, supra nota 88, párr. 39(a).
 93. Véase, p. ej., Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 18; INTERIGHTS c. Croacia, Comité Europeo de Derechos Sociales, n.º 45/2007, párr. 47 (2009); SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párr. 87(e); Comité ESCR, Observaciones finales: Dinamarca, párrs. 60, 61, Doc. ONU E/C.12/DNK/CO/6 (2019); Comité CRC, Obs. general n.º 15, supra nota 50; Comité CRC, Obs. general n.º 20, supra nota 25, párr. 17; Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5.
 94. Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párr. 61.
 95. Comité CRC, Recomendación gral. n.º 20, supra nota 25, párr. 61.
 96. Véase, p. ej., INTERIGHTS c. Croacia, Comité Europeo de Derechos Sociales, n.º 45/2007, párr. 47 (2009); SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párr. 87(d).
 97. Véase, p. ej., INTERIGHTS c. Croacia, Comité Europeo de Derechos Sociales, n.º 45/2007, párr. 48 (2009); SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párr. 63.
 98. Véase, p. ej., SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párrs. 62-63; Comité

- ESCR, Obs. general n.º 22, supra nota 5, párrs. 35, 48, 61; Comité CEDAW, Observaciones finales: Montenegro, párrs. 30-31, Doc. ONU CEDAW/C/MNE/CO/2 (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales: Portugal, párr. 33, Doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/8-9 (2015); Comité CEDAW, Observaciones finales: Timor Oriental, párr. 27, Doc. ONU CEDAW/C/TLS/CO/2-3 (2015); Comité CEDAW, Observaciones finales: Mongolia, párr. 25(a), Doc. ONU CEDAW/C/MNG/CO/8-9 (2016); Véase, p. ej., Comité CRPD, Observaciones finales: República Islámica de Irán, párr. 49(b), Doc. ONU CRPD/C/IRN/CO/1 (2017).
99. Véase, p. ej., SRRE, Rep. of the Special Rapporteur on the right to education (2010), supra nota 83, párrs. 21-23, 87(d).
100. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Interim rep. of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, transmitted by Note of the Secretary-General, párrs. 56, 64, 65(e), Doc. ONU A/66/254 (3 de agosto de 2011) (por Anand Grover) [en adelante, SRRH, Interim rep. of the SRRH (2011)].
101. Véase, p. ej., Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada el 20 de noviembre de 1989, Res.A.G.44/25, anexo, GAORONU, 44.º período de sesiones, Sup. n.º 49, Doc. ONU A/44/49 (1989) (en vigor desde el 2 de septiembre de 1990) (establece que “los niños deben tener derecho a acceder a información adecuada relacionada con la prevención y atención del VIH/SIDA, a través de canales formales (por ejemplo, a través de oportunidades educativas y medios dirigidos) así como canales informales” y que “la prevención efectiva del VIH/SIDA requiere que los Estados se abstengan de censurar, ocultar o tergiversar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación y la información sexual... Los Estados parte deben garantizar que los niños puedan adquirir los conocimientos y las habilidades para protegerse a sí mismos y a los demás a medida que comienzan a expresar su sexualidad”).
102. UNFPA, UNFPA's Multicountry Programme on Out-of-School Comprehensive Prevention Programme: Country Cases en 6-7, disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/DR-casestudy-jun30_Iran.pdf [en adelante, UNFPA, Multicountry Prevention Program].
103. Id.
104. Id.
105. Id.
106. UNFPA, Multicountry Prevention Program, supra nota 100.
107. Id.
108. Id.
109. Id.
110. OMS, Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems 2 (2003); OMS, Abortion, disponible en www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1.
111. OMS, Factsheet: Preventing Unsafe Abortion (2020), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
112. Comité ESCR, Recomendación gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 10, 28; Comité de Derechos Humanos, Obs. gral. n.º 36, supra nota 12, párr. 8.
113. Mellet c. Irlanda, Comité de Derechos Humanos, Comunicación n.º 2324/2013, párrs. 7.6, 7.7, 7.8, Doc. ONU CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016); Whelan c. Irlanda, Comité de Derechos Humanos, Comunicación n.º 2425/2014, párrs. 7.7-7.9, 7.12, Doc. ONU CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017); K.L. c. Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación n.º 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); L.C. c. Perú, Comité CEDAW, Comunicación n.º 22/2009, párr. 8,15, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); Comité ESCR, Obs. gral. n.º 22, supra nota 5, párr. 10; Alynne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil, Comité CEDAW, Comunicación n.º 17/2008, Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011).
114. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 35, supra nota 46, párr. 18; Comité CEDAW, Observación gral. n.º 24, supra nota 6, párrs. 11, 14.
- 115.
116. L.C. c. Perú, Comité CEDAW, Comunicación n.º 22/2009, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011).
117. OACNUD, Background paper on the role of the judiciary in addressing the harmful gender stereotypes related to sexual and reproductive health and rights: A review of the case law Vol. 3, pág. 5-6 (2018), disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/JudiciaryRoleCounterStereotypes_EN.pdf; véase, p. ej., Comité CEDAW, Observaciones finales: República Checa, párr. 36, Doc. ONU CEDAW/C/CZE/5 (2010) (“interferencia con las opciones de salud reproductiva de las mujeres en los hospitales, incluida la aplicación rutinaria de intervenciones médicas, supuestamente a menudo sin el consentimiento libre, previo e informado de la mujer o cualquier indicación médica, un rápido aumento en la tasa de cesáreas... y actitudes condescendientes de los médicos que impiden el ejercicio de la libertad de elección de las madres”); Report of the UN Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice, Doc. ONU A/HRC/32/44 (2016) (señalando que “...la medicalización innecesaria... han servido como formas de control social ejercido por los estamentos patriarcales para preservar las funciones de género de la mujer”).
- 118.
119. Comité ESCR, Recomendación gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 11-21.
120. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 34, supra nota 50, párrs. 38-39; Comité CRC, Obs. general n.º 20, supra nota 25, párrs. 38-39; Comité CRPD y Comité CEDAW, Joint Statement: Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women in particular women with disabilities, párr. 4 (29 de agosto de 2018), disponible en <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx>.
121. Comité de Derechos Humanos, Obs. gral. n.º 36, supra nota 12, párr. 8.
122. Comité ESCR, Obs. general n.º 22, supra nota 5, párrs. 12-17.
123. Comité ESCR, Obs. gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 43(d) (donde se explica que el suministro de medicamentos esenciales, tal como los define la OMS, constituye una obligación fundamental de los Estados parte para satisfacer el derecho a la salud). La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS incluye misoprostol y mifepristona, ambos medicamentos utilizados para inducir el aborto. OMS, WHO Model List of Essential Medicines (21.ª lista de 2019) disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>.
124. Véase, p. ej., Comité ESCR, Obs. general n.º 14, supra nota 6, párr. 12(b)(iii).
125. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 31(e).
126. Por “precisa en términos científicos”, esta herramienta se refiere a normas internacionales objetivas determinadas por las autoridades establecidas en el campo de la salud sexual y reproductiva, como la OMS.

127. Véase, p. ej., Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 28, supra nota 48, párr. 10; SRRH, Interim rep. of the SRRH (2011), supra nota 98, párr. 65(l).
128. Comité ESCR, Recomendación gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 18-19.
129. Id., párr. 41.
130. Comité CEDAW, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland Inquiry Summary (Artículo 8 de Optional Protocol to Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women), párr. 58, Doc. ONU CEDAW/C/OP.8/GBR/1 (2018); Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 36, supra nota 12, párr. 8; Comité ESCR, Observación general n.º 22, supra nota 5, párrs. 34, 40, 49(a), 57; Comité CRPD y Comité CEDAW, Joint Statement: Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women in particular women with disabilities, párr. 4 (29 de agosto de 2018), disponible en <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx>.
131. Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 36, supra nota 12, párr. 8; Comité CEDAW, Observación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 14.
132. Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 36, supra nota 12, párr. 8; L.C. v. Perú, Comité CEDAW, Comunicación n.º 22/2009, párr. 12(b), Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); Comité CEDAW, Statement of CEDAW Committee on the sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review, párr. 7, disponible en <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/State-ments/SRHR26Feb2014.pdf>; <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/State-ments/SRHR26Feb2014.pdf> K.L. c. Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación n.º 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Paraguay, párrs. 20, 21, Doc. ONU CCPR/C/PRY/CO/4 (2019); Comité CEDAW, Observaciones finales: República Democrática del Congo, párr. 37(c), Doc. ONU CEDAW/C/COD/CO/8 (2019); Comité CRC, Observaciones finales: Malta, párr. 33, Doc. ONU CRC/C/MLT/CO/3-6 (2019); Comité CAT, Observaciones finales: Bangladesh, párrs. 38-39, Doc. ONU CAT/C/BGD/1 (2019).
133. Comité CEDAW, Observaciones finales: Hungría, párr. 30, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013); Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 36, supra nota 12, párr. 8.
134. Unite for Reproductive Rights, Lakshmi and Others v. Government of Nepal, disponible en <https://uniteforreprogrights.org/resources/lakshmi-others-v-government-nepal/>.
135. Center for Reproductive Rights, Lakshmi v. Government of Nepal (Supreme Court of Nepal) (2021), disponible en <https://reproductiverights.org/case/lakshmi-dhikta-v-government-of-nepal-amici-supreme-court-of-nepal/> [en adelante CRR, Lakshmi contra Nepal 2021].
136. Id.
137. Id.
138. Center for Reproductive Rights, Landmark Decision of the Supreme Court of Nepal on Abortion Rights, disponible en <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/07/Laxmi-dhikta1-endnote.pdf> [en adelante CRR, Decisión histórica].
139. CRR, Lakshmi v. Nepal 2021, supra nota 133.
140. CRR, Decisión histórica, supra nota 136.
141. Gobierno de Nepal, Ministerio de Salud y Población, División de Salud Familiar, Safe abortion services implementation guide (2016), disponible en <http://fhd.gov.np/index.php/en/publication-1/140-2016-11-25-06-30-41>.
142. Centro de Derechos Reproductivos, Safe Motherhood and Reproductive Health Rights Act, 2018- Unofficial Translation (2018), disponible en <https://reproductiverights.org/sites/default/files/2020-01/Safe%20Motherhood%20and%20Reproductive%20Health%20Rights%20Act%20in%20English.pdf>; Centro de Derechos Reproductivos, Decriminalization of Abortion in Nepal: Imperative to Uphold Women's Rights (2021), disponible en <https://reproductiverights.org/decriminalization-of-abortion-in-nepal-imperative-to-uphold-womens-rights/> [en adelante CRR, Decriminalization of Abortion in Nepal].
143. CRR, Decriminalization of Abortion in Nepal, Ibid nota 140.
144. ONUSIDA, Global commitments, local action: After 40 years of AIDS, charting a course to end the pandemic (2021), disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-commitments-local-action_en.pdf.
145. OMS, Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021 (2021), disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>. Cada año, hay aproximadamente 374 millones de nuevas infecciones de las siguientes ITS tratables: clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.
146. OMS, Sexually Transmitted Infections (2021), disponible en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
147. Comité ESCR, Obs. general n.º 22, supra nota 5, párrs. 13, 18, 44, 45.
148. ICESCR, supra nota 74; Comité CEDAW, Recomendación general n.º 24, supra nota 6, párr. 18; CRC, Observación general n.º 3, supra nota 75; Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párr. 16; Comité ESCR, Observación gral. n.º 22, supra nota 5, párrs. 44, 45, 51.
149. Comité CEDAW, Recomendación general n.º 24, supra nota 6, párr. 18; Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párr. 16.
150. Comité CEDAW, Observaciones finales: Burundi, párr. 60, Doc. ONU A/56/38 (2001); véase también ONUSIDA, Global HIV Prevention 2020 Roadmap (2018), disponible en <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/road-map/>.
151. Comité ESCR, Recomendación general n.º 22, supra nota 5, párr. 40; OMS, Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH (2019), disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/978-92-4-155058-1>; <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1> Comité CRC, Observaciones finales: Benin, párr. 58(f), Doc. ONU CRC/C/BEN/CO/2 (2006); Comité CEDAW, Observaciones finales: Kenya, CEDAW/C/KEN/CO/8 (2017), párr. 29 (d); Observaciones finales: Trinidad y Tobago, CEDAW/C/TTO/CO/4-7 (2016), párr. 33 (a).
152. Comité ESCR, Observación gral. n.º 20, supra nota 25, párr. 33; Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párrs. 12(b), 18; CRC, Observación general n.º 3, supra nota 75; CRC, Observación gral. n.º 4, supra nota 88, párr. 41(b).
153. Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párr. 12(b); ACNUDH y ONUSIDA, Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, párr. 24 (2006), disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>.
154. ONUSIDA, End inequalities. End AIDS.- Global AIDS Strategy 2021-2026, en 18 (2021), disponible en <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021-2026-global-aids-strategy>; ACNUDH, Information Series on Sexual and

Reproductive Health and Rights: HIV/AIDS (2020), disponible en https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_HIV_WEB.pdf.

155. Id.
156. Las poblaciones clave son los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, las personas que se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, las personas transgénero y las personas en prisiones y otros entornos cerrados.
157. ACNUDH, HIV/AIDS and Human Rights, disponible en <https://www.ohchr.org/es/health/hivaids-and-human-rights>.
158. ONUSIDA, Human Rights, disponible en <https://www.unaids.org/es/topic/rights>.
159. Véase, p. ej., Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párr. 16.
160. Véase, p. ej., Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párr. 12(b); Comité ESCR, Observación gral. n.º 20, supra nota 25, párr. 33.
161. Véase ONUSIDA, End inequalities. End AIDS.- Global AIDS Strategy 2021-2026, supra nota 152; Asamblea General de las Naciones Unidas, Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030 (75.o período de sesiones, 2021), Doc. ONU A/75/L.95.
162. CRC, Observación gral. n.º 4, supra nota 88, párr. 30.
163. Comité CRC, Recomendación gral. n.º 20, supra nota 25, párr. 59.
164. ONUSIDA, OMS y UNICEF, Going the 'last mile' to EMTCT: a roadmap for ending pediatric HIV worldwide (2019), disponible en http://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2019-12/EMTCT-brief_122019.pdf.
165. Por "precisa en términos científicos", esta herramienta se refiere a normas internacionales objetivas determinadas por las autoridades establecidas en el campo de la salud sexual y reproductiva, como la OMS.
166. Comité ESCR, Recomendación general n.º 22, supra nota 5, párrs. 18-19.
167. Véase, p. ej., Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párr. 16.
168. Comité CRC, Recomendación gral. n.º 20, supra nota 25, párr. 61; Comité CEDAW, Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review (57.a sesión 2014), disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/SRHR26Feb2014.pdf>.
169. ONUSIDA, From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (1999), disponible en https://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc252-gipa-i_en.pdf.
170. Véase, p. ej., Comité CEDAW, Observaciones finales: República de Moldavia, párr. 31, Doc. ONU CEDAW/C/MDA/CO/3 (2006); Myanmar, para. 96, U.N. Doc. A/55/38 (2000).
171. Véase Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Lituania, párr. 12, Doc. ONU CCPR/CO/80/LTU (2004).
172. Véase Comité ESCR, Observaciones finales: República Popular China, Hong Kong y Macao, párr. 60, Doc. ONU E/C.12/1/Anexo 107 (2005).
173. Comité CEDAW, Observaciones finales: Zambia, párr. 36(a), Doc. ONU CEDAW/C/ZMB/CO/5-6 (2011); Uganda, párr. 46, Doc. ONU CEDAW/C/UGA/CO/7 (2010).
174. Asamblea General de las Naciones Unidas, Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030 (75.o período de sesiones, 2021), Doc. ONU A/75/L.95.
175. Véase, p. ej., CEDAW, supra nota 41, art. 5; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general n.º 15: Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (1990), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), en 327 (2008); Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 18; CRC, Observación general n.º 3, supra nota 75.
176. Comité ESCR, Obs. general n.º 22, supra nota 5, párr. 44.
177. Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Rep. of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, párrs. 76(a), 76(c), Doc. ONU A/HRC/14/20 (2010) (por Anand Grover).
178. Global Commission on HIV and the Law, Risks, Rights & Health at 8 (2012), available at ; relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Rep. of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, párrs. 76(a), 76(c), Doc. ONU A/HRC/14/20 (2010) (por Anand Grover); SRRH, Rep. Provisional del SRRH (2011), supra nota 98; Consejo de Derechos Humanos, Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity, (19.a sesión, 2011), párr. 84(d), Doc. ONU A/HRC/19/41 (2011); Asamblea General de las Naciones Unidas, Report of the UN Secretary-General on the fast track to ending the AIDS epidemic, (70.o período de sesiones, 2016), párr. 75(f), Doc. ONU A/70/811 (2016).
179. Véase ONUSIDA, End inequalities. End AIDS.- Global AIDS Strategy 2021-2026, supra nota 152; Asamblea General de las Naciones Unidas, Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030 (75.o período de sesiones, 2021), Doc. ONU A/75/L.95.
180. Véase, p. ej., Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 22; Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párr. 8.
181. Véase, p. ej., Comité ESCR, Observación gral. n.º 14, supra nota 6, párr. 8.
182. Véase, p. ej., Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 22.
183. Esta sección es extraída de UNFPA, Reproductive Rights Are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions (2014), disponible en <https://www.ohchr.org/es/publications/special-issue-publications/assessing-effectiveness-national-human-rights-institutions>; ACNUDH y ONUSIDA, International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, párr. 109 (2006), disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelines.pdf>; Comité ESCR, Observación general n.º 20, supra nota 25, párr. 33; Asamblea General de las Naciones Unidas, Report of the UN Secretary-General on the fast track to ending the AIDS epidemic (70.o período de sesiones, 2016), párr. 75(f), Doc. ONU A/70/811 (2016); Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 18.
184. Véase, p. ej., Comité ESCR, Observación general n.º 20, supra nota 25, párr. 33 (que proscribe el tratamiento diferencial en el acceso a la atención médica para personas que viven con VIH).

185. Véase, p. ej., Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 24, supra nota 6, párr. 22.
186. ONUSIDA, End inequalities. End AIDS.- Global AIDS Strategy 2021-2026, supra nota 152, en 42.
187. Centro de Derechos Reproductivos, Inter-American Commission Holds Hearing on Forced Sterilization of Chilean Women Living with HIV (2017), disponible en <https://reproductiverights.org/inter-american-commission-holds-hearing-on-forced-sterilization-of-chilean-women-living-with-hiv/> [de aquí en adelante CRR, Audiencia sobre esterilización forzada 2017].
188. Centro de Derechos Reproductivos, Forcibly Sterilized Woman Files International Case against Chile HIV (2009), disponible en <https://reproductiverights.org/forcibly-sterilized-woman-files-international-case-against-chile/>.
189. CRR, Audiencia sobre esterilización forzada 2017, supra nota 185.
190. Véase A.S. c. Hungría, Comité CEDAW, Comunicación n.º 4/2004, Doc. ONU CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006); Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 28, supra nota 48, párr. 20; Comité CAT, Observaciones finales: República Checa, párrs. 12-13, Doc. ONU CAT/C/CZE/CO/4-5 (2012).
191. Centro de Derecho Reproductivos y Vivo Positivo, Dignity Denied: Violations of the Rights of HIV-Positive Women in Chilean Health Facilities (2010), disponible en https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2017/03/chilereport_FINAL_singlepages.pdf [de aquí en adelante CRR, Dignity Denied 2010]; véase también Centro de Derecho Reproductivos, Breaking Ground 2020: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights (2019), disponible en <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Breaking-Ground-2020.pdf>; Centro de Derecho Reproductivos y UNFPA, ICPD y Derechos Humanos: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform (2013), disponible en https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/crr_ICPD_and_Human_Rights.pdf.
192. CRR, Dignity Denied 2010, supra nota 189.
193. Centro de Derechos Reproductivos, Chile Accepts Responsibility Before the IACHR for Forced Sterilization and Will Take Measures to End the Practice (2021), disponible en <https://reproductiverights.org/chile-accepts-responsibility-before-the-iachr-for-forced-sterilization-and-will-take-measures-to-end-the-practice/>.
194. Id.
195. Red de Instituciones Nacionales Africanas de Derechos Humanos (RINADH), UNFPA y ONUSIDA, Namibia, en National Human Rights Institutions: Advancing HIV and sexual and reproductive health and rights responses in Eastern and Southern Africa, págs. 11-14 (próximamente).
196. UNFPA, The Inter-Agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming, en IV (2019), disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/19-200_Minimun_Standards_Report_ENGLISH-Nov.FINAL_.pdf.
197. Relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Rep. of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, párr. 7, Doc. ONU A/HRC/31/57 (6 de enero de 2016) (por Juan E. Méndez).
198. Id.
199. OMS, Devastatingly Pervasive: 1 in 3 women globally experience violence (2021), disponible en <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>.
200. Id.
201. Comité CEDAW, Recomendación general n.º 35, supra nota 46, párr. 18.
202. OMS, Devastatingly Pervasive: 1 in 3 women globally experience violence (2021), disponible en <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>.
203. Comité CEDAW, Recomendación general n.º 35, supra nota 46, párr. 2; Relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Rep. of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, párr. 11, Doc. ONU A/HRC/31/57 (6 de enero de 2016) (por Juan E. Méndez).
204. Id.
205. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: México, párr. 21, Doc. ONU CCPR/C/MEX/CO/5 (2010); Comité ESCR, Observación gral. n.º 20, supra nota 25, párr. 32 (reconocer la identidad de género como un motivo prohibido para la discriminación y un mayor riesgo de violaciones de los derechos humanos entre personas transgénero, transexuales e intersexuales); Comité ESCR, Observación general n.º 14, supra nota 6, párr. 18 (prohibir la discriminación en la provisión de atención médica por motivos de la orientación sexual).
206. CEDAW supra nota 41; PIDCP, supra nota 74; PIDESC, supra nota 74; CRC, supra nota 74.
207. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 35, supra nota 46, párr. 29(c)(i).
208. Comité CEDAW, Observaciones finales: Hungría, párrs. 31(b), Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013).
209. Comité CEDAW, Recomendación general n.º 35, supra nota 46, párr. 31.
210. Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 36, supra nota 12, párr. 8.
211. Comité CEDAW, Recomendación general n.º 35, supra nota 46, párr. 31.
212. Comité CRPD, Observaciones finales: España, párr. 22, Doc. ONU CRPD/C/ESP/CO/1 (2011).
213. Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 36, supra nota 12; Comité CEDAW, Recomendación general n.º 35, supra nota 46, párr. 30(e).
214. Comité CEDAW, Recomendación gral. n.º 35, supra nota 46, párr. 30(b).
215. Id., párr. 30(e).
216. Center for Reproductive Rights, Paola Guzmán Albarracín c. Ecuador (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) (2020), <https://reproductiverights.org/case/paola-guzman-albarracin-v-ecuador-inter-american-commission-on-human-rights/> [de aquí en adelante CRR, Paola contra Ecuador 2020].
217. Id.
218. Center for Reproductive Rights, Paola's Case: Inter-American Court of Human Rights (2021), disponible en <https://reproductiverights.org/center-reproductive-rights-paola-case/>.
219. CRR, Paola c. Ecuador 2020, supra nota 214.
220. Para obtener más información sobre las resoluciones y los requisitos en los países latinoamericanos, véase CRR, Paola c. Ecuador 2020, supra nota 214.
221. CRR, Paola c. Ecuador 2020, supra nota 214.

222. Center for Reproductive Rights, *Landmark Ruling Will Help Protect Schoolgirls from Sexual Violence Throughout Latin America* (2020), disponible en <https://reproductiverights.org/landmark-ruling-will-help-protect-schoolgirls-from-sexual-violence-throughout-latin-america/>.
223. Id.
224. UNFPA, *State of the World Population 2020*, en 8-9 (2020), disponible en <https://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2020>.
225. Comités CEDAW y CRC, *Recomendación general/observación general n.º 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y n.º 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre prácticas nocivas aprobadas de manera conjunta*, párr. 9, Doc. ONU CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18 (2014) [de aquí en adelante, Comités CEDAW y CRC, *Recomendación general n.º 31/Observación general n.º 18 aprobadas de manera conjunta*] (incluidos la MGF; el matrimonio infantil, precoz y forzado; la prueba de virginidad y prácticas relacionadas; las restricciones alimenticias extremas, incluso durante el embarazo (como la alimentación forzada y los tabúes alimenticios); el vendado; la escarificación; el marcado o la imposición de marcas tribales; los castigos corporales; la lapidación; los rituales violentos de iniciación; las prácticas de viudez; las acusaciones de brujería; el infanticidio; el incesto; y las modificaciones corporales que se realizan con el propósito de crear belleza o favorecer que las niñas y las mujeres contraigan matrimonio). Véase también OMS, *Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement* (2018), disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/eliminating-virginity-testing-interagency-statement/en/>.
226. Comités CEDAW y CRC, *Recomendación general n.º 31/ Observación gral. n.º 18*, *Ibid* nota 223, párr. 68; Comité ESCR, *Observación gral. n.º 22*, *supra* nota 5, párr. 29.
227. CEDAW Committee, *General Recommendation No. 35*, *supra* note 47, para. 16.
228. Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Rep. of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, para. 58, U.N. Doc. A/HRC/31/57 (Jan. 6, 2016) (by Juan E. Méndez).
229. CAT Committee, *Concluding Observations: Sierra Leone*, para. 16, U.N. Doc. CAT/C/SLE/CO/1 (2014); CAT Committee, *Concluding Observations: Madagascar*, para. 13, U.N. Doc. CAT/C/MDG/CO/1 (2011); CAT Committee, *Concluding Observations: Yemen*, para. 31, U.N. Doc. CAT/C/YEM/CO/2 (2010); CAT Committee, *Concluding Observations: Senegal*, para. 14, U.N. Doc. CAT/C/SEN/CO/3 (2013); see also CAT Committee, *Concluding Observations: Kyrgyzstan*, para. 18, U.N. Doc. CAT/C/KGZ/CO/2 (2013).
230. CEDAW and CRC Committees, *Joint Gen. Recommendation No. 31/Gen. Comment No. 18*, *supra* note 228, para. 16(d).
231. Id., para. 7.
232. UNFPA, *State of the World Population 2020*, pág. 10 (2020) disponible en <https://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2020>; véase también ACNUDH, *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Harmful Practices* (2020), https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Harm_Pract_WEB.pdf.
233. Comité CRC, *Recomendación gral. n.º 20*, *supra* nota 25, párr. 30; Comité CEDAW, *Observación gral. n.º 34*, *supra* nota 50, párr. 22.
234. Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report on Child, Early and Forced Marriage*, (71.er período de sesiones, 2016), párr. 61, Doc. ONU A/71/253 (2016); Comité CEDAW, *Recomendación gral. n.º 37 sobre las dimensiones de la reducción del riesgo de desastre basadas en el género en el contexto del cambio climático*, párr. 5, Doc. ONU CEDAW/C/GC/37 (2018); ACNUDH, *Child, early and forced marriage in humanitarian settings* (41.er período de sesiones, 2019), párrs. 2, 10, Doc. ONU A/HRC/41/19 (2019); Comité CRC, *Observación general n.º 20*, *supra* nota 25, párr. 79.
235. Save the Children, *Physical Violence and Other Harmful Practices in Humanitarian Situations*, en 3, disponible en https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/tdh_pvoehp_formatted.pdf; UNFPA y UNICEF, *COVID-19 Disrupting SDG 5.3: Eliminating Female Genital Mutilation* (2020), https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Disrupting_SDG.3_Eliminating_Female_Genital_Mutilation.pdf.
236. UNFPA, *Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage* (2020), disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_23_April_2020_ES.pdf; UNICEF, *COVID-19: A Threat to Progress against Child Marriage* (2021), disponible en <https://data.unicef.org/resources/covid-19-a-threat-to-progress-against-child-marriage/>.
237. Comités CEDAW y CRC, *Recomendación general n.º 31/ Observación general n.º 18 aprobadas de manera conjunta*, *supra* nota 223, párr. 1. 1.
238. CRC, *supra* nota 75, Artículo 24(3); CEDAW, *supra* nota 41, arts. 2(f), 16(2).
239. UNFPA y UNICEF, *Leaving No One Behind: Technical Note of the Global Programme to End Child Marriage* (2020), https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/GPECM_Child-marriage-leaving-no-one-behind_October2020.pdf.
240. UNFPA, *State of the World Population 2021*, en 46 (2021), disponible en <https://www.unfpa.org/es/sowp-2021>.
241. Quentin Wodon et al., *Child Marriage: Legal Age for Marriage, Illegal Child Marriages, and the Need for Interventions*, disponible en <https://pubdocs.worldbank.org/en/134161519943385981/WBL2017-Child-Marriage-Laws.pdf>.
242. Comités CEDAW y CRC, *Recomendación general n.º 31/ Observación gral. n.º 18*, *supra* nota 223, párr. 14.
243. Id., párr. 33.
244. Id., párr. 13.
245. Id., párr. 51.
246. Las leyes relacionadas con el matrimonio, el divorcio, la distribución de la propiedad conyugal, la herencia, tutela, la adopción y otros asuntos similares. Varios países permiten múltiples sistemas de derecho de familia que permiten leyes de estatus personal basado en la identidad que están exentas de las disposiciones constitucionales que prohíben la discriminación o que reservan los asuntos de estatus personal a las comunidades étnicas y religiosas dentro del estado parte. Comité CEDAW, *Recomendación general relativa al artículo 16 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: Consecuencias económicas del matrimonio, las relaciones familiares y su disolución*, párrs. 10-14, Doc. ONU CEDAW/C/GC/29 (2013).
247. Comité CRC, *Recomendación gral. n.º 20*, *supra* nota 25, párr. 28.
248. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach to Effective Sex, Relationship, and HIV/STI Education Vol. II: Topics and Learning Objectives*, en 5 (2009),

- disponible en <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281>.
249. Comités CEDAW y CRC, Recomendación general n.º 31/ Observación general n.º 18 aprobadas de manera conjunta, supra nota 223, párr. 69(c).
 250. Consejo de Derechos Humanos, Resolution on Child, early and forced marriage in humanitarian settings (35.o período de sesiones, 2017), Doc. ONU A/HRC/RES/35/16 (2017).
 251. ACNUDH, Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Harmful Practices (2020), https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Harm_Pract_WEB.pdf; Comité CRC, Observación general n.º 20, supra nota 25, párr. 69.
 252. Comités CEDAW y CRC, Recomendación general n.º 31/ Observación general n.º 18 aprobadas de manera conjunta, supra nota 223, párr. 63.
 253. Id., 62.
 254. Véase, p. ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general n.º 19: La violencia contra la mujer (11.er período de sesiones, 1992), en *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, párrs. 24(k), 24(t)(iii), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev. 9 (Vol. II) (2008); A.T. c. Hungría, Comité CEDAW, Comunicación n.º 2/2003, párr. 9.6(II)(e), Doc. ONU CEDAW/C/32/D/2/2003 (2005); Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 28, supra nota 48, párr. 11. 11.
 255. Comités CEDAW y CRC, Recomendación general n.º 31/ Observación gral. n.º 18, supra nota 223, párr. 83.
 256. Ruth Graham-Goulder, *Social Protection and Child Marriage During Covid-19: Evidence, Practices, and Opportunities* (25 de agosto de 2020), disponible en <https://socialprotection.org/discover/blog/social-protection-and-child-marriage-during-covid-19-evidence-practices-and>.
 257. Comités CEDAW y CRC, Recomendación general n.º 31/ Observación gral. n.º 18, supra nota 223, párr. 68(a).
 258. UNFPA y UNICEF, *Empowering Girls and Women to Lead Change* (2019), disponible en <https://www.unicef.org/media/74261/file/Annual-Report-2019%20UNFPA-UNICEF-Joint-Programme-on-FGM.pdf>.
 - 259.
 - 260.
 261. UNFPA y UNICEF, *UNFPA-UNICEF Joint Programme to Eliminate Female Genital Mutilation: Accelerating Change*, en 24 (2018), disponible en <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/19-152-UNJP-FGM-AR2018-Aug2019.pdf>.
 262. Id., at 22.
 263. Id., at 22.
 264. UNFPA y UNICEF, *Empowering Girls and Women to Lead Change* (2019), disponible en <https://www.unicef.org/media/74261/file/Annual-Report-2019%20UNFPA-UNICEF-Joint-Programme-on-FGM.pdf>.



CENTER *for*
REPRODUCTIVE
RIGHTS