



Asamblea General

Distr. general
8 de abril de 2016
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

32º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

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

Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica

Nota de la Secretaría

La Secretaría tiene el honor de transmitir al Consejo de Derechos Humanos el informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, de conformidad con las resoluciones 15/23 y 26/5 del Consejo. En su informe, el Grupo de Trabajo aborda la cuestión de la discriminación contra la mujer con respecto a la salud y la seguridad. La instrumentalización del cuerpo de la mujer se encuentra en el núcleo de la discriminación contra las mujeres e impide que alcancen el más alto nivel posible de salud. El Grupo de Trabajo destaca en particular la situación en materia de salud y seguridad de las mujeres que sufren discriminación por motivos múltiples y convergentes. Las mujeres deben poder disfrutar de su derecho a la salud sin discriminación alguna y de forma autónoma, efectiva y asequible; el Estado tiene la responsabilidad primordial de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho de la mujer a la salud en la legislación y en la práctica, incluso cuando los servicios de salud son prestados por agentes privados.

GE.16-05771 (S) 290416 020516



* 1 6 0 5 7 7 1 *

Se ruega reciclar



Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica

Índice

| | <i>Página</i> |
|---|---------------|
| I. Introducción | 3 |
| II. Actividades..... | 3 |
| A. Períodos de sesiones | 3 |
| B. Visitas a países..... | 3 |
| C. Comunicaciones y comunicados de prensa..... | 4 |
| D. Otras actividades..... | 4 |
| III. Análisis temático: eliminación de la discriminación contra la mujer con respecto a la salud y la seguridad | 5 |
| A. Marco conceptual..... | 5 |
| B. Significado de la igualdad en la salud y la seguridad de la mujer | 7 |
| C. Prácticas discriminatorias | 8 |
| D. Instrumentalización del cuerpo de la mujer | 14 |
| E. Acceso autónomo, asequible y efectivo a la asistencia sanitaria | 18 |
| IV. Conclusiones y recomendaciones..... | 21 |
| A. Recomendaciones generales | 22 |
| B. Igualdad y no discriminación..... | 22 |
| C. Instrumentalización del cuerpo de la mujer | 23 |
| D. Acceso autónomo, asequible y efectivo a la asistencia sanitaria | 25 |

I. Introducción

1. El presente informe abarca las actividades del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica realizadas desde la presentación de su informe anterior (A/HRC/29/40) hasta marzo de 2016. Se centra en un análisis realizado por el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra la mujer con respecto a la salud y la seguridad.

2. Las funciones de Presidente-Relator y Vicepresidente del Grupo de Trabajo fueron desempeñadas por Emna Aouij y Eleonora Zielinska, respectivamente, hasta junio de 2015, y en el momento de redactar el presente informe estaban a cargo de Eleonora Zielinska y Alda Facio, respectivamente.

II. Actividades

A. Períodos de sesiones

3. El Grupo de Trabajo celebró tres períodos de sesiones durante el período que se examina. En su 13° período de sesiones (4 a 8 de mayo de 2015), celebró consultas sobre la seguridad y la salud de la mujer, incluidos sus derechos a la salud sexual y reproductiva, con varios interesados y expertos, entre ellos representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y organizaciones de la sociedad civil, así como personal especializado de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).

4. En su 14° período de sesiones (12 a 16 de octubre de 2015), el Grupo de Trabajo prosiguió sus consultas sobre la cuestión de la salud y la seguridad de la mujer, entre otros con expertos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Unión Interparlamentaria, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las secretarías de los órganos de supervisión de tratados del ACNUDH, el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad y miembros de organizaciones de la sociedad civil. El Grupo de Trabajo intercambió opiniones con los Estados Miembros acerca su labor y mantuvo una reunión con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

5. En su 15° período de sesiones (25 a 29 de enero de 2016), el Grupo de Trabajo celebró una reunión con el Representante Permanente de la Organización de Cooperación Islámica ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra. Comenzó sus consultas sobre la elaboración de un compendio de buenas prácticas y mantuvo una reunión informativa con organizaciones de la sociedad civil.

B. Visitas a países

6. El Grupo de Trabajo visitó el Senegal del 7 al 17 de abril de 2015 (A/HRC/32/44/Add.1) y los Estados Unidos de América del 30 de noviembre al 11 de diciembre de 2015 (A/HRC/32/44/Add.2). Desea dar las gracias a los Gobiernos de esos dos países por su cooperación antes y a lo largo de las visitas. Agradece a los Gobiernos de Hungría y Kuwait que hayan respondido positivamente a las solicitudes de visitas, que

tendrán lugar del 17 al 27 de mayo de 2016 y del 6 al 15 de diciembre de 2016, respectivamente.

C. Comunicaciones y comunicados de prensa

7. Durante el período examinado, el Grupo de Trabajo envió comunicaciones a los Gobiernos, a título individual o junto con otros titulares de mandatos. Las comunicaciones se refirieron a una amplia gama de temas incluidos en su mandato, como las leyes y prácticas discriminatorias con respecto al estado civil, la nacionalidad, las denuncias de abusos de las defensoras de los derechos humanos y las violaciones de sus derechos, la violencia por razón de género y los derechos a la salud reproductiva y sexual (véanse A/HRC/30/27, A/HRC/31/79 y A/HRC/32/53). El Grupo de Trabajo también publicó comunicados de prensa, a título individual o junto con otros titulares de mandatos, órganos creados en virtud de tratados y mecanismos regionales.

D. Otras actividades

8. El 15 de junio de 2015, un miembro del Grupo de Trabajo participó en un grupo de debate sobre políticas sociales eficaces para las mujeres en un taller cuyo tema fue la igualdad sustantiva para la mujer y la relación entre los derechos humanos y las políticas públicas, organizado por la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), el Instituto de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social y el ACNUDH.

9. El Grupo de Trabajo, de manera conjunta con varios procedimientos especiales, envió el 3 de julio de 2015 una carta abierta al Presidente del Consejo de Derechos Humanos, en la que destacó la importancia de dar al derecho de la mujer a la igualdad un lugar central en los debates del Consejo sobre la protección de la familia.

10. Un miembro del Grupo de Trabajo participó como ponente en un seminario mundial del ACNUDH sobre los derechos humanos de los trabajadores domésticos inmigrantes en situación irregular, titulado "Behind closed doors", celebrado los días 28 y 29 de septiembre de 2015 en Bangkok.

11. Un miembro del Grupo de Trabajo presentó una ponencia en la consulta de expertos sobre perspectivas de género en relación con la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, organizada los días 5 y 6 de noviembre de 2015 por el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

III. Análisis temático: eliminación de la discriminación contra la mujer con respecto a la salud y la seguridad¹

A. Marco conceptual

12. El presente informe tiene por objeto aclarar el significado de la igualdad en el ámbito de la salud y la seguridad, identificar prácticas discriminatorias, exponer la instrumentalización del cuerpo de la mujer en menoscabo de su dignidad humana y poner de manifiesto los obstáculos que entorpecen un acceso autónomo, efectivo y asequible de las mujeres a la asistencia sanitaria. La instrumentalización se define como el sometimiento de las funciones biológicas naturales de la mujer a un programa patriarcal politizado cuyo propósito es mantener y perpetuar ciertas ideas de feminidad frente a masculinidad o del papel de subordinación de la mujer en la sociedad.

13. Los derechos de la mujer a la igualdad y al más alto nivel posible de salud, a disfrutar de los beneficios del progreso científico y a los servicios de atención sanitaria, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, están consagrados en los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, reafirmados en acuerdos de consenso, incluido el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de Beijing aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y los documentos finales de las conferencias de examen y evaluación, y reconocidos por los mecanismos y la jurisprudencia internacionales, regionales y nacionales. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994, reconoció los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva como elementos fundamentales para su salud. La discriminación contra la mujer en la esfera de la salud y la seguridad y la denegación de su derecho a decidir sobre su propio cuerpo vulneran gravemente su dignidad humana, que, junto con la igualdad, está reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos como fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo.

14. Los Estados están obligados a garantizar los derechos de la mujer al más alto nivel posible de salud y seguridad, incluidos los factores subyacentes que lo determinan, y la igualdad de acceso de las mujeres a los servicios de atención sanitaria, incluidos los relativos a la planificación familiar, así como sus derechos a la intimidad, a la información y a la integridad física. La obligación de respetar, proteger y satisfacer el derecho de la mujer a la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria y de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer con respecto a su salud y su seguridad es vulnerado cuando se desatienden sus necesidades de salud específicas, cuando no se realizan intervenciones de salud sensibles a las cuestiones de género, cuando se priva a las mujeres de la capacidad de adoptar decisiones de forma autónoma y cuando se las penaliza o se les niega el acceso a los servicios de salud que solo ellas necesitan. En algunas situaciones, la falta de protección de los derechos de la mujer a la salud y la seguridad puede considerarse equivalente a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o a tortura, o incluso a una violación de su derecho a la vida.

¹ El análisis que figura en el presente informe tiene un número mínimo de notas a pie de página debido a las restricciones relativas al número de palabras. Puede consultarse una versión del informe con referencias completas en la dirección www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WGWomenIndex.aspx. El informe se basa en fuentes de la OMS y el ONUSIDA en lo que se refiere a los datos sanitarios y se apoya en la labor del ACNUDH y los mecanismos internacionales de derechos humanos, entre ellos el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y los mandatos de los procedimientos especiales en materia de salud, personas con discapacidad, personas de edad, alimentos, agua y saneamiento, y pueblos indígenas.

15. La OMS define la salud no solo como la ausencia de enfermedades, sino como un estado de bienestar físico, mental y social completo. En el presente informe, el Grupo de Trabajo aborda la seguridad de la mujer como un aspecto integral de su salud. La exposición de las mujeres a la violencia por razón de género en los ámbitos público y privado, también en situaciones de conflicto, es uno de los principales componentes de la mala salud física y mental de la mujer y de la destrucción de su bienestar, y supone una vulneración de sus derechos humanos.

16. La igualdad sustantiva en la esfera de la salud y la seguridad requiere un trato diferenciado. Durante todo su ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, las mujeres tienen necesidades de salud y vulnerabilidades que son claramente diferentes de las de los hombres. Las mujeres tienen funciones biológicas específicas, están expuestas a problemas de salud que únicamente las afectan a ellas, son víctimas de una violencia por razón de género generalizada y, estadísticamente hablando, viven más años que los hombres, todo lo cual hace que sea mayor su necesidad de acceder a los servicios de salud a menudo y durante más años. Por todo ello, las mujeres y las niñas padecen más intensamente que los hombres los efectos negativos de las carencias en los servicios de salud.

17. Las mujeres están expuestas a un riesgo desproporcionadamente mayor de sufrir un trato humillante y degradante en los centros de salud, especialmente durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además, son especialmente vulnerables a un trato degradante cuando se encuentran privadas de libertad, inclusive en centros de detención de migrantes o en instituciones de salud mental. Son objeto de un trato humillante en el sistema sanitario debido a su identidad de género y su orientación sexual, a veces expresamente en nombre de la moral o la religión, como forma de castigar lo que se considera una conducta “inmoral”.

18. El cuerpo de la mujer es instrumentalizado con fines culturales, políticos y económicos arraigados en tradiciones patriarcales. La instrumentalización se produce dentro y fuera del sector de la salud y está profundamente enraizada en múltiples formas de control social y político sobre las mujeres. Su propósito es perpetuar los tabúes y los estigmas relacionados con el cuerpo de la mujer y las funciones tradicionales de la mujer en la sociedad, especialmente en lo que respecta a su sexualidad y a la reproducción. Como resultado de ello, las mujeres se enfrentan a constantes dificultades en el acceso a la atención sanitaria, así como cuando pretenden mantener un control autónomo respecto de la adopción de decisiones sobre su propio cuerpo. Para que se opere un cambio es fundamental comprender y eliminar la instrumentalización del cuerpo de la mujer, basada en normas culturales y estereotipos nocivos, y sus efectos perjudiciales en la salud de las mujeres.

19. Muy diversos agentes, tanto públicos como privados, desempeñan un papel que influye en la salud de las mujeres y en su acceso a la atención sanitaria; cada uno de esos agentes es responsable de sus propios actos u omisiones. En particular, el importante papel de los principios consagrados en los códigos deontológicos de los distintos profesionales de la medicina y en las normas que rigen la responsabilidad social de las empresas de la industria farmacéutica convierte a estos en lugares esenciales en los que establecer investigaciones, medicamentos y tratamientos sensibles a las cuestiones de género.

20. El Estado es responsable de cumplir su obligación internacional de derechos humanos de asegurar que se pongan al alcance de las mujeres estudios científicos, medicamentos e intervenciones de salud con perspectiva de género, y de proporcionar recursos suficientes y adecuados basados en el género y un sistema eficaz de vigilancia, presupuestación, recursos y reparación. También está obligado a proporcionar a las mujeres un acceso autónomo, efectivo y asequible a la asistencia sanitaria. El Estado tiene la responsabilidad de asegurar la eliminación de los obstáculos que se oponen al disfrute por

la mujer del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, incluso mediante el ejercicio de la diligencia debida.

21. Debido a las limitaciones de espacio, no se abordan en el presente informe otros factores y acontecimientos que tienen graves consecuencias para la salud y la seguridad de las mujeres. Entre ellos figuran el cambio climático, la degradación del medio ambiente y otras catástrofes ambientales, y la violencia por razón de género en los conflictos armados.

B. Significado de la igualdad en la salud y la seguridad de la mujer

22. En la esfera de la salud, las funciones biológicas y reproductivas claramente distintas de las mujeres y los hombres requieren un trato diferenciado; se necesitan los debidos algoritmos para asegurar que las mujeres tengan acceso en condiciones de igualdad y disfruten del más alto nivel posible de salud. Aplicar un enfoque idéntico al tratamiento, los medicamentos, la asignación de recursos y la accesibilidad en realidad supondría una discriminación.

23. Entre las necesidades de las mujeres y las niñas en materia de salud ocupan un lugar primordial las relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Una igualdad sustantiva exige que los Estados presten atención a los factores de riesgo que afectan principalmente a las mujeres. Por ejemplo, puesto que solo las mujeres pueden quedarse embarazadas, la falta de acceso a los anticonceptivos forzosamente influye de manera desproporcionada en su salud. La igualdad en la salud reproductiva requiere el acceso, sin discriminación, a métodos anticonceptivos asequibles y de calidad; el acceso a la atención de la salud de la madre, en particular durante el parto y el puerperio; el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones seguras; el acceso a pruebas de detección y tratamiento precoz del cáncer de mama y el cáncer cervicouterino, y especial atención a la elevada tasa de infecciones por el VIH entre las mujeres jóvenes y tratamiento para prevenir la transmisión de la madre al hijo.

24. La igualdad exige también que la política sanitaria esté basada únicamente en las necesidades de salud de las mujeres y no esté influenciada por la instrumentalización y la politización. La oposición política en torno a los derechos a la salud sexual y reproductiva sigue suponiendo un reto a nivel mundial, que tiene como consecuencia que las mujeres sigan pagando un elevado precio por lo que respecta a su salud y su vida. Con la aprobación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los Estados se comprometieron a garantizar el acceso universal a los servicios de 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. Para lograr la igualdad entre los géneros y garantizar el derecho de las mujeres y las niñas a la salud y el bienestar, es indispensable que exista un firme compromiso con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la legislación, las políticas y los programas a nivel internacional y nacional.

25. Muchos protocolos de terapia medicamentosa y otros tratamientos e intervenciones médicos administrados a las mujeres se basan en investigaciones realizadas en varones, sin realizar ninguna investigación o ajuste para tener en cuenta las diferencias biológicas y de género. La igualdad exige que se realicen investigaciones médicas que tengan en cuenta la experiencia y las diferencias biológicas de las mujeres. También requiere que se preste la debida atención a los riesgos para la salud a los que están desproporcionadamente expuestas las mujeres, como la depresión y el suicidio, y el tratamiento correcto y con una perspectiva de género de enfermedades que tienden a ser consideradas, de forma errónea, típicamente masculinas, como las enfermedades cardiovasculares.

26. Las necesidades específicas de la mujer en materia de salud y seguridad requieren protección contra la violencia por razón de género, que afecta a su integridad física y su salud mental, inclusive en entornos de asistencia sanitaria.

27. Para alcanzar el derecho de la mujer a la igualdad en materia de salud y seguridad es preciso abordar los factores sociales, religiosos y culturales que menosprecian la dignidad de las mujeres y las niñas.

C. Prácticas discriminatorias

28. Las prácticas discriminatorias en la esfera de la salud y la seguridad se producen en todas las etapas del ciclo vital de la mujer. La discriminación múltiple merece un examen particular y vías de recurso especiales. Denegar a las mujeres el acceso a servicios que solo ellas necesitan y desatender sus necesidades específicas en materia de seguridad y salud, incluida la salud sexual y reproductiva, son intrínsecamente discriminatorios e impiden a las mujeres ejercer control sobre su propio cuerpo y su propia vida. La discriminación por razón de género en la administración de servicios médicos también vulnera los derechos humanos de la mujer y atenta contra su dignidad.

29. La denegación de acceso a los servicios de salud esenciales con respecto a la interrupción del embarazo, los anticonceptivos, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento de la infertilidad tiene consecuencias particularmente graves para la salud y la vida de las mujeres. Esos servicios pueden denegarse a las mujeres por medios como la penalización, la reducción de la disponibilidad, la estigmatización, la disuasión o actitudes despectivas de los profesionales sanitarios. En realidad, la denegación del acceso hace que la prestación de servicios se vuelva clandestina y pase a manos de profesionales sin las debidas calificaciones. Esto agrava los riesgos para la salud y la seguridad de las mujeres afectadas. La persistencia de las altas tasas de mortalidad materna a menudo refleja la falta de inversión en servicios y la escasa prioridad que reciben los servicios que solo necesitan las mujeres.

30. En ocasiones la discriminación se manifiesta en el trato humillante que reciben las mujeres en centros dedicados exclusivamente a ellas, como los centros de maternidad, en los que, como han destacado repetidamente los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y la OMS, con demasiada frecuencia son sometidas a un trato degradante y a veces violento.

31. La discriminación contra la mujer también se pone de manifiesto en la desigualdad en la prestación de servicios de salud que necesitan tanto las mujeres como los hombres. Esto ha sido especialmente grave en los países donde las mujeres han sido excluidas del tratamiento médico por médicos varones por razones de “modestia”.

32. Las leyes y prácticas discriminatorias han contribuido a una deplorable situación mundial con respecto a la salud y la seguridad de la mujer, situación que requiere medidas urgentes, inmediatas y eficaces. Según la OMS, se calcula que unos 225 millones de mujeres carecen de acceso a métodos anticonceptivos modernos. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto provocaron la muerte de casi 300.000 mujeres en todo el mundo en 2013. Cada año se practican alrededor de 22 millones de abortos en condiciones de riesgo y unas 47.000 mujeres mueren de complicaciones derivadas de ese tipo de abortos. El cáncer de mama y el cáncer cervicouterino, que siguen siendo los principales tipos de cáncer entre las mujeres de 20 a 59 años, provocan 1 millón de muertes, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos donde la detección, la prevención y el tratamiento son casi inexistentes. Las mujeres jóvenes son las más afectadas por las nuevas infecciones por el VIH. Una de cada tres mujeres menores de 50 años ha sufrido violencia

física y/o sexual a manos de su pareja o un miembro de su familia. Al menos 200 millones de niñas y mujeres de todo el mundo han sido sometidas a una mutilación genital.

1. La discriminación a lo largo del ciclo vital de la mujer

33. El Grupo de Trabajo observa con preocupación que las cuestiones relacionadas con la salud de la mujer no se abordan de manera integral en las políticas y los programas de salud en los niveles nacional e internacional. Las políticas relativas a los servicios de salud de la mujer a menudo se limitan a cuestiones de “salud materna”. A pesar de la importancia de dar prioridad a esta cuestión, ese enfoque tan restrictivo no reconoce la gama completa de los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva en todas las etapas de su ciclo vital y contribuye a la instrumentalización del cuerpo de la mujer, al considerar a esta principalmente como un medio de reproducción.

34. Muchas niñas están expuestas a muy diversas prácticas que son perjudiciales para su salud y su bienestar, como la mutilación genital, la discriminación en la asignación de alimentos, lo que da lugar a la malnutrición, y la discriminación en el acceso a atención médica profesional. Además, el matrimonio precoz y el embarazo en la adolescencia tienen efectos duraderos en la integridad física y la salud mental de las niñas. A escala mundial, el embarazo y el parto considerados conjuntamente son la segunda causa de muerte de las niñas de 15 a 19 años de edad, es decir, que son las más expuestas al riesgo de morir o sufrir lesiones graves para toda la vida a consecuencia del embarazo. Por ejemplo, hasta el 65% de las mujeres con fístula obstétrica, una afección gravemente discapacitante que a menudo provoca exclusión social, presentan esta afección en la adolescencia.

35. Las adolescentes están particularmente expuestas a la violencia por razón de género tanto en la familia como de camino a la escuela o en la escuela, con efectos sumamente negativos para su salud física y mental. En su resolución 70/137, la Asamblea General exhortó a todos los Estados a mejorar la seguridad de las niñas en las escuelas y en su desplazamiento a los centros escolares, tomando medidas para lograr que todas las escuelas sean accesibles, seguras y libres de violencia, y facilitando instalaciones sanitarias separadas y adecuadas que proporcionen intimidad y dignidad.

36. En algunos países se aplican elementos disuasorios para que las adolescentes no accedan a la información y los servicios de planificación familiar e interrupción del embarazo que necesitan para proteger su salud y su seguridad y prevenir embarazos no deseados de alto riesgo, por ejemplo exigiendo la autorización de terceros.

37. Durante el embarazo, muchas mujeres están expuestas a la malnutrición debido a la discriminación en la distribución de alimentos. Ello puede dar lugar a un deterioro grave e irreversible de la salud general de la mujer y aumentar el riesgo de parto prematuro, peso bajo al nacer y defectos congénitos en el niño. Después del parto, la discriminación puede seguir afectando a la salud de la mujer, incluso en relación con la lactancia materna. Además, como declaró el Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, la violencia estructural es una barrera que aún no se ha estudiado lo suficiente y que entorpece el disfrute del derecho de la mujer a una alimentación y nutrición adecuadas. La violencia por razón de género, que es una de las principales formas de discriminación, puede impedir que las mujeres tengan acceso a una alimentación y nutrición adecuadas.

38. Las demoras en la búsqueda de atención médica apropiada, en llegar a un centro de salud y en recibir una atención adecuada una vez en él, junto con la falta de acceso a servicios de atención de la salud de la madre, son las principales razones que explican las altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas. Un enfoque basado en los derechos humanos que proporcione un sistema de salud eficaz dotado de suministros, equipo e infraestructura suficientes, así como un sistema eficaz de comunicación, derivación y

transporte son, por lo tanto, indispensables para que no se produzcan estas muertes prevenibles y para asegurar los derechos de la mujer a la salud y a la vida.

39. La salud mental de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio requiere estabilidad en su entorno y apoyo emocional. Los casos de falta de respeto y malos tratos durante el parto en los centros de salud en muchos países dan una imagen muy preocupante del grado en que están expuestas las mujeres a un trato degradante, falta de intimidad e incluso violencia verbal y física. A veces se deniegan a las embarazadas los analgésicos durante el parto o la anestesia durante la interrupción del embarazo por legrado. El uso en algunos países de medidas privativas de libertad o punitivas en lugar de medidas educativas para prevenir las lesiones al feto como resultado del consumo de alcohol o de drogas por las embarazadas adictas es otra manifestación de la discriminación de género.

40. Las mujeres tienen mayor esperanza de vida y son especialmente vulnerables al descuido y al maltrato en la vejez, en particular en entornos sanitarios, y están más expuestas a enfermedades como la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. Un enfoque que tenga en cuenta el género y la edad debe tener presentes las necesidades específicas de atención y protección de las mujeres mayores, incluidas las mujeres viudas, las que viven solas o desplazadas, las que padecen demencia u otra discapacidad, las que necesitan cuidados paliativos y atención geriátrica y las que se encuentran en situaciones de emergencia; esas mujeres corren mayor riesgo de sufrir múltiples formas de discriminación, violencia y pobreza.

41. Además, los problemas relacionados con el envejecimiento afectan a las mujeres de manera desproporcionada a raíz del efecto acumulativo que tienen las prácticas discriminatorias sufridas por las mujeres a lo largo de sus vidas, como describe el Grupo de Trabajo en su informe sobre la discriminación contra la mujer en la vida económica y social (A/HRC/26/39). Las mujeres tienen más probabilidades de cuidar de los hombres y quedar solas sin apoyo conyugal. Al mismo tiempo, tienen más probabilidades de sufrir desventajas económicas, agravadas por sistemas de pensiones discriminatorios que no prevén las mismas prestaciones para las mujeres, y de quedar excluidas de la seguridad social y los planes de seguro médico. Por ello corren mayor riesgo de vivir en condiciones de pobreza. El mero reconocimiento de la igualdad de derechos para todos, sin distinción, no basta para garantizar en la práctica que las mujeres disfruten de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

2. Mujeres que sufren formas de discriminación múltiples y convergentes

42. Reconocer y abordar la naturaleza y las consecuencias de la discriminación múltiple y convergente contra la mujer en las leyes y prácticas nacionales es esencial para proteger la salud y la seguridad de las mujeres. Factores como la situación socioeconómica, la pertenencia a grupos minoritarios o étnicos, la religión, la raza, la orientación sexual, la identidad y la expresión de género, la discapacidad y la diversidad corporal exacerban la discriminación que padecen las mujeres y menoscaban su capacidad para proteger su salud y su seguridad.

Las mujeres y la pobreza

43. El Grupo de Trabajo expresa particular preocupación ante la discriminación que padece la mujer en razón de su situación económica. En sus visitas a los países ha sido testigo de primera mano de que las mujeres que viven en condiciones de pobreza se ven afectadas de forma diferente en su acceso a los servicios de salud, en particular de salud reproductiva y sexual, y la asistencia preventiva.

44. Cada vez preocupa más la feminización de la pobreza y la diferente repercusión de las crisis económicas mundiales, las medidas de austeridad y el cambio climático en la

salud y la seguridad de la mujer. Persiste la desigualdad entre los géneros en todas las regiones, y las mujeres y las niñas siguen estando excesivamente representadas en la población mundial que vive en la pobreza. Las mujeres y las niñas, en particular las que viven en el Sur Global, se ven afectadas de forma desproporcionada por estos rápidos cambios, en detrimento de su salud personal y su bienestar.

Mujeres con discapacidad

45. Las mujeres con discapacidad se enfrentan a obstáculos particulares en el acceso a la atención de la salud por razones de costo, distancia, actitudes discriminatorias y falta de acceso físico o de información. Esto limita gravemente su acceso a la inmunización, los servicios de salud reproductiva y la detección del cáncer. En algunos contextos, las mujeres con discapacidad, en particular discapacidad intelectual, son sometidas a esterilización forzada, a la interrupción del embarazo o a la administración de anticonceptivos a largo plazo; sus familiares o sus médicos toman decisiones en su nombre sin su consentimiento informado, vulnerando con ello su derecho a ejercer su capacidad jurídica tal y como prevé la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

46. Las mujeres con discapacidad son víctimas con frecuencia desproporcionada de actos de violencia infligidos por la pareja, debido a la dinámica de refuerzo mutuo entre el género y la discapacidad.

47. El Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ha instado a los Estados a que velen por que las mujeres con discapacidad participen en condiciones de seguridad en las cuestiones que afectan a sus vidas, especialmente en relación con los derechos sexuales y reproductivos y la violencia por razón de género, incluida la violencia sexual, cuestiones que en un reciente estudio se consideran preocupaciones de la mayor prioridad en el caso de las mujeres y las niñas con discapacidad.

Las mujeres y el VIH/SIDA

48. Las mujeres son desproporcionadamente vulnerables al VIH/SIDA debido a varios factores, incluida la violencia por razón de género y la falta de autonomía para negociar prácticas sexuales seguras y responsables y adoptar decisiones informadas en relación con la salud. Incluso cuando las mujeres que viven con el VIH/SIDA tienen acceso a los servicios de salud, a menudo se enfrentan al estigma y la discriminación por parte de los profesionales de la atención de la salud, con conductas que van desde el abuso hasta la denegación de los servicios. Las leyes, las políticas y las prácticas que impiden que las mujeres que viven con el VIH tengan hijos mediante, por ejemplo, el aborto forzado y la esterilización forzada, constituyen una forma extrema de discriminación.

Mujeres migrantes

49. Las mujeres migrantes a menudo están muy expuestas a ser sometidas por las autoridades o por particulares a todo tipo de violencia, explotación, trata y esclavitud mientras se encuentran en tránsito o privadas de libertad. Esas prácticas pueden constituir trato o pena cruel, inhumano o degradante, o tortura.

50. Las trabajadoras migrantes, especialmente las que están en situación irregular, tienen mayores dificultades para acceder a casi todas las formas de asistencia sanitaria, incluida la atención materna, la atención de urgencia y el tratamiento de enfermedades crónicas y problemas de salud mental, ya que a menudo esos derechos no están reconocidos por la ley o bien porque temen ser detenidas y deportadas. En algunos países, aunque se ha ampliado el acceso legal a la asistencia sanitaria para las mujeres migrantes, todavía no reciben la asistencia médica que necesitan porque los servicios a menudo se niegan a atenderlas.

51. Incluso cuando tienen derecho a atención médica de urgencia, las empleadas domésticas inmigrantes suelen quedar excluidas de los servicios de prevención y de salud reproductiva y sexual, así como de la atención ginecológica y obstétrica, debido a su situación y a la falta de acceso a los seguros o los planes nacionales de salud.

52. Existe un patrón generalizado de abusos físicos, sexuales y psicológicos de las empleadas domésticas inmigrantes. Estas mujeres a menudo están expuestas a riesgos para la salud y la seguridad sin recibir información adecuada ni la debida protección. Además, las condiciones de trabajo y de vida de muchas empleadas domésticas indocumentadas, que equivalen a la esclavitud, y su separación de sus familiares les ocasionan graves problemas de salud, en particular de salud mental.

53. En algunos países las mujeres migrantes pueden ser sometidas a pruebas de embarazo obligatorias a su llegada; si la prueba es positiva, son despedidas o deportadas. Además, en ocasiones se obliga a las trabajadoras domésticas inmigrantes a someterse a pruebas de embarazo durante su empleo; si están embarazadas pierden su puesto de trabajo o han de buscar la forma de interrumpir el embarazo, a veces recurriendo a prácticas peligrosas, especialmente en los países que tipifican como delito el aborto provocado. Algunas mujeres migrantes han sido acusadas de “relaciones sexuales ilícitas” cuando se quedan embarazadas, incluso después de una violación. Son recluidas en centros de detención en condiciones deplorables a la espera de su deportación, o se les imponen penas severas, incluida la pena de muerte, en los países donde las relaciones sexuales fuera del matrimonio están tipificadas como delito.

Mujeres indígenas

54. Las mujeres indígenas experimentan una compleja gama de abusos de los derechos humanos que se refuerzan entre sí, y que está influida por formas interrelacionadas de discriminación y marginación, reforzadas por las estructuras de poder patriarcales y por formas pasadas y presentes de violaciones del derecho a la libre determinación y el control de los recursos. Estas formas concomitantes de discriminación tienen profundas consecuencias para la salud de las mujeres indígenas, especialmente para su salud reproductiva y sexual. El Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas ha informado (véase A/HRC/30/41) sobre los obstáculos a los servicios de salud sexual y reproductiva a que se enfrentan las mujeres indígenas, así como las violaciones de los derechos humanos pasadas y recurrentes en relación con sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, las mujeres indígenas padecen niveles desproporcionadamente más altos de mortalidad materna, las niñas indígenas están excesivamente representadas entre las adolescentes embarazadas y las mujeres indígenas tienen menores tasas de uso de anticonceptivos y tasas más altas de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Históricamente, también ha habido casos de violaciones graves de los derechos de las mujeres indígenas a la salud reproductiva en el contexto de la denegación de los derechos de los pueblos indígenas a la libre determinación y la autonomía cultural. Esas violaciones incluyen la esterilización forzada de mujeres indígenas e intentos de obligar a estas mujeres a tener hijos con hombres no indígenas como parte de políticas de asimilación cultural. Las mujeres indígenas también pueden enfrentarse a obstáculos para acceder a los servicios de prevención que apoyan su derecho a la salud, como las pruebas de detección de cáncer de ovarios y de mama.

55. Los deplorables resultados de salud para las mujeres indígenas están vinculados a decenios de opresión y violaciones de los derechos humanos contra los pueblos indígenas, y en particular contra las mujeres indígenas. Además, los sistemas de salud no indígenas no suelen tener en cuenta el concepto indígena de salud y atención médica, lo que crea barreras al acceso de las mujeres indígenas. Los datos normalmente no captan información sobre las comunidades indígenas, lo que las hace “invisibles”. Incluso cuando existe esa información,

generalmente no está desglosada por sexos. Además, las mujeres indígenas se ven afectadas de manera desproporcionada por la enfermedad debido a su menor capacidad de respuesta causada por la denegación de otros derechos humanos y por la pobreza extrema.

Mujeres rurales

56. Las mujeres rurales se ven especialmente afectadas por los estereotipos y funciones de género patriarcales y son sumamente vulnerables a prácticas nocivas como el matrimonio precoz o forzado y la mutilación genital femenina, así como a la violencia y la pobreza. Estas prácticas repercuten negativamente en su derecho a la salud. Las mujeres de las zonas rurales suelen estar particularmente en desventaja en el acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva.

Mujeres pertenecientes a minorías

57. Como puso de relieve el Relator Especial sobre cuestiones de las minorías (A/HRC/31/56), las mujeres pertenecientes a minorías, incluidas las mujeres afectadas por la discriminación basada en la casta, son particularmente vulnerables a las violaciones de su derecho a la salud, incluida la salud reproductiva y sexual. Las mujeres pertenecientes a grupos de “castas inferiores” son las que presentan los peores resultados sanitarios, especialmente en cuanto a esperanza de vida, acceso a la atención materna, nutrición e incidencia de infecciones. Las mujeres romaníes son objeto de estereotipos degradantes, calificadas de “fecundas” y “promiscuas”; esto aumenta su vulnerabilidad a la violencia por razón de género y a la esterilización forzada.

Orientación sexual e identidad de género de las mujeres

58. En muchos contextos, especialmente en los casos en que están prohibidas las relaciones sexuales consentidas entre personas del mismo sexo, las personas lesbianas, bisexuales y transgénero desisten de acudir a los servicios de salud por miedo a ser detenidas y perseguidas. Incluso en países donde la orientación sexual hacia el mismo sexo no está tipificada como delito, las lesbianas a menudo sufren discriminación y son maltratadas por los proveedores de servicios médicos, lo que las disuade de acudir a los servicios de salud. En algunos contextos, son sometidas a prácticas coercitivas, inhumanas y degradantes, como la violación “correctiva” o de castigo. Las personas transgénero a menudo son sometidas en la ley y en la práctica a intervenciones médicas obligatorias sin tener oportunidad de elegir y tomar una decisión informada. Su identidad de género se considera patológica en muchos países y a menudo son sometidas a exámenes y tratamientos mentales y físicos y obligadas a someterse a “terapias de conversión”. Las necesidades biológicas de las personas transexuales, como servicios médicos relacionados con la transición, exámenes para detectar el cáncer cervicouterino, la interrupción del embarazo y los anticonceptivos, son a menudo negadas por los proveedores de servicios.

Mujeres privadas de libertad

59. Las mujeres detenidas tienen necesidades de salud específicas, en particular en materia de atención de salud mental y reproductiva, que con frecuencia son desatendidas. Muchas veces no existen servicios de prevención relacionados con el cáncer cervicouterino y de mama, y la terapia antirretroviral, incluso para las embarazadas que viven con el VIH/SIDA, está completamente ausente en algunos centros. La falta de acceso adecuado a instalaciones y artículos de higiene para las reclusas es una preocupación típica y crucial en todas las regiones del mundo que pone en peligro la dignidad y la salud de esas mujeres. En algunos países siguen dándose prácticas como encadenar a las reclusas embarazadas durante el parto. Las mujeres detenidas también se enfrentan a la violencia, incluida la violencia sexual, de otros reclusos o del personal.

60. Las reclusas presentan tasas elevadas de problemas de salud mental debido a la violencia y el trauma a los que han estado expuestas y que se ven exacerbados por el encarcelamiento. La preocupación por sus hijos también tiene una repercusión considerable en la salud mental de estas mujeres, especialmente cuando los están alimentando al pecho; la separación de sus hijos les provoca ansiedad y culpabilidad, todo lo cual es motivo de grandes sufrimientos. Las mujeres tienen más probabilidades de autolesionarse o de intentar el suicidio durante la detención que los hombres. El recurso extendido a la administración preventiva de medicamentos psicotrópicos por razones de “seguridad” en esas situaciones es un ejemplo de medicalización excesiva.

D. Instrumentalización del cuerpo de la mujer

61. A lo largo de todo su ciclo vital, el cuerpo de la mujer es instrumentalizado y sus funciones y necesidades biológicas son estigmatizadas y sometidas a un programa patriarcal politizado. Los Estados también han tratado a menudo las mujeres de forma instrumental, como herramientas mediante las que aplicar políticas y programas en materia de población. A veces ello se hace recurriendo a sanciones penales y a menudo con el pretexto de proteger la salud y la seguridad de la mujer y con argumentos culturales o religiosos.

62. Gran parte de la discriminación de la mujer en el acceso a los servicios de salud y los consiguientes problemas de salud prevenibles, incluidas la mortalidad y la morbilidad materna y la esterilidad, puede atribuirse a la instrumentalización del cuerpo de la mujer con fines políticos, culturales, religiosos y económicos.

1. Negación de la autonomía

63. La instrumentalización del cuerpo de la mujer puede hacer que el acceso de las mujeres a la asistencia médica esté condicionado al consentimiento del cónyuge o el tutor varón, lo que puede causar la denegación o la demora del tratamiento, la restricción de la autonomía de la mujer y la denegación de respeto de su intimidad, y el entorpecimiento de su acceso a la atención médica, en particular la atención de la salud sexual y reproductiva. La negación patriarcal de la autonomía de la mujer en la adopción de decisiones conduce a la vulneración de los derechos de esta a la salud sexual y reproductiva, la privacidad, la libre determinación sexual, la integridad física e incluso la vida.

2. Efectos de la preferencia por los hijos varones

64. En las culturas patriarcales, la preferencia por los hijos varones lleva a dar prioridad a la salud de los niños y los hombres en relación con la de las mujeres y las niñas, lo que ha dado lugar a prácticas discriminatorias como el infanticidio femenino. Esto es evidente en las costumbres culturales relativas a los alimentos, que hacen que las niñas y las mujeres, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes, sufran malnutrición de manera desproporcionada.

3. Estereotipos de género nocivos

Cosificación de las mujeres

65. La instrumentalización del cuerpo de la mujer como objeto para fines sexuales y otros fines da lugar a prácticas como los procedimientos cosméticos invasivos. Las dietas de adelgazamiento malsanas, en particular entre las adolescentes, pueden tener desastrosas consecuencias para la salud, entre ellas los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia.

66. Según la OMS, un índice de masa corporal inferior a 16 corresponde a una delgadez extrema. Entre las buenas prácticas cabe citar el establecimiento de normas mínimas de peso para las modelos de alta costura que estén en consonancia con las directrices en materia de salud por medio de leyes y políticas nacionales y/o reglamentos de las agencias de modelos, así como campañas de publicidad que integren la diversidad de formas del cuerpo femenino. Otra buena práctica es el desarrollo de nuevos modelos de muñecas con proporciones corporales correspondientes a las de las mujeres saludables.

Estigmatización de la salud de la mujer

67. La estigmatización es un fenómeno social y cultural profundamente arraigado que se encuentra en la raíz de muchas violaciones de los derechos humanos y hace que grupos enteros de población queden desfavorecidos y excluidos, como ha señalado el Relator Especial sobre el derecho humano al agua potable y el saneamiento (A/HRC/30/39). Las mujeres están expuestas a estereotipos de género nocivos o tabúes sobre funciones naturales y biológicas como la menstruación, la lactancia materna y la menopausia. El diagnóstico de las enfermedades mentales en las mujeres está sesgado con el fin de estigmatizarlas y ha sido utilizado como justificación para ingresar innecesariamente a mujeres en instituciones en contra de su voluntad.

68. La menstruación está señalada por el estigma, condenando a mujeres y niñas al ostracismo y la discriminación. En algunas culturas se considera que las mujeres y las niñas que tienen la menstruación están contaminadas y son impuras, y se les imponen restricciones y prohibiciones durante ese período. Las mujeres y las niñas pueden internalizar el estigma y avergonzarse de hablar sobre la menstruación, incluso cuando no hay restricciones. Viven con falta de privacidad para limpiarse y lavarse, con temor a manchas y olores y con falta de higiene en los retretes o de instalaciones sanitarias separadas en las escuelas.

69. Además, muchas niñas no reciben educación sexual, ni siquiera instrucción sobre el funcionamiento de sus órganos, y los artículos de higiene para la menstruación no existen o son demasiado costosos. Se ven obligadas a utilizar materiales improvisados y antihigiénicos que pueden provocar escapes e infecciones.

70. El estigma y la vergüenza generados por los estereotipos en torno a la menstruación tienen graves repercusiones en todos los aspectos de la vida, la dignidad y el bienestar de las mujeres y las niñas, así como en su derecho a la educación y al empleo, ya que pueden sentirse obligadas a quedarse en casa en lugar de acudir a la escuela o al trabajo cada mes porque no disponen de instalaciones y artículos de higiene adecuados. La caracterización de los dolores menstruales como “neuróticos” tiende a hacer que las mujeres se resistan a pedir ayuda, lo que puede retrasar el diagnóstico, por ejemplo, de una enfermedad tan discapacitante como la endometriosis, en la que el tejido que normalmente crece en el útero prolifera en un lugar anatómico anormal.

71. Los prejuicios que rodean a la menopausia pueden influir en la confianza de las mujeres en la vida profesional y pública, debido a la discriminación en razón de la edad en el lugar de trabajo. En algunas sociedades, esta cuestión se aborda y se comprende mal, en todo caso. La medicalización mediante terapia de sustitución hormonal y la presión sobre las mujeres activas para que la utilicen, incluso cuando existen contraindicaciones médicas, puede tener un efecto perjudicial en la salud mental de las mujeres.

72. Del mismo modo, la instrumentalización y la estigmatización se ponen de manifiesto en relación con la lactancia materna en los espacios públicos y los lugares de trabajo. Aparte del hecho de que a menudo se promueve o se desalienta la lactancia materna por razones económicas, esta práctica puede considerarse inapropiada incluso en países donde está legalmente protegida, lo que expone a las mujeres a un estrés innecesario y a presión

por intimidación y acoso. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la mayoría de los aproximadamente 830 millones de mujeres trabajadoras de todo el mundo no disfrutaban en el lugar de trabajo de políticas que apoyen a las madres lactantes.

4. Patologización y sobremedicalización de las mujeres

73. Considerar que el comportamiento y la fisiología biológica de la mujer, en particular sus funciones reproductivas y su sexualidad, son sintomáticos de problemas médicos refleja una historia de patologización por razón de género. Históricamente, la patologización, la medicalización innecesaria y la institucionalización en centros de salud mental han servido como formas de control social ejercido por los estamentos patriarcales para preservar las funciones de género de la mujer. La patologización del comportamiento de la mujer ha quedado patente en muchos diagnósticos psiquiátricos, que a menudo tienen como objetivo directo la actividad percibida como inmoral, por ejemplo la actividad sexual no convencional o la independencia intelectual como fuente de enfermedades o trastornos mentales.

74. El Grupo de Trabajo está preocupado por el hecho de que muchas leyes y políticas nacionales disponen la sobremedicalización de ciertos servicios que las mujeres necesitan para preservar su salud sin una razón médica justificada. Por ejemplo, se exige que ciertos servicios solo puedan ser prestados por médicos, como la interrupción del embarazo mediante fármacos o la atención obstétrica. En muchos países, las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz. Las cesáreas, cuando están justificadas desde el punto de vista médico, pueden ser cruciales en la prevención de la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, los estudios realizados por la OMS demostraron que practicar la cesárea en más del 10% de las mujeres no conduce a una mejora en las tasas de mortalidad. La tasa de cesáreas del 30% que se da en algunos países demuestra la excesiva medicalización del parto, con los consiguientes riesgos de complicaciones obstétricas y problemas de salud.

75. La medicalización excesiva puede dar lugar a una reducción del acceso o la asequibilidad de los servicios que necesitan las mujeres y un obstáculo para el desarrollo de servicios alternativos adecuados que pueden ser prestados de manera competente por enfermeras, parteras o auxiliares de enfermería, ya sea en centros de salud o a domicilio. Ese “traspaso de tareas”, especialmente en lugares donde hay pocos médicos cualificados, haría que los servicios fueran más accesibles. Del mismo modo, restringir la autorización para el uso de anticonceptivos a un médico supone un obstáculo al acceso. Permitir que los farmacéuticos proporcionen anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, sin necesidad de receta es fundamental para que la disponibilidad sea efectiva, sobre todo para las mujeres o las adolescentes desfavorecidas económicamente.

5. Uso discriminatorio de la legislación penal

76. El uso discriminatorio de la legislación penal, las sanciones punitivas y las restricciones jurídicas para regular el control de las mujeres sobre su propio cuerpo es una forma grave e injustificada de control por parte del Estado. Esto puede incluir disposiciones punitivas en las leyes y los reglamentos penales, civiles y administrativos que regulan las relaciones sexuales extraconyugales consentidas, las relaciones consentidas entre adultos del mismo sexo, las expresiones de género no conformes, el suministro de información y educación sexual y reproductiva, la interrupción del embarazo y la prostitución y el trabajo sexual. La aplicación de esas disposiciones genera estigma y discriminación y vulnera los derechos humanos de las mujeres. Atenta contra la dignidad y la integridad física de la mujer al restringir su autonomía para adoptar decisiones sobre su propia vida y su propia salud.

77. Los Estados también infringen el derecho de las mujeres a la salud y la seguridad cuando se castiga a estas por conductas sexuales o reproductivas que no deberían estar penalmente prohibidas, como el adulterio, la prostitución o la interrupción del embarazo. Los Estados también violan la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes cuando imponen penas como la lapidación y la flagelación.

78. La criminalización de conductas que se atribuyen exclusivamente a las mujeres es intrínsecamente discriminatoria, genera el estigma y lo perpetúa. La amenaza de sanciones penales limita el acceso de la mujer a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva y actúa como elemento de disuasión para los profesionales sanitarios, con lo que se impide el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de salud.

Criminalizar y restringir la prestación y el acceso a servicios seguros y lícitos para la interrupción del embarazo

79. Criminalizar la interrupción del embarazo es una de las formas más perjudiciales de instrumentalizar y politizar el cuerpo y la vida de las mujeres, y las expone a riesgos para su vida o su salud con el propósito de preservar su función como agentes reproductores y privarlas de autonomía en la adopción de decisiones sobre su propio cuerpo. El 40% de las mujeres de todo el mundo están sometidas a leyes restrictivas. En algunos países, las leyes contra el aborto son tan regresivas que las mujeres son encarceladas por haber sufrido un aborto espontáneo, lo que supone un costo intolerable para las mujeres, sus familias y sus sociedades.

80. Como demuestran los datos de la OMS, penalizar la interrupción del embarazo no hace que esta sea menos necesaria. Por el contrario, es probable que aumente el número de mujeres que recurren a soluciones clandestinas y peligrosas. Los países de Europa Septentrional, donde las mujeres conquistaron el derecho a la interrupción del embarazo en los años 70 y 80 y tienen acceso a información y a todos los métodos anticonceptivos, son los que tienen las tasas más bajas de interrupción del embarazo. En última instancia, la criminalización daña gravemente la salud y los derechos humanos de la mujer al estigmatizar un procedimiento médico seguro y necesario. En los países donde el aborto provocado está restringido por la ley o no está disponible, la interrupción segura del embarazo es un privilegio de los ricos; las mujeres con recursos limitados no tienen más remedio que acudir a proveedores y prácticas de riesgo. Esto se traduce en una grave discriminación contra las mujeres económicamente desfavorecidas, extremo que el Grupo de Trabajo ha subrayado durante sus visitas a los países.

81. Es importante recordar que el uso de métodos anticonceptivos eficaces puede reducir la incidencia de los embarazos no deseados. Con todo, los anticonceptivos no pueden eliminar por completo la necesidad de las mujeres de tener acceso a la interrupción del embarazo, por ejemplo en caso de violación. Además, ningún método anticonceptivo es eficaz al 100% para evitar el embarazo.

82. Por otro lado, las restricciones al acceso a la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo y los servicios correspondientes pueden disuadir a las mujeres de buscar atención médica profesional, lo que tiene consecuencias negativas para su salud y su seguridad. Cabe citar como ejemplos de esas restricciones la penalización de los profesionales médicos que prestan esos servicios; la prohibición del acceso a información sobre la interrupción legal del embarazo; el requisito de autorización de uno o más profesionales médicos, un comité hospitalario, un progenitor, un tutor o el cónyuge; la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios sin proporcionar alternativas; la imposición de períodos de espera obligatorios, y la exclusión de los servicios de interrupción del embarazo de la cobertura de los seguros de salud. Ninguno de esos requisitos se justifica por motivos de salud.

83. Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han instado a los Estados a despenalizar el acceso a la interrupción del embarazo y a liberalizar las leyes y políticas con el fin de garantizar el acceso de las mujeres a servicios seguros. Los órganos creados en virtud de tratados, incluido el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, han pedido a los Estados, a través de su jurisprudencia, sus observaciones y recomendaciones generales y sus observaciones finales, que revisen la legislación nacional a fin de despenalizar la interrupción del embarazo y garantizar el derecho de la mujer a la interrupción del embarazo cuando exista una amenaza para su vida o salud, o cuando el embarazo sea consecuencia de una violación o un incesto. El Comité contra la Tortura y el Comité de Derechos Humanos han determinado que, en algunos casos, obligar a una mujer a llevar a término un embarazo no deseado equivale a un trato cruel e inhumano.

Criminalización de las mujeres que ejercen la prostitución

84. Algunas leyes penales y otras normas punitivas imponen penas privativas de libertad a las mujeres que ejercen la prostitución y el trabajo sexual en una forma que ha demostrado perjudicarlas en lugar de protegerlas. El Grupo de Trabajo considera que la penalización de las mujeres que ejercen la prostitución y el trabajo sexual las coloca en una situación de injusticia, vulnerabilidad y estigmatización y es contraria al derecho internacional de los derechos humanos. Señala que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer exhorta a prohibir la explotación de la prostitución y no a castigar a las mujeres que se dedican a la prostitución y el trabajo sexual; la posición bien establecida del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de que las mujeres no deben ser penalizadas por ejercer la prostitución; y la estipulación en el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Protocolo de Palermo), de que deben hacerse esfuerzos para desalentar la demanda que promueve todas las formas de explotación de la mujer, incluida la trata con fines de explotación sexual.

85. Las organizaciones internacionales y los órganos de derechos humanos han instado a los Estados a que garanticen, como mínimo, que las mujeres que ejercen la prostitución y las trabajadoras sexuales tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual; a no ser sometidas a la violencia o la discriminación, ya sean cometidas por agentes del Estado o por particulares; y a recibir protección de la ley en condiciones de igualdad. En particular, los Estados también deben velar por que los agentes del orden cumplan una función protectora, en lugar de ejercer o perpetuar la violencia contra la mujer que se dedica a la prostitución y el trabajo sexual. Varios Estados han introducido normas que abarcan cuestiones de salud y seguridad, incluido el acceso a los servicios de salud, el seguro médico y las prestaciones de seguridad social, que han tenido efectos positivos en las mujeres que ejercen la prostitución y el trabajo sexual.

E. Acceso autónomo, asequible y efectivo a la asistencia sanitaria

1. Acceso autónomo

86. El acceso autónomo a la asistencia sanitaria significa garantizar el derecho de la mujer a tomar decisiones relacionadas con su salud, sexualidad y fecundidad sin sufrir coacción ni violencia. La clave para ello es el concepto de la libertad de elección. El derecho al consentimiento informado y a la confidencialidad es crucial para asegurar que las mujeres puedan tomar decisiones libremente. Estos derechos imponen las correspondientes obligaciones a los servicios de salud, que están obligados a informar sobre los tratamientos y alternativas propuestos con el fin de ayudar en el consentimiento

informado y respetar el derecho a rechazar el tratamiento; asimismo, están obligados a mantener la confidencialidad para que las mujeres puedan tomar decisiones privadas sin injerencia de otras personas a las que han optado por no consultar y que podrían no desear lo mejor para ellas. La autonomía significa que una mujer que solicita servicios en relación con su salud, su sexualidad o su fecundidad tiene derecho a ser tratada como un individuo por derecho propio, la única beneficiaria del servicio prestado por el profesional sanitario y plenamente competente para tomar decisiones acerca de su propia salud. Se trata, entre otras cosas, del derecho de la mujer a la igualdad ante la ley.

2. Asistencia sanitaria asequible

87. Incluso cuando se están librando recursos en cantidad importante para proporcionar atención sanitaria universal, en muchos países las mujeres aún no acceden en condiciones de igualdad a servicios sanitarios de calidad. Muchas veces esto es así porque los servicios de salud que solo necesitan las mujeres están excluidos de la cobertura de los seguros y no tienen un precio asequible.

88. Las mujeres económicamente desfavorecidas que carecen de recursos para acceder a servicios médicos privados se ven desproporcionadamente afectadas por las barreras que impone la carestía de los servicios. Por lo tanto, es importante que los Estados velen por que toda la asistencia sanitaria sea asequible y para eliminar las restricciones legales que en la práctica discriminan contra las mujeres en situación de desventaja económica.

89. Muchas veces la asistencia sanitaria no es asequible debido al carácter discriminatorio de la cobertura del seguro médico. Algunas políticas y programas de seguro médico excluyen diversos aspectos de la atención de la salud reproductiva, como los anticonceptivos modernos, los servicios de interrupción del embarazo y la atención a la madre. Como alternativa, algunos planes de seguro médico privados cubren las necesidades de salud reproductiva de la mujer pero añaden un recargo a las primas que cobran a las mujeres. La buena práctica incluye medidas que desalientan a las compañías de seguros de cobrar primas más elevadas a las mujeres que a los hombres por el seguro médico, por la percepción de que sus necesidades en materia de salud reproductiva entrañan costos mayores.

90. Se necesitan fondos públicos para subvencionar los servicios de atención primaria, que incluyan los medicamentos, los anticonceptivos, la interrupción legal del embarazo y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Esos servicios deben ser asequibles y, en el caso de las mujeres económicamente desfavorecidas, gratuitos. Los cobros “no oficiales” o las aportaciones de los usuarios a los servicios de asistencia sanitaria aumentan el riesgo de que esas mujeres desistan de acudir a los servicios o recurran a servicios deficientes, quizá prestados por proveedores sin calificaciones.

91. Entre las buenas prácticas figuran las de incluir en la lista de medicamentos esenciales todos los recomendados para la salud de la mujer en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, subvencionar, para todas las mujeres, los costos de los servicios relacionados con la salud de la mujer y otorgan subvenciones a las mujeres de una edad o unos ingresos determinados.

92. El costo inasequible de los medicamentos también está estrechamente vinculado a las leyes de propiedad intelectual, muchas de las cuales imponen patentes exclusivas para los nuevos medicamentos durante largos períodos. Sin embargo, las leyes de propiedad intelectual que no abordan las necesidades médicas de la mujer obstaculizan el acceso a los medicamentos al hacer aumentar los precios y al entorpecer la producción y distribución de medicamentos genéricos de bajo costo. El derecho a la salud requiere que los Estados aseguren que las empresas farmacéuticas que poseen una patente sobre medicamentos y

dispositivos médicos esenciales utilicen todos los mecanismos de que disponen para poner los medicamentos al alcance de todos.

3. Acceso efectivo

La objeción de conciencia en la prestación de servicios de salud

93. La deficiente regulación de la objeción de conciencia supone un obstáculo para las mujeres cuando ejercen su derecho a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Según la jurisprudencia de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, en los casos en que se permite la objeción de conciencia, los Estados siguen teniendo la obligación de velar por que no se limite el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva y por que la objeción de conciencia sea una práctica personal y no institucional.

94. Varios países disponen de garantías jurídicas que protegen a la mujer en caso de que se les deniegue la atención por motivos de conciencia. Incluyen el requisito de derivación a proveedores que no ejerzan esa objeción, el registro o la notificación por escrito al empleador y/o un órgano gubernamental, la revelación de información a los pacientes sobre la condición de objetor de conciencia del proveedor, la prestación de servicios en casos de emergencia, y la restricción del derecho a la objeción de conciencia a las personas directamente implicadas en la intervención médica y no las instituciones o los agentes involucrados indirectamente, como los farmacéuticos. El Grupo de Trabajo reitera que el disfrute del derecho a la libertad de religión o de creencias no puede utilizarse para justificar la discriminación por motivos de género y, por lo tanto, no debe considerarse como una justificación para obstaculizar el ejercicio del derecho de las mujeres al más alto nivel posible de salud.

Educación e información

95. En muchos países las restricciones del acceso de niñas y mujeres a una educación de calidad e imparcial, incluida una educación sexual completa y basada en pruebas, e información sobre dónde y cómo obtener servicios de salud esenciales impiden a las mujeres tomar decisiones libres e informadas en relación con su salud y su seguridad y, por tanto, obstaculizan un acceso adecuado e informado a la asistencia sanitaria. Esto es particularmente cierto en el caso de las adolescentes y las mujeres marginadas que afrontan formas de discriminación múltiples y convergentes. Esas restricciones son manifestaciones de censura que limitan la libertad de elección de las mujeres y las niñas.

96. Los Estados tienen la obligación de proporcionar educación, uno de cuyos objetivos es facilitar el acceso a conocimientos científicos y técnicos. Esto es de crucial importancia en lo que se refiere a las cuestiones de la sexualidad, la reproducción y la educación sanitaria. Los Estados tienen la obligación de permitir que la información sobre cuestiones de salud circule libremente, sin interferir aduciendo motivos de moral u otros motivos. Ello también abarca la posibilidad de que agentes no estatales difundan información, en particular en relación con la sexualidad y los servicios de salud sexual y reproductiva. Con todo, los Estados también tienen la obligación de abordar y eliminar los estereotipos de género perjudiciales y erróneos que contribuyen a vulnerar el derecho de la mujer a la salud y la seguridad.

97. Un número cada vez mayor de Estados de todo el mundo han confirmado su compromiso con la educación sexual integral como prioridad esencial para alcanzar los objetivos en materia de desarrollo nacional, salud y educación. En su resolución 70/137, la Asamblea General exhortó a todos los Estados a que elaboren e implanten programas educativos y material didáctico, así como programas de educación y capacitación de profesores para la enseñanza académica y no académica, que incluyan una educación

integral sobre sexualidad humana basada en datos empíricos e información completa y precisa, para todos los adolescentes y los jóvenes con el fin de modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres de todas las edades; eliminar los prejuicios, y promover y crear aptitudes de comunicación, reducción de riesgos y adopción de decisiones para entablar relaciones respetuosas basadas en la igualdad entre los géneros y los derechos humanos.

IV. Conclusiones y recomendaciones

98. En el contexto de la salud y la seguridad de las mujeres y las niñas, la igualdad implica prestarles servicios, tratamiento y medicamentos diferenciados, acordes con sus necesidades biológicas específicas, durante todo su ciclo vital. En muchos países se produce una exclusión y una desatención de carácter discriminatorio de la mujer a la hora de proporcionarles el más alto nivel posible de salud. La discriminación resulta particularmente evidente en relación con el derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva. Se agrava en el caso de las mujeres pertenecientes a grupos marginados. La discriminación contra las mujeres y las niñas que conduce a la vulneración de su derecho a la salud y la seguridad les niega su derecho a la dignidad humana.

99. El Grupo de Trabajo observó que la instrumentalización y politización de las funciones biológicas de la mujer en muchos países somete la legislación y las políticas relativas a la salud y la seguridad de las mujeres y las niñas a prioridades patriarcales, especialmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva y la salud mental. El Grupo de Trabajo encontró en todas las regiones manifestaciones de instrumentalización, tabúes sobre la menstruación y la lactancia materna y estereotipos que dan lugar a prácticas nocivas como la mutilación genital femenina o que tienen efectos negativos en la imagen corporal de la mujer, que la llevan a recurrir a procedimientos cosméticos invasivos.

100. En muchos países el acceso de las mujeres a los servicios de salud no es autónomo, asequible y eficaz, características esenciales para que los Estados respeten, protejan y hagan efectivos los derechos de las mujeres y niñas a la vida, la salud, la privacidad, la igualdad y la dignidad humana. Una de las principales barreras es la falta de asequibilidad a consecuencia de la exclusión del seguro de los tratamientos que necesitan específicamente las mujeres y las niñas, o la exclusión de ciertos grupos de mujeres, como las migrantes. Los precios inasequibles discriminan gravemente a las mujeres que viven en la pobreza. Entre las barreras también cabe citar los requisitos legales restrictivos, la prestación de servicios sesgada y estigmatizada y la objeción de conciencia en la prestación de servicios.

101. Los servicios de salud son prestados por diversos agentes, estatales y no estatales. Todos ellos tienen alguna forma de responsabilidad en lo que se refiere a dar acceso a las mujeres en condiciones de igualdad al más alto nivel posible de salud, en particular con respecto a su salud sexual y reproductiva. El Estado tiene la obligación de ejercer la diligencia debida para asegurar que los agentes privados no discriminen contra la mujer.

102. El resultado de las diversas formas de discriminación contra la mujer en la prestación de servicios de salud es el costoso y trágico fenómeno de la mala salud de la mujer por causas prevenibles.

A. Recomendaciones generales

103. El Grupo de Trabajo insta al Consejo de Derechos Humanos a que exhorte a los Estados a adoptar todas las medidas necesarias para respetar, proteger y satisfacer el derecho de la mujer a disfrutar del más alto nivel posible de salud en todo el mundo, en particular con respecto a su salud sexual y reproductiva, y a dedicar atención prioritaria a un examen exhaustivo de la situación, incluso convocando un foro apropiado para abordar esta cuestión fundamental.

104. El Grupo de Trabajo exhorta a todos los Estados Miembros a que reafirmen y respeten los compromisos contraídos en Beijing y El Cairo y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para aplicar las amplias disposiciones relativas a la salud de las mujeres en los acuerdos que aprobaron, y a que elaboren leyes, políticas y programas nacionales en el marco de las normas internacionales de derechos humanos.

B. Igualdad y no discriminación

105. El Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones a los Estados:

a) Aplicar las normas de derechos humanos y los principios de igualdad, no discriminación y empoderamiento de la mujer como marco de todas las intervenciones relativas a la salud y la seguridad de la mujer;

b) Guiarse por un enfoque del derecho de la mujer a la igualdad que exige un trato diferenciado en la salud, en particular y más allá de su salud sexual y reproductiva, en la elaboración de medidas de política y la asignación de recursos;

c) Tener en cuenta los efectos de la seguridad de las mujeres en su salud física y mental y proteger a las mujeres y las niñas de la violencia en el hogar, en el camino a la escuela y en la escuela, en otros espacios públicos y en los centros de salud;

d) Adoptar un enfoque integral de la salud y la seguridad de la mujer considerando su ciclo vital completo, desde la infancia hasta la vejez, como etapas interrelacionadas con consideraciones y necesidades específicas, y en este sentido:

i) Adoptar medidas eficaces para impedir el matrimonio infantil y los embarazos de adolescentes y proporcionar a las niñas una educación integral basada en pruebas científicas sobre cuestiones de salud, incluida la sexualidad;

ii) Hacer frente a la discriminación de género que existe en algunas culturas en el suministro de alimentos a las niñas, incluso mediante el empoderamiento de las mujeres y las niñas;

iii) Permitir que las niñas y adolescentes embarazadas interrumpan los embarazos no deseados, como medida de igualdad y de salud, a fin de que puedan completar su educación escolar y de protegerlas del alto riesgo que supone para su vida y su salud llevar a término el embarazo, entre otras cosas por fístula obstétrica;

iv) Reducir la mortalidad y la morbilidad maternas asegurando la adecuada atención prenatal y durante el parto y el puerperio, incluso, cuando sea necesario, la interrupción del embarazo en condiciones seguras;

v) Reducir la elevada incidencia de la mortalidad materna entre las mujeres con VIH/SIDA, tanto previniendo la infección, en particular de las mujeres que ejercen la prostitución y las trabajadoras del sexo, como

suministrando preservativos gratuitos y seguros y tratamiento antirretroviral para las embarazadas;

vi) Proporcionar una nutrición adecuada y servicios gratuitos para las mujeres embarazadas y lactantes, de acuerdo con lo solicitado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer;

vii) Asegurar que las leyes, políticas y prácticas exijan el respeto de la autonomía de las mujeres en la adopción de decisiones, especialmente en relación con el embarazo, el parto y la atención posnatal;

viii) Proporcionar a las mujeres de edad servicios médicos que tengan en cuenta las cuestiones de género y de edad, así como su mayor vulnerabilidad en materia de salud y seguridad;

e) Proporcionar servicios especiales de protección y apoyo a las mujeres que padecen múltiples formas de discriminación, y en este sentido:

i) Velar por que los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, para las mujeres con discapacidad estén disponibles y sean accesibles en pie de igualdad con los demás, y por que su autonomía y su adopción de decisiones, también en lo que respecta a su sexualidad y reproducción, estén garantizadas de conformidad con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;

ii) Proporcionar cobertura sanitaria a las mujeres migrantes y las trabajadoras domésticas, cuya salud sexual y reproductiva, atención preventiva y protección contra la violencia por razón de género se ven de otro modo perjudicadas;

iii) Asegurar prestaciones, derechos y protección en los aspectos sanitarios y sociales sin discriminación a las personas lesbianas, bisexuales y transexuales;

iv) Dar acceso a los servicios de salud preventivos y terapéuticos a las mujeres reclusas, en particular en relación con el cáncer cervicouterino y de mama, los anticonceptivos, la terapia antirretroviral y la transición de género, y adoptar todas las medidas necesarias para protegerlas de la violencia;

v) Hacer que las penas no privativas de libertad para embarazadas y mujeres con hijos a cargo se ajusten a las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok).

C. Instrumentalización del cuerpo de la mujer

106. El Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones a los Estados:

a) Tomar medidas para combatir y eliminar, en la legislación y las políticas, las prácticas culturales y los estereotipos sociales, y todas las formas de instrumentalización del cuerpo y las funciones biológicas de la mujer;

b) Eliminar los estereotipos de género nocivos, que pueden conducir a la anorexia y la bulimia y a someterse a procedimientos cosméticos invasivos;

c) Impedir la exclusión de los espacios públicos durante la menstruación o la lactancia materna e impedir la discriminación en relación con la menopausia en el lugar de trabajo;

d) **Adoptar y aplicar medidas enérgicas y eficientes para impedir la mutilación genital femenina y otras prácticas nocivas;**

e) **Despenalizar los comportamientos sexuales y reproductivos que se atribuyen exclusiva o principalmente a las mujeres, como el adulterio y la prostitución, y la interrupción del embarazo;**

f) **Luchar contra los estereotipos y empoderar a las niñas para que cuiden de su propia salud y seguridad desde una edad temprana, tanto en la escuela como en el hogar, e informar y empoderar a las mujeres en relación con su propio cuerpo en todas las etapas de su vida;**

g) **Reglamentar los servicios de maternidad para asegurar que se respeten la autonomía, la intimidad y la dignidad humana de la mujer, incluido el respeto de la libertad de elección de la mujer respecto del parto en el hogar siempre que no haya contraindicaciones médicas concretas;**

h) **Evitar la instrumentalización de la mujer en el proceso del parto y asegurar que se impongan sanciones en caso de violencia ginecológica u obstétrica, como practicar cesáreas abusivas, negarse a dar a las mujeres analgésicos durante el parto o a realizar una interrupción quirúrgica del embarazo, y practicar episiotomías innecesarias;**

i) **Utilizar alternativas educativas y sociales en lugar de medidas de privación de libertad o punitivas para prevenir las lesiones al feto como resultado del consumo de drogas o alcohol durante el embarazo;**

j) **Vigilar y evitar la utilización de la salud mental para institucionalizar la mujer innecesariamente como mecanismo de control social.**

107. En cuanto a la atención de la salud sexual y reproductiva, el Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones a los Estados:

a) **Abolir la prohibición de los métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de urgencia, y facilitar el acceso a anticonceptivos modernos y asequibles.**

b) **Derogar las leyes y políticas restrictivas en relación con la interrupción del embarazo, especialmente en los casos de riesgo para la vida o la salud, incluida la salud mental, de la embarazada, violación, incesto y deterioro irreversible del feto, reconociendo que dichas leyes y políticas en cualquier caso afectan principalmente a las mujeres que viven en condiciones de pobreza de forma sumamente discriminatoria.**

c) **Reconocer el derecho de la mujer a no tener embarazos no deseados y asegurar el acceso a medidas asequibles y eficaces de planificación familiar. Observando que muchos países donde las mujeres tienen derecho al aborto voluntario con apoyo de medidas de planificación familiar asequibles y eficaces, tienen las tasas de aborto más bajas del mundo, los Estados deben permitir a las mujeres poner fin a un embarazo de forma voluntaria durante el primer trimestre, o más tarde en los casos concretos antes mencionados.**

d) **Abandonar el recurso al derecho penal para castigar a la mujer por poner fin a un embarazo, y proporcionar a las mujeres y las niñas tratamiento médico en caso de aborto espontáneo y de complicaciones de abortos practicados en condiciones no seguras.**

e) Eliminar los obstáculos discriminatorios al acceso a la interrupción legal del embarazo que no se basen en las necesidades médicas, como los plazos de espera antes de llevar a la práctica la decisión de poner fin a un embarazo, los requisitos de autorización para los centros y el personal de salud reproductiva, y las interpretaciones indebidamente restrictivas de los fundamentos jurídicos para la interrupción del embarazo.

D. Acceso autónomo, asequible y efectivo a la asistencia sanitaria

108. El Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones a los Estados:

a) Garantizar que el acceso a la asistencia sanitaria sea autónomo, asequible y efectivo.

b) Abordar los factores subyacentes que anulan la autonomía de la mujer en la adopción de decisiones sobre su propia vida, su salud o su cuerpo, por medio de la educación, el suministro de información y mecanismos de vigilancia para garantizar que se respete su autonomía en todos los niveles del sistema sanitario.

c) Anular la condición de que el acceso de las mujeres y las niñas a la asistencia sanitaria dependa de la autorización de terceros.

d) Impartir capacitación a los proveedores de servicios de salud, en particular sobre la igualdad de género y la no discriminación, el respeto de la dignidad y los derechos de la mujer y el reconocimiento de la medicina alternativa.

e) Proporcionar cobertura de seguro médico sin discriminación a las mujeres, sin imponer recargos para la cobertura de su salud sexual y reproductiva.

f) Incluir el uso de métodos anticonceptivos de elección, la atención preventiva y el tratamiento del cáncer cervicouterino y el cáncer de mama, la interrupción del embarazo y los servicios de maternidad en la atención sanitaria universal o subvencionar la administración de esos tratamientos y medicamentos para asegurarse de que sean asequibles.

g) Restringir la objeción de conciencia al proveedor directo de la intervención médica y permitir la objeción de conciencia solo cuando se pueda encontrar una alternativa para que la paciente tenga acceso al tratamiento en el plazo necesario para la ejecución del procedimiento.

h) Actuar con la debida diligencia para asegurar que los diversos agentes y empresas y proveedores sanitarios que prestan servicios de salud o producen medicamentos lo hagan de forma no discriminatoria y establecer directrices en sus códigos de conducta en relación con la igualdad de trato de las pacientes.

i) Proporcionar a las niñas y los niños una educación sexual apropiada para la edad, integral e inclusiva basada en pruebas científicas y en los derechos humanos, como parte de los programas de enseñanza obligatoria. La educación sexual debe prestar particular atención a la igualdad de género, la sexualidad, las relaciones, la identidad de género, en particular las identidades de género no conformes, y la paternidad y el comportamiento sexual responsables a fin de prevenir los embarazos precoces y las infecciones de transmisión sexual.

j) Velar por que las normas que figuran en las presentes recomendaciones sean observadas y aplicadas por todos los proveedores de servicios médicos, públicos o privados, y lograr la participación de hombres y mujeres, según proceda, en los esfuerzos encaminados a prevenir la discriminación, los estereotipos y la instrumentalización del cuerpo y las funciones biológicas de la mujer.
