

ROMPIENDO BARRERAS

Órganos de supervisión de los tratados
sobre los derechos reproductivos

2020–2024

CENTER *for*
REPRODUCTIVE RIGHTS

Este cuadernillo resume la jurisprudencia de los órganos de supervisión de los tratados de las Naciones Unidas (ONU) sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, con particular atención al acceso a información sobre salud reproductiva y anticoncepción, salud materna, aborto y cuestiones emergentes en el derecho internacional de los derechos humanos. Su objetivo es proporcionar a las personas expertas de los órganos de tratados y defensoras de derechos humanos información concisa y accesible sobre los estándares que están adoptando los órganos de tratados en torno a estos derechos. Esta es la quinta edición de esta publicación y cubre hasta julio de 2024.

Agradecemos a la oficina de Bogotá de la firma Baker & McKenzie por la generosa contribución de la traducción pro-bono del presente reporte del inglés al español, facilitando así su accesibilidad a una audiencia más amplia.

Este proyecto ha sido en parte posible gracias al generoso apoyo de Global Affairs Canada (GAC).

© 2024 Centro de Derechos Reproductivos

Center for Reproductive Rights
199 Water Street, 22nd Floor
New York, NY 10038
United States
Tel +1 917 637 3600
Fax +1 917 637 3666

reproductiverights.org

Tabla de Contenido

Glosario	ii
Introducción: Los derechos reproductivos en su contexto.....	1
I. Salud sexual y reproductiva: Estándares de derechos humanos	3
a. Estándares generales.....	3
b. Derecho a información y servicios anticonceptivos	5
c. Capacidad y consentimiento de personas adolescentes	7
d. Derecho a la información y educación en materia de salud sexual y reproductiva	9
e. Derecho a la atención en salud materna	11
f. Derecho al aborto	13
g. Rendición de cuentas por violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos	23
II. Igualdad y no discriminación, autonomía corporal y determinantes sociales de la salud	24
a. Igualdad y no discriminación / discriminación interseccional	24
b. Restricciones a la autonomía corporal y los derechos reproductivos.....	28
III. Temas de especial interés	32
a. Técnicas de reproducción asistida y gestación subrogada.....	32
b. Salud sexual y reproductiva en zonas de conflicto, situaciones de crisis y contextos humanitarios	34
c. COVID-19	36
d. La crisis climática y la salud y los derechos sexuales y reproductivos.....	38
IV. Recomendaciones	40

Glossary

TRA	Técnicas de reproducción asistida
Comité CAT (por sus siglas en inglés)	Comité contra la Tortura
Comité CEDAW (por sus siglas en inglés)	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
Comité CERD (por sus siglas en inglés)	Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial
Comité CRC (por sus siglas en inglés)	Comité de los Derechos del Niño
Comité CRPD (por sus siglas en inglés)	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
DIH	Derecho internacional humanitario
DIDH	Derecho internacional de los derechos humanos
OSIEGCS	Orientación sexual, identidad y expresión de género, y características sexuales
SSR	Salud sexual y reproductiva
SDSR	Salud y derechos sexuales y reproductivos
ITS	Infección de transmisión sexual
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud

Salvo que se indique lo contrario, el término “mujeres” abarca a mujeres y niñas, así como a otras personas con diversas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, y características sexuales (OSIEGCS).

Introducción: Los derechos reproductivos en su contexto

La salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) implican un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades se encuentra el derecho a tomar decisiones y hacer elecciones libres y responsables—libres de violencia, coacción y discriminación—en relación con el propio cuerpo y la salud sexual y reproductiva (SSR).¹ Los derechos incluyen el acceso sin obstáculos a una amplia gama de instalaciones de salud, bienes, servicios e información, lo que garantiza que todas las personas puedan disfrutar plenamente del derecho a la SSR.² Los derechos humanos centrales para la garantía de la SDSR incluyen el derecho a la vida, el derecho a no sufrir torturas u otros malos tratos, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el derecho a la intimidad, el derecho a la información y a la educación, el derecho a decidir el número de hijos, el intervalo entre sus nacimientos y el momento de tenerlos, y la prohibición de la discriminación.

Este cuadernillo resume las observaciones finales, las observaciones y recomendaciones generales y dictámenes adoptados por los órganos de supervisión de los tratados de las Naciones Unidas (ONU) sobre SDSR.³ El mandato de los órganos de supervisión es interpretar las obligaciones de los Estados y hacer que rindan cuentas en virtud de los tratados de derechos humanos de la ONU. Estos órganos desempeñan un papel decisivo en la promoción de la protección de la SDSR a través de sus investigaciones de país, observaciones y recomendaciones generales, denuncias individuales e investigaciones especiales.

Tratados internacionales relevantes de derechos humanos y sus órganos de supervisión

Tratado	Órgano de Supervisión
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	Comité CAT (por sus siglas en inglés)
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Comité CEDAW (por sus siglas en inglés)
Convención sobre los Derechos del Niño	Comité CRC (por sus siglas en inglés)
Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	Comité CRPD (por sus siglas en inglés)
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Comité CERD (por sus siglas en inglés)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Comité de Derechos Humanos o CCPR (por sus siglas en inglés)
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Comité CESC (por sus siglas en inglés)

Durante los últimos cuatro años (2020-2024) los órganos de supervisión de los tratados han continuado ampliando el alcance de observaciones y recomendaciones generales ya existentes, elaborado nuevas, y emitido dictámenes en casos concretos relacionados con los derechos reproductivos. Por ejemplo, la Recomendación General No. 39 sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW, por su sigla en inglés) en 2022, se centra en la protección de las personas que se enfrentan a formas de discriminación interseccional y es fundamental para comprender las amenazas actuales y las barreras de larga data a la SDR.⁴ Mientras tanto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité CDESCR, por su sigla en inglés) en su Observación General No. 25 sobre el derecho a beneficiarse del progreso científico, publicada en 2020, hace un llamado para que los Estados garanticen el acceso a los medicamentos para el aborto.⁵ Del mismo modo, el Comité de los Derechos del Niño (Comité CRC, por su sigla en inglés) en su primera decisión sobre aborto en el caso *Camila c. Perú*, recomendó a Perú despenalizar el aborto en todos los casos de embarazo infantil, garantizar el acceso de niñas embarazadas a servicios de aborto seguro y proporcionar atención posaborto.⁶ La decisión del Comité CEDAW en el caso *S.H. c. Bosnia y Herzegovina* también estableció estándares importantes para proteger el derecho a la salud y el acceso a la justicia de las sobrevivientes de violencia sexual en contextos de conflicto.⁷

Varias observaciones y recomendaciones están en curso y se espera que se publiquen el próximo año, incluida la Recomendación General No. 37 del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (Comité CERD, por su sigla en inglés).⁸ Se espera que esta Recomendación General impulse los estándares sobre SDR, incluidos los ya establecidos en la Observación General No. 22 del Comité CDESCR sobre el derecho a la SSR⁹ y su Observación General No. 14 sobre el derecho a la salud,¹⁰ y aclare la obligación de los Estados de abordar la discriminación racial y su impacto en el derecho a la salud en general y a la SDR en particular desde una perspectiva interseccional. Del mismo modo, el Comité CEDAW está trabajando en la Recomendación General No. 40 sobre la representación igualitaria e inclusiva de la mujer en los sistemas de adopción de decisiones, que aborda el vínculo entre la participación incluyente en los sistemas de toma de decisiones políticas, la autonomía corporal y la atención a la salud de las mujeres.¹¹ El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CRPD, por su sigla en inglés) también está trabajando en dos observaciones generales: una centrada en las obligaciones de los Estados ante situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, y otra sobre el impacto de estas situaciones en las personas con discapacidad.¹²

En este cuadernillo, que resume los principales estándares de SDR establecidos por los órganos de supervisión de los tratados, se examinan nuevas observaciones finales, dictámenes, recomendaciones y observaciones generales emitidas entre 2020 y 2024, al tiempo que se destacan, cuando procede, estándares establecidos desde hace tiempo. Está estructurado en tres capítulos temáticos. El capítulo uno describe los estándares generales de derechos humanos en materia de SSR. El capítulo dos se centra específicamente en la igualdad, la no discriminación,

la autonomía corporal y los determinantes sociales de la salud. El capítulo tres presenta temas especialmente relevantes que requieren una atención en profundidad, como las técnicas de reproducción asistida (TRA) y la gestación subrogada; el acceso a los servicios de SSR en zonas de conflicto y en situaciones humanitarias y de crisis; el COVID-19; y la crisis climática. El cuadernillo concluye con recomendaciones específicas sobre cómo los órganos de supervisión de los tratados pueden seguir impulsando los estándares en materia de SDSR.

I. Salud sexual y reproductiva: Estándares de derechos humanos

a. Estándares generales

Como todos los derechos humanos, la SDSR son indivisibles e interdependientes. Esto significa que no pueden disfrutarse plenamente sin otros derechos humanos, incluyendo los derechos económicos, sociales y culturales (como los derechos a la educación, el empleo, la vivienda y el agua) y los derechos civiles y políticos que protegen la integridad física y mental de las personas y su autonomía (como los derechos a la vida, la libertad y la seguridad de la persona; a no ser sometido a tortura ni a otros tratos crueles, inhumanos o degradantes; a la intimidad y el respeto de la vida familiar; y a la no discriminación y la igualdad).¹³ La SDSR es parte integral del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, establecido en las Observaciones Generales No. 14 sobre el derecho a la salud y No. 22 sobre el derecho a la SSR del Comité CDESCR. El derecho a la SSR, como parte del derecho a la salud, contiene cuatro elementos interrelacionados y esenciales, que se describen a continuación:¹⁴

- **Disponibilidad:** Debe haber un número adecuado de instalaciones, servicios, bienes y programas de atención de salud en funcionamiento para proporcionar la gama más completa posible de servicios de SSR. Los Estados deben garantizar que dichas instalaciones cuenten con los determinantes básicos necesarios para brindar una atención en SSR de calidad, incluyendo agua potable y segura, instalaciones de salud adecuadas, hospitales y clínicas¹⁵ dotados de personal médico y profesional capacitado, y proveedores calificados y formados en atención en SSR.¹⁶ Los Estados también deben garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales, como preservativos y anticonceptivos de emergencia, medicamentos para el aborto y para la atención posaborto, y medicamentos para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH.¹⁷
- **Accesibilidad:** Las instalaciones de salud, los bienes, la información y los servicios relacionados con la atención en SSR¹⁸ deben estar garantizados y ser accesibles para todos, sin discriminación ni barreras. La accesibilidad incluye la accesibilidad física, la asequibilidad y la accesibilidad de la información.¹⁹

La accesibilidad física indica que los servicios de SSR deben estar al alcance físico y geográfico de todos para que las personas que lo necesiten puedan recibir los servicios e información oportunos. Garantizar la accesibilidad física incluye la dotación de recursos para atender las necesidades específicas de grupos desfavorecidos, marginalizados y de personas que viven en zonas rurales y remotas.²⁰

La asequibilidad requiere que los bienes y servicios esenciales, incluidos los relacionados con los determinantes básicos de la SSR, se proporcionen sin costo alguno o basándose en el principio de igualdad para garantizar que las personas y las familias no tengan que soportar una carga desproporcionada de gastos de salud.²¹

La accesibilidad de la información incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de SSR en general, y el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud.²² Los Estados deben tener en cuenta las necesidades de las personas y las comunidades, tomando en consideración factores como la edad, el género, la capacidad lingüística, el nivel educativo, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y la condición intersexual a la hora de garantizar la accesibilidad y, al mismo tiempo, velar por el respeto del derecho a la intimidad y la confidencialidad, especialmente en lo que respecta a los datos y la información personales sobre la salud.²³

- **Aceptabilidad:** Todas las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con la SDRS deben respetar la cultura de las personas y los grupos, incluidas las comunidades minoritarias, y deben tener una perspectiva sensible al género, la edad, la discapacidad, la diversidad sexual y los requisitos del ciclo vital. Sin embargo, esto no puede utilizarse para justificar la negativa a proporcionar instalaciones, bienes, información y servicios adaptados a grupos específicos.²⁴
- **Calidad:** Los servicios relacionados con la SSR deben ser de buena calidad, lo que significa que tengan una base empírica, sean científica y médicamente apropiados y estén actualizados. La falta de actualización de los servicios, incluidos los avances tecnológicos y las innovaciones en la prestación de servicios de SSR, pone en riesgo la calidad de la atención.²⁵ Esto requiere personal de salud formado y capacitado, medicamentos y equipos científicamente aprobados y no caducados, y el uso de avances tecnológicos para cumplir con el estándar de atención médica.²⁶ Algunos ejemplos de avances tecnológicos e innovaciones en SSR que son clave para garantizar la calidad son los medicamentos para el aborto, las formas modernas y seguras de anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia), la TRA, y los avances en el tratamiento del VIH y el SIDA. Los Estados deben garantizar la prestación de servicios de calidad relacionados con SSR sobre la base de la no discriminación y la igualdad.

Respetar, proteger, cumplir: Las obligaciones de los Estados de respetar, proteger y cumplir la SDRS en virtud del derecho internacional de los

derechos humanos (DIDH) deben aplicarse de forma que se garantice que toda la información y los servicios de SSR estén disponibles, sean accesibles, aceptables y de buena calidad²⁷ y se guíen por instrumentos y jurisprudencia contemporáneos en materia de derechos humanos, así como por las directrices y los protocolos internacionales más recientes establecidos por los organismos de las Naciones Unidas, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS).²⁸

Obligaciones básicas: Los Estados tienen la obligación básica de garantizar, al menos, unos niveles esenciales mínimos de satisfacción del derecho a la SSR. Esta obligación básica incluye lo siguiente:

- Eliminar las leyes, políticas y prácticas que criminalizan, obstruyen o menoscaban el acceso de las personas o de un grupo en particular a instalaciones, servicios, bienes e información sobre SSR.²⁹
- Adoptar e implementar una estrategia y un plan de acción nacional, con una asignación presupuestaria adecuada, en materia de SSR que sea objeto de un seguimiento transparente y esté desagregado por los motivos prohibidos de discriminación.³⁰
- Garantizar el acceso universal y equitativo a bienes y servicios de SSR asequibles, aceptables y de calidad.³¹
- Promulgar e implementar prohibiciones legales contra prácticas nocivas y la violencia de género.³²
- Tomar medidas para prevenir los abortos en condiciones de riesgo y proporcionar atención y asesoramiento posaborto a quienes lo necesiten.³³
- Garantizar el acceso universal a una educación e informaciones integrales sobre SSR que no sean discriminatorias ni sesgadas, que tengan una base empírica, y que tengan en cuenta la evolución de las capacidades de los niños, niñas y adolescentes.³⁴
- El suministro adecuado de medicamentos, equipos y tecnologías esenciales para la SSR.³⁵
- Eliminar la discriminación contra individuos y grupos, y proteger y garantizar su derecho a la SSR en igualdad de condiciones.³⁶

Los recursos legales y medidas de reparación son también una obligación básica en virtud de la cual los Estados deben “asegurarse de que haya recursos asequibles, accesibles y oportunos para la mujer (...)”.³⁷ Los recursos y medidas adecuados por violaciones de la SDSR requieren reparaciones oportunas, efectivas y transformadoras que aborden las causas subyacentes de las violaciones y garanticen la no repetición y la rehabilitación.³⁸

b. Derecho a información y servicios anticonceptivos

Los órganos de supervisión de los tratados sostienen desde hace tiempo que los Estados deben garantizar la disponibilidad y accesibilidad para todos a una gama completa de anticonceptivos de buena calidad, modernos y eficaces, incluida la anticoncepción de emergencia.³⁹ Esto incluye tomar todas las

medidas necesarias para eliminar las barreras económicas y estructurales que dan lugar a un acceso desigual a los servicios de SSR, incluida la información y los servicios anticonceptivos.⁴⁰ Los órganos de supervisión de los tratados han sostenido que los métodos anticonceptivos modernos deben ser asequibles, lo que incluye que estén subsidiados y cubiertos por planes públicos de seguros médicos o que se proporcionen sin costo a mujeres y niñas.⁴¹

Los Estados deben garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios e información adecuados sobre SSR, incluida la planificación familiar para prevenir los embarazos precoces y las ITS.⁴² El derecho a la información incluye la educación sexual integral y exige la derogación de las leyes y políticas que crean barreras para acceder a información sobre SSR.⁴³ Las violaciones ocurren cuando los Estados no garantizan que las instalaciones, los bienes y los servicios de SSR estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad.⁴⁴

Los órganos de supervisión de los tratados han hecho énfasis en la obligación de los Estados de garantizar que el uso de anticonceptivos sea voluntario, plenamente informado y libre de coerción y discriminación, prestando especial atención a los grupos desfavorecidos.⁴⁵ Deben estar disponibles recursos legales efectivos cuando se produzcan violaciones del consentimiento informado y otros abusos relacionados con el acceso y el uso de anticonceptivos.⁴⁶

El Comité CEDAW ha señalado que la falta de acceso a los anticonceptivos afecta de forma desproporcionada a las mujeres y viola su derecho a acceder a servicios e información sobre la salud, incluida la planificación familiar.⁴⁷ Garantizar a las mujeres determinados resultados de salud relacionados con la anticoncepción se considera un medio para garantizar la igualdad sustantiva.⁴⁸ Limitar el derecho de las mujeres a elegir libremente el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos menoscaba su acceso a oportunidades de educación y empleo de las que disfrutaban los hombres y puede llevar a las mujeres a la pobreza o a mantenerse en dicho estado.⁴⁹ El Comité CEDAW también ha señalado que desalentar el acceso a los anticonceptivos y prohibir su financiación puede provocar, entre otras cosas, “una mayor exposición a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH”.⁵⁰ El Comité CEDAW ha explicado que la “denegación del acceso a servicios asequibles de salud sexual y reproductiva, incluida toda la gama de métodos anticonceptivos, [tiene] graves consecuencias (...) para la vida y la salud de muchas mujeres”.⁵¹ Estos problemas también suelen generar tensiones en el seno de las familias, conflictos conyugales y violencia doméstica contra las mujeres.⁵²

Los anticonceptivos figuran en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS,⁵³ que identifica los medicamentos que deben estar siempre disponibles y ser asequibles en los sistemas de salud.⁵⁴ La lista incluye una amplia gama de métodos anticonceptivos como preservativos y anticonceptivos de emergencia, así como medicamentos genéricos (incluidos los destinados a la prevención y el tratamiento del VIH y otras ITS) y medicamentos para el aborto y la atención posaborto.⁵⁵

Los Estados también tienen la obligación de recopilar datos desagregados sobre el uso de anticonceptivos y las barreras de acceso.⁵⁶ La recopilación de estos datos permite adaptar leyes, políticas y programas para que reflejen las necesidades de la sociedad, incluidos los grupos marginalizados, y ayuda a garantizar la disponibilidad y asequibilidad de los anticonceptivos en la práctica.⁵⁷

Anticoncepción de emergencia

La Observación General No. 25 del Comité CESC sobre la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales indica que los Estados deben garantizar el acceso a formas modernas y seguras de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia.⁵⁸ Señala que prohibir o denegar en la práctica el acceso a servicios y medicamentos de SSR, como la anticoncepción de emergencia, constituye una violación de las obligaciones de los Estados.⁵⁹ Además, los Comités CRC y CEDAW han aclarado que la anticoncepción de emergencia debe estar disponible sin prescripción y ser gratuita para víctimas de violencia, incluidas las adolescentes.⁶⁰

El Comité CEDAW también ha destacado la obligación de los Estados de garantizar el acceso a los anticonceptivos de emergencia para prevenir embarazos precoces y no planificados en casos de violencia sexual, incluyendo en zonas de conflicto y posconflicto, lo que requiere medidas especiales para garantizar la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia y otros servicios de SSR.⁶¹ Ha recomendado a los Estados que promuevan y den a conocer los beneficios de los anticonceptivos de emergencia en estas situaciones, especialmente entre las adolescentes.⁶² También ha recomendado que se adopten medidas de protección para las mujeres denunciantes y testigos de violencia de género antes, durante y después de los procedimientos judiciales, que incluyan servicios de atención en salud sensibles al trauma, y servicios oportunos e integrales de salud mental y SSR,⁶³ incluida la anticoncepción de emergencia y la profilaxis posterior a la exposición al VIH.⁶⁴ Teniendo en cuenta el sufrimiento físico y mental de las víctimas de violaciones y abusos sexuales, el Comité contra la Tortura (Comité CAT, por su sigla en inglés) también ha considerado que la denegación del acceso a la anticoncepción de emergencia constituye una forma de tortura o malos tratos.⁶⁵

c. Capacidad y consentimiento de personas adolescentes

En virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados deben tener en cuenta el interés superior de las personas adolescentes.⁶⁶ La aplicación del principio del interés superior exige que se tenga debidamente en cuenta la evolución de sus capacidades a medida que van adquiriendo comprensión y madurez.⁶⁷ La capacidad de los niños, niñas y adolescentes evoluciona a lo largo de su infancia, a medida que “adquieren progresivamente competencias, comprensión y mayores niveles de autonomía para asumir responsabilidades y ejercer sus derechos”.⁶⁸ En relación a la SDSR, los Estados deben establecer la

presunción legal de que las personas adolescentes son competentes para buscar y tener acceso a productos y servicios de SSR preventivos o cuya efectividad depende de una administración oportuna.⁶⁹

En el contexto de la SDSR el Comité CRC ha recomendado que los Estados revisen o presenten leyes que reconozcan el derecho de las personas adolescentes a asumir una responsabilidad cada vez mayor en las decisiones que afectan sus vidas y que adopten límites legales de edad mínimos, en consonancia con el derecho a la protección, el principio del interés superior y el respeto a la evolución de sus capacidades.⁷⁰ Los límites de edad deben reconocer el derecho a tomar decisiones con respecto a los servicios de salud, y los Estados deben reconocer el derecho de todos los niños y niñas que estén por debajo de un límite de edad mínimo y sean capaces de demostrar suficiente comprensión, a dar o negar su consentimiento, junto con el derecho de las personas adolescentes a acceder a servicios de SSR preventivos o cuya efectividad depende de una administración oportuna.⁷¹ El Comité CRC ha hecho énfasis en que las personas adolescentes tienen derecho a acceder a asesoramiento y consejo médico confidencial sin el consentimiento de sus padres o representantes legales.⁷² También ha recomendado que los Estados revisen su legislación y consideren la posibilidad de permitir que los niños y niñas consientan tratamientos e intervenciones médicas de SSR—incluida la educación y orientación sobre salud sexual, anticoncepción y aborto seguro—sin el permiso de sus padres o representantes legales.⁷³ Además, los Estados deben proporcionar formación a los profesionales pertinentes sobre el derecho de las personas adolescentes a la SSR y a servicios específicos.⁷⁴ La falta de acceso a estos servicios contribuye a que las adolescentes sean el grupo con mayor riesgo de morir o sufrir lesiones graves o de por vida a causa del embarazo y el parto.⁷⁵

En reconocimiento de la vulnerabilidad propia de los niños y niñas, la Convención sobre los Derechos del Niño exige que los Estados adopten medidas especiales para su protección.⁷⁶ El Comité CRC ha señalado que deben realizarse esfuerzos especiales para superar las barreras de la estigmatización y el miedo que experimentan las adolescentes, las niñas con discapacidades y las adolescentes lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales cuando buscan dichos servicios.⁷⁷ Del mismo modo, el Comité CESC ha explicado que los Estados deben adoptar medidas eficaces para impedir que terceras partes menoscaben el disfrute de la SSR mediante actos de violencia dirigidos contra adolescentes lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales y mediante intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicamente innecesarios, irreversibles e involuntarios practicados a bebés o niños intersexuales.⁷⁸

Acceso de personas adolescentes a información y servicios de salud sexual y reproductiva

Los Estados deben garantizar que las personas adolescentes tengan pleno acceso a información y educación con base empírica sobre SSR, incluida la planificación familiar y los anticonceptivos, los riesgos del embarazo

precoz y la prevención y el tratamiento de las ITS, incluido el VIH/SIDA, independientemente de su estado civil y de si sus padres o representantes legales dan su consentimiento, respetando su privacidad y confidencialidad.⁷⁹

Los Comités CEDAW y CRC han recomendado consistentemente a los Estados que garanticen el acceso universal y asequible de las personas adolescentes, las mujeres y niñas desfavorecidas a los anticonceptivos modernos e información relacionada.⁸⁰ El Comité CRC ha determinado específicamente que los métodos anticonceptivos de acción corta, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben ponerse fácil y rápidamente a disposición de las personas adolescentes sexualmente activas.⁸¹ También deben proporcionarse métodos anticonceptivos permanentes y de acción prolongada.⁸² El Comité CERD ha expresado específicamente su preocupación por el hecho de que los esfuerzos realizados para prevenir los embarazos adolescentes no han sido efectivos entre poblaciones marginalizadas y racializadas.⁸³ El Comité CDESCR ha relacionado las altas tasas de embarazo adolescente y mortalidad materna con la falta de información y servicios de SSR adecuados, disponibles y accesibles.⁸⁴

En sus observaciones finales, el Comité CRC ha reiterado consistentemente la importancia de la obligación de los Estados de garantizar que las opiniones de las personas adolescentes sean siempre escuchadas y que reciban la debida consideración como parte de los procesos de toma de decisiones.⁸⁵ Esto incluye ampliar la provisión de información y servicios de SSR gratuitos y confidenciales y el acceso a anticonceptivos para adolescentes sin el consentimiento de los padres (o representantes legales) ni requisitos de acompañamiento.⁸⁶ Asimismo, los Estados deben llevar a cabo campañas de educación y sensibilización sobre SDR y disipar ideas equivocadas relacionadas con la salud sobre los métodos anticonceptivos modernos y los estereotipos basados en género que desalientan el uso de estos métodos anticonceptivos.⁸⁷

Sobre el derecho de las adolescentes al aborto, véase la sección (f).

d. Derecho a la información y educación en materia de salud sexual y reproductiva

El derecho a la información sobre SSR incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a la SDR en general y en particular a que las personas reciban información específica sobre su estado de salud.⁸⁸ También se refiere a la obligación de los Estados de responder a las solicitudes de información del público o de los medios de comunicación, publicar proactivamente y difundir ampliamente información de interés público significativo.⁸⁹

Todas las personas y grupos, incluidas las personas adolescentes y jóvenes, tienen derecho a una información con base empírica sobre todos los aspectos de la SDR, incluidos los anticonceptivos, la salud materna, la planificación familiar, las ITS, la prevención del VIH, el aborto sin riesgos y la atención

posaborto, la infertilidad y las opciones de fertilidad, y el cáncer en los órganos reproductivos.⁹⁰ Dicha información debe proporcionarse de forma coherente con las necesidades de la persona y de la comunidad teniendo en cuenta, por ejemplo, la edad, el género, la capacidad lingüística, el nivel educativo, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y la intersexualidad.⁹¹ En particular, el Comité CEDAW ha destacado la necesidad de garantizar el consentimiento libre, previo e informado de menores intersexuales para cualquier tratamiento o intervención médica.⁹² El Comité CEDAW también ha reconocido la necesidad de abordar el acceso limitado de las mujeres y niñas a información sobre SSR, incluida la información sobre el comportamiento sexual responsable, la planificación familiar y los anticonceptivos modernos, especialmente en las zonas rurales.⁹³

Los Estados deben proporcionar una educación integral sobre SDRS para todos que sea adecuada a la edad, tenga una base empírica, y sea científicamente exacta e integral. Para ello, los Estados deben actualizar periódicamente las directrices para la prestación de servicios de SSR.⁹⁴ Los Estados, incluidos los donantes, deben abstenerse de censurar, retener, tergiversar o criminalizar el suministro de información sobre SDRS, tanto al público, como a particulares.⁹⁵ Tales restricciones impiden el acceso a la información y servicios, lo que puede alimentar la estigmatización y la discriminación.⁹⁶ Los Estados también deben prohibir e impedir que agentes privados impongan barreras prácticas o de procedimiento a los servicios de salud, como la obstrucción física de las instalaciones, la difusión de información errónea, cobros informales y requisitos de autorización de terceros.⁹⁷

Los órganos de supervisión de los tratados han subrayado consistentemente que el acceso a la información es un elemento fundamental para acceder a los servicios de aborto.⁹⁸ Han recomendado reiteradamente que se despenalice el aborto⁹⁹ y han señalado de manera específica que los Estados no deben imponer sanciones penales a los proveedores que compartan información sobre aborto.¹⁰⁰ Además, con el fin de garantizar la autonomía de las mujeres y su toma de decisiones informada, han pedido a los Estados que eliminen las barreras informativas a los servicios de aborto, como los requisitos de asesoramiento médicamente innecesarios o sesgados,¹⁰¹ y que garanticen que la información proporcionada sea científicamente exacta, con base empírica y que aborde tanto los riesgos de abortar como los de llevar el embarazo a término.¹⁰²

Educación sexual dentro y fuera de la escuela: Educación sexual integral

El derecho a la educación, entre otros derechos, incluye el derecho a una educación sexual integral que no sea discriminatoria, tenga una base empírica, y sea científicamente precisa y adecuada a la edad.¹⁰³ El Comité CRC y otros órganos de supervisión de tratados han articulado claramente la obligación de los Estados de proporcionar una educación sexual integral dentro y fuera de las escuelas,¹⁰⁴ independientemente de la edad y sin necesidad de consentimiento de los padres o representantes legales.¹⁰⁵ El acceso desigual de las personas adolescentes a la información puede equivaler a discriminación,¹⁰⁶ y los

Estados deben “procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva”.¹⁰⁷ La educación sexual integral no se limita a la educación sexual; también incluye los derechos humanos fundamentales sobre igualdad de género, diversidad sexual, SDSR, paternidad y maternidad responsables, comportamiento sexual, prevención de la violencia y prevención del embarazo precoz y las ITS.¹⁰⁸

e. Derecho a la atención en salud materna

Todos los órganos de supervisión de los tratados han reafirmado el derecho a servicios de atención en salud materna de calidad y los numerosos derechos humanos que lo sustentan. El Comité de Derechos Humanos reconoce desde hace tiempo que el derecho a la vida conlleva la obligación del Estado de garantizar el acceso universal y sin discriminación de todas las personas—incluidas las pertenecientes a grupos desfavorecidos y marginalizados—a toda la gama de servicios de SSR de calidad, incluida la atención a la salud materna.¹⁰⁹ Los Estados también deben tomar las medidas apropiadas para garantizar las condiciones adecuadas para proteger el derecho a la vida, incluida la mejora del acceso a exámenes y tratamientos médicos para reducir la mortalidad materna e infantil.¹¹⁰

Del mismo modo, el Comité CDESCR ha explicado que la protección del derecho a la salud exige que los Estados adopten medidas legislativas u otras medidas nacionales para garantizar el acceso universal a la atención en salud materna sin discriminación para todas las personas, incluidas las pertenecientes a grupos desfavorecidos y marginalizados.¹¹¹ Otros órganos de supervisión de tratados también han subrayado que garantizar el acceso universal en la práctica requiere que se aborden los determinantes de la salud, sociales y de otro tipo, para que las mujeres y las niñas puedan buscar y acceder a los servicios de salud materna que necesitan.¹¹² Las mujeres y las niñas también deben poder ejercer la autonomía reproductiva a la hora de decidir el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos, disponer de información adecuada con base empírica sobre la atención en salud materna y estar empoderadas para utilizar los servicios de salud materna.¹¹³ El Comité CDESCR ha señalado específicamente que la accesibilidad a la información, incluida la educación sexual integral, es necesaria para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas.¹¹⁴

El Comité CEDAW ha señalado que los Estados deben proporcionar servicios de maternidad segura y asistencia prenatal para reducir las tasas de mortalidad materna y cumplir con sus obligaciones en virtud de la Convención.¹¹⁵ El Comité CEDAW alineando sus recomendaciones con las orientaciones técnicas de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para prevenir la mortalidad materna,¹¹⁶ ha pedido a los Estados que aumenten su gasto en salud y asignen recursos presupuestarios suficientes para establecer hospitales equipados adecuadamente equipados.¹¹⁷ Los Comités CEDAW y CRC también han pedido a los Estados que adopten las

medidas necesarias para reducir las tasas de mortalidad neonatal, infantil, de menores de cinco años y materna, entre otras cosas, mejorando el acceso a los servicios e instalaciones prenatales y posnatales—especialmente en las zonas rurales y remotas—con el fin de eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo o hija.¹¹⁸

El Comité CEDAW ha recomendado además que se modifique la legislación para prohibir la discriminación contra la mujer mediante primas de seguro onerosas vinculadas específicamente a la capacidad de procreación de las mujeres y para garantizar que se subvencionen los costos adicionales del seguro médico relacionados con la procreación, de modo que no se parta del supuesto de que todas las mujeres son procreadoras y que no se penalice a las que sí lo son.¹¹⁹

Instalaciones de salud materna libres de violencia

Las mujeres y las niñas, especialmente de comunidades marginalizadas y discriminadas, sufren con frecuencia malos tratos y violencia durante el embarazo y el parto.¹²⁰ En ese delicado momento de su vida a menudo se enfrentan a distintos tipos de abusos durante el parto en instalaciones de salud, que vulneran su derecho a la atención médica y amenazan sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y a no sufrir discriminación. Muchas mujeres y niñas también corren el riesgo de morir o quedar en condición de discapacidad por causas relacionadas con el embarazo ya que carecen de fondos para acceder a los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad.¹²¹ La falta de servicios de atención obstétrica de urgencia y la denegación del aborto pueden provocar mortalidad y morbilidad materna, lo que a su vez constituye una violación de los derechos a la vida o a la seguridad y, en determinadas circunstancias, puede equivaler a tortura o trato cruel, inhumano o degradante.¹²² Los órganos de supervisión de los tratados han reconocido específicamente que la falta de respeto y los abusos a los que se enfrentan las mujeres en las instalaciones de salud materna pueden equivaler a malos tratos.¹²³

El Comité CEDAW también ha señalado que los Estados deben asignar el máximo de recursos disponibles para garantizar el derecho de las mujeres y las niñas a una maternidad sin riesgos y a servicios obstétricos de urgencia.¹²⁴ En particular, el Comité CEDAW en su primera decisión sobre mortalidad materna, *Alyne da Silva Pimentel c. Brasil*—en la que una mujer afrobrasileña de escasos recursos murió innecesariamente como consecuencia de una complicación obstétrica no atendida mientras buscaba atención en múltiples instalaciones de salud—reconoció que los Estados tienen la obligación de abordar y reducir la mortalidad materna, garantizar el derecho de las mujeres a una maternidad sin riesgos y proporcionar un acceso asequible a una atención obstétrica de urgencia adecuada, que satisfaga las necesidades de salud específicas y distintivas de las mujeres, en particular de las mujeres procedentes de entornos socioeconómicos bajos y de grupos históricamente marginalizados.¹²⁵ El Comité CEDAW también ha destacado que incluso cuando se subcontratan los servicios de salud a instituciones privadas, los

gobiernos siguen siendo directamente responsables de las acciones de estos terceros y tienen el deber de regular y supervisar estas instituciones.¹²⁶

Impacto desproporcionado de la mortalidad y morbilidad maternas en mujeres, niñas y personas con diversas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales racializadas y marginalizadas

Las recientes recomendaciones del Comité CERD sobre la necesidad de abordar la tasa de mortalidad materna desproporcionadamente alta entre las poblaciones marginalizadas y racializadas reflejan la importancia de un enfoque interseccional para reducir la mortalidad y morbilidad materna.¹²⁷ Las recomendaciones del Comité incluyen la adopción de medidas para eliminar las disparidades raciales y étnicas en materia de SDRS mediante un enfoque interseccional; la eliminación de las barreras que impiden el acceso a los servicios de SSR; la aplicación de medidas encaminadas a reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas desproporcionadamente altas entre mujeres y niñas afrodescendientes, pueblos indígenas, las quilombolas y las no ciudadanas;¹²⁸ proporcionar formación contra el racismo y basada en los derechos humanos a todos los profesionales de SSR; y garantizar la rendición de cuentas y disponibilidad de recursos legales ante todas las formas de violencia obstétrica.¹²⁹

El Comité CEDAW ha recomendado específicamente que se redoblen esfuerzos para eliminar la segregación de las mujeres romaníes en las salas de maternidad de los hospitales, así como los abusos verbales y físicos por parte del personal médico, y para garantizar que las mujeres romaníes tengan acceso a servicios de atención en salud adecuados durante todo el embarazo y el parto.¹³⁰ Asimismo, el Comité ha observado con preocupación la discriminación histórica contra las mujeres y niñas indígenas, perpetuada no sólo por estereotipos de género, sino también por manifestaciones de racismo, colonialismo y militarización que impiden su acceso a SDRS.¹³¹ También ha hecho énfasis en que los profesionales de la salud suelen tener prejuicios raciales y de género; con frecuencia son insensibles a las realidades, la cultura y los puntos de vista de las mujeres indígenas; casi nunca hablan lenguas indígenas; y rara vez ofrecen servicios que respeten la dignidad, la privacidad, el consentimiento informado y la autonomía reproductiva de las mujeres indígenas. Además, a menudo se criminaliza a las parteras indígenas, y sus conocimientos técnicos siguen estando infravalorados por los sistemas de salud no indígenas.¹³²

f. Derecho al aborto

Estándares generales

Según los estándares de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de despenalizar el aborto¹³³ y garantizar el acceso al aborto. Los órganos de supervisión de los tratados han afirmado claramente que la prohibición total del aborto viola las obligaciones de los Estados de proteger los derechos de las

mujeres y las niñas a la salud y a la vida, así como su derecho a la dignidad.¹³⁴ Estos órganos han señalado consistentemente que la despenalización no sólo es necesaria para reforzar las medidas de lucha contra la mortalidad materna, sino que también es una obligación que se deriva directamente de los derechos de las mujeres y las niñas a la no discriminación, la autonomía corporal, la salud y la vida, entre otros derechos.¹³⁵ Históricamente han pedido a los Estados que legalicen el acceso al aborto al menos bajo las causales de violación, incesto, cuando exista riesgo para la salud o la vida de la persona embarazada y cuando exista malformación fetal grave o mortal.¹³⁶

En los últimos años, los órganos de supervisión de los tratados han articulado cada vez más las obligaciones de los Estados de garantizar el acceso al aborto más allá de las leyes basadas en causales específicas y de despenalizar el aborto en todos los casos.¹³⁷ Se han ido alejando del enfoque basado en causales al dejar claro que los Estados tienen el deber de garantizar que las mujeres y las niñas no tengan que someterse a abortos en condiciones de riesgo. En la Observación General No. 36 el Comité de Derechos Humanos abre la oportunidad de ir más allá del enfoque basado en causales indicando que “los Estados partes no pueden regular el embarazo o el aborto en todos los demás supuestos de manera contraria a su deber de velar por que las mujeres y las niñas no tengan que recurrir a abortos peligrosos”; esto incluye—pero no se limita a—aplicar sanciones penales a las mujeres y niñas que se practican un aborto.¹³⁸ En recientes revisiones de país, el Comité de Derechos Humanos también ha reconocido que los sistemas basados en causales de despenalización del aborto no son suficientes cuando el disfrute del derecho se niega en la práctica o cuando un entorno hostil crea el temor a la persecución y la estigmatización que impiden dicho disfrute, y ha recomendado una legislación explícita que garantice el acceso seguro, legal y efectivo al aborto en tales circunstancias.¹³⁹

El Comité CEDAW también ha dado pasos claros para ir más allá de los enfoques basados en casuales y, en su Recomendación General No. 30, recomienda—sin especificar causales específicas—que los Estados garanticen que la atención a la SSR incluya servicios de aborto seguro y atención posaborto.¹⁴⁰ Su Recomendación General No. 34 también reconoce explícitamente que la penalización del aborto es una forma de discriminación basada en género y pide a los Estados que lo despenalicen, sin mencionar motivos específicos para dicha despenalización.¹⁴¹ Del mismo modo, la Recomendación General No. 35 subraya que “el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, [y] la continuación forzada del embarazo”, entre otros, son violaciones de la SDRS de la mujer, de nuevo sin mencionar causales específicas.¹⁴² En las últimas revisiones de país, el Comité CEDAW ha recomendado—con algunas excepciones—que los Estados legalicen el aborto y lo despenalicen en todos los casos y garanticen que las mujeres y las adolescentes tengan un acceso adecuado a servicios de aborto seguro y posaborto.¹⁴³

Otros órganos de supervisión de tratados han adoptado medidas similares

para pedir la liberalización de las leyes relacionadas con el aborto. El Comité CESCRC ha reconocido que para prevenir los abortos en condiciones de riesgo es necesario que los Estados liberalicen las leyes restrictivas sobre el aborto¹⁴⁴ y eliminen las leyes y políticas que menoscaban la autonomía y el derecho a la igualdad y a la no discriminación en el pleno disfrute de la SDRS.¹⁴⁵ El Comité CAT ha reconocido que la criminalización o denegación del aborto puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante¹⁴⁶ y ha pedido a los Estados que permitan excepciones legales a la prohibición del aborto en los casos en que la continuación del embarazo pueda provocar dolor y sufrimiento graves, como cuando el embarazo es consecuencia de violación, incesto o en casos de malformación fetal mortal.¹⁴⁷ El Comité CAT también ha pedido a los Estados que garanticen que “todas las mujeres y niñas, incluidas las pertenecientes a grupos desfavorecidos, tengan acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo en condiciones seguras y dignas, sin que ellas ni sus proveedores de servicios médicos sufran acoso o sean objeto de intentos de criminalización, y [que garanticen la] atención sanitaria a las mujeres después de que hayan abortado, independientemente de que lo hayan hecho de forma legal o ilegal”.¹⁴⁸

El Comité CRC ha instado a los Estados para que “despenalice[n] el aborto en todas las circunstancias y garantice[n], tanto en la legislación como en la práctica, que las adolescentes puedan acceder a servicios de aborto seguro y de atención médica después del aborto”.¹⁴⁹ Ha recomendado a los Estados que garanticen el acceso de las adolescentes a los servicios de aborto, y que “revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto”, sin especificar el requisito de un estándar jurídico basado en causales.¹⁵⁰

Camila c. Perú (Comité de los Derechos del Niño, 2023)

Contexto

Camila c. Perú es un caso sobre una niña indígena de una zona rural que fue violada repetidamente por su padre desde los 9 años quedando embarazada a los 13. Camila y su madre solicitaron un aborto al hospital y a la autoridad judicial competente. Aunque los abortos terapéuticos son legales en Perú,¹⁵¹ el hospital y la autoridad judicial no informaron a Camila que tenía derecho a un aborto, ni respondieron a la solicitud de Camila y su madre. En lugar de ello, el personal médico acudió varias veces al domicilio de Camila, en ocasiones acompañado por agentes de policía, donde la presionaron para que continuara con el embarazo. Después de que el embarazo de Camila resultara en un aborto espontáneo, el fiscal local respondió desviando la investigación de la violación sexual perpetrada por el padre a Camila y en su lugar la acusó a ella del delito de aborto autoinducido¹⁵² basándose únicamente en las repetidas declaraciones de Camila de que no quería continuar con el embarazo.¹⁵³

Decisión

Tras no obtener reparación en el país, Camila, representada por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (conocido como PROMSEX), presentó una demanda ante el Comité CRC por distintas violaciones de la Convención sobre los Derechos del Niño.¹⁵⁴

El Comité CRC determinó que tanto la falta de información sobre los servicios de aborto como el hecho de que no se le diera acceso efectivo a dichos servicios expusieron a Camila “a un riesgo real, personal y previsible de mortalidad”¹⁵⁵ y violaron su derecho a buscar y recibir información en virtud del artículo 13 de la Convención.¹⁵⁶ La condición de Camila como víctima de violación sexual por parte de su padre agravó las consecuencias del embarazo en su salud mental, violando el artículo 19 de la Convención, que exige medidas para proteger a los niños y niñas de toda forma de violencia física o mental.¹⁵⁷

Al evaluar el derecho a la salud, el Comité recordó que los Estados deben garantizar que los sistemas y servicios de salud sean capaces de satisfacer las necesidades de SSR de las personas adolescentes, incluso mediante una planificación familiar segura, servicios de aborto y atención psicológica.¹⁵⁸ Concluyó que la falta de atención psicológica adecuada y de acceso a personal y equipos médicos especializados violó el derecho de Camila al disfrute del más alto nivel posible de salud.¹⁵⁹ Además, la denegación del acceso al aborto por parte del Estado y posterior criminalización de Camila constituyeron un trato cruel, inhumano y degradante proscrito por el artículo 37(a) de la Convención, y una forma de violencia de género.¹⁶⁰ El Comité también determinó que las visitas invasivas a su domicilio por parte del personal médico—que resultaron en estigmatización por parte de la comunidad hacia Camila hasta el punto de obligarla a abandonar la escuela y, en última instancia, su hogar¹⁶¹—fueron intentos de obligar a Camila a continuar con el embarazo y, por lo tanto, constituyeron una injerencia arbitraria en su vida privada violatoria de su derecho a la intimidad en virtud del artículo 16 de la Convención.

El Comité determinó además que se había violado el derecho a la no discriminación en virtud del artículo 2 de la Convención, basando su razonamiento, entre otras cosas, en la falta de acceso a un aborto seguro (que constituye un trato diferenciado por razón de género), el castigo por no cumplir los estereotipos de género relativos a su función reproductiva¹⁶² y la revictimización reiterada.¹⁶³ El Comité también determinó que la discriminación de Camila se vio agravada por otra “discriminación (...) por razones de edad, género, origen étnico y situación social”.¹⁶⁴

Basándose en estas violaciones de derechos, el Comité pidió a Perú

1) despenalizar el aborto en todos los casos de embarazo infantil; 2) garantizar el acceso de las niñas embarazadas a servicios de aborto seguro y a atención posaborto, especialmente en casos de violación, incesto y riesgo para la vida o la salud de la persona embarazada; y 3) modificar la normativa que regula el acceso al aborto terapéutico para prever su aplicación específica a las niñas.¹⁶⁵

Aborto médico¹⁶⁶

Varios organismos internacionales han reconocido que el aborto médico es fundamental para proteger y garantizar numerosos derechos humanos.¹⁶⁷ La Observación General No. 14 del Comité CDESCR sobre el derecho a la salud reconoce la obligación de los Estados de proporcionar todos los medicamentos enumerados en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, que incluye los medicamentos utilizados para el aborto médico.¹⁶⁸ El Comité CDESCR en su Observación General No. 22 específica sobre SDSR, reitera que los “medicamentos para la asistencia en casos de aborto” son medicamentos esenciales.¹⁶⁹

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también protege el “derecho de toda persona a: ... gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones”, que se ha interpretado como que incluye avances farmacéuticos como el aborto médico. Como ha destacado el Comité CDESCR, un enfoque con perspectiva de género es especialmente pertinente para el derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y forma parte de la obligación de los Estados de garantizar el acceso a medicamentos actualizados y de calidad para el aborto.¹⁷⁰

Principio de no regresión

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos articula claramente el principio de no regresión, prohibiendo las medidas que empeoran las condiciones existentes, en este caso, de acceso de las mujeres a la salud reproductiva. Desde este punto de vista, las leyes, políticas y prácticas estatales que introducen nuevas restricciones al ejercicio del derecho a la salud o que establecen nuevas barreras al acceso de las personas a los servicios de salud deben interpretarse como un incumplimiento de las leyes y los estándares internacionales de derechos humanos.¹⁷¹ El Comité de Derechos Humanos, en su Observación General No. 36, reconoce específicamente este principio en el contexto del aborto, señalando que los Estados partes no deben introducir nuevas barreras que nieguen el acceso efectivo de las mujeres y las niñas a un aborto seguro y legal.¹⁷²

La denegación del acceso al aborto como tortura o malos tratos

Los órganos de derechos humanos reconocen desde hace tiempo que la denegación o demora de un servicio de aborto puede violar el derecho a no sufrir tratos crueles, inhumanos y degradantes, y que los Estados tienen la obligación de liberalizar las leyes restrictivas.¹⁷³ Denegar o retrasar la atención médica posaborto también puede equivaler a tortura o trato cruel, inhumano o degradante.¹⁷⁴ Por ejemplo, el Comité CAT ha expresado su preocupación por el hecho de que la prohibición total del aborto pueda constituir tortura o malos tratos y se ha remitido específicamente a las Directrices sobre la atención para el aborto de la OMS.¹⁷⁵ En particular, en todas las denuncias individuales relacionadas con el aborto presentadas ante el Comité de Derechos Humanos, el Comité ha constatado una violación del artículo 7 (derecho a no ser sometido a tortura ni a otros malos tratos) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.¹⁷⁶

El Comité CRPD ha afirmado específicamente que los procedimientos o intervenciones médicas realizados sin consentimiento libre e informado, incluidos los procedimientos e intervenciones relacionados con la anticoncepción y el aborto, pueden considerarse tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes e infringir varios tratados internacionales de derechos humanos.¹⁷⁷

Barreras al aborto

Además de la criminalización del aborto, otras barreras—como la denegación de atención, los periodos de espera obligatorios, el asesoramiento sesgado y las manifestaciones contra el aborto—suponen importantes obstáculos para acceder a un aborto legal.

- **Denegación de atención por motivos de conciencia**

Según los estándares de los órganos de supervisión de los tratados, los Estados que permiten a los profesionales de la salud acogerse a la objeción de conciencia deben regular adecuadamente esta práctica para garantizar que no limite el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, incluido el aborto.¹⁷⁸ Las medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres se consideran inadecuadas si el sistema de salud carece de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades específicas de las mujeres. Por ejemplo, si el personal de salud se niega a prestar determinados servicios de SSR basándose en la objeción de conciencia, los Estados deben introducir medidas para garantizar que las mujeres reciban una atención de calidad por parte de proveedores de salud alternativos de manera que no sean privadas de su SDSR.¹⁷⁹ De hecho, el Comité CDESCR ha expresado preocupación por situaciones en las que la objeción de conciencia exacerbó la limitada disponibilidad y accesibilidad de los servicios de aborto obligando a mujeres embarazadas a someterse a abortos en condiciones de riesgo.¹⁸⁰ Del mismo

modo, el Comité CAT ha expresado su preocupación por los marcos jurídicos que no regulan eficazmente las negativas por motivos de conciencia, que permiten periodos de espera excesivos o que carecen de directrices sobre cómo solicitar servicios de aborto legal.¹⁸¹ Además, el Comité CEDAW ha destacado que los Estados tienen la obligación de garantizar que la objeción de conciencia sea una práctica personal y no institucional.¹⁸²

- **Periodos de espera obligatorios y asesoramiento sesgado**

Los Estados tienen la obligación de eliminar, y abstenerse de adoptar, barreras médicamente innecesarias para acceder al aborto, incluidos los periodos de espera obligatorios, el asesoramiento sesgado y los requisitos de autorización de terceros.¹⁸³ Los periodos de espera obligatorios fuerzan a las mujeres a esperar un tiempo determinado entre la solicitud y la práctica del aborto. Algunos Estados exigen además que dentro de este periodo de espera las mujeres y niñas embarazadas reciban asesoramiento u otro tipo de consejo que a menudo es sesgado.¹⁸⁴ Estos periodos de espera suelen provocar retrasos que aumentan el costo del aborto, restringen el acceso y afectan de forma desproporcionada a las mujeres y niñas de escasos recursos y desfavorecidas.¹⁸⁵

La información sobre SSR debe ser científicamente exacta, tener una base empírica, no estar sesgada y ni ser discriminatoria, y debe tener en cuenta las necesidades individuales.¹⁸⁶ Las leyes y políticas deben garantizar el respeto a la dignidad y autonomía de las mujeres en la toma de decisiones médicas y en el acceso a los servicios de salud reproductiva. También exigen que se respete el principio del consentimiento pleno e informado y que se permita a las mujeres tomar decisiones médicas libre y voluntariamente, sin amenazas ni injerencias.¹⁸⁷

- **Manifestaciones contra el aborto**

El aborto sigue generando una intensa oposición y hostilidad. Las manifestaciones contra el aborto en las inmediaciones de instalaciones de salud que practican abortos y prestan atención posaborto son habituales en algunas jurisdicciones y suelen tener por objeto intimidar y acosar a mujeres y niñas para disuadirlas de ejercer su derecho a acceder al aborto, y hostigar a los profesionales de la salud y demás personal de las clínicas donde se practican abortos.¹⁸⁸

Esto ha llegado a un nivel en el que, en determinados contextos, los activistas antiaborto se hacen pasar por proveedores legítimos de atención de salud y ofrecen información inexacta, falsa y amenazante sobre el aborto.¹⁸⁹ El Comité de Derechos Humanos, preocupado por el efecto amedrentador de las manifestaciones contra el aborto que ha llevado a las mujeres que buscan un aborto seguro y legal a sentir la necesidad de desplazarse a otros lugares, ha recomendado la creación de “zonas de acceso seguro” para evitar la estigmatización, el acoso y el trauma de las mujeres y niñas que quieren abortar.¹⁹⁰ Las zonas de acceso seguro son áreas de protección alrededor de las clínicas de aborto en las que no pueden entrar los manifestantes contra el aborto.¹⁹¹ El Comité CEDAW también ha constatado que el derecho a buscar

servicios e información sobre SSR se viola cuando las mujeres son objeto de acoso por parte de manifestantes antiaborto que se ven alentados por la falta de acción de las autoridades.¹⁹²

El impacto específico de barreras al aborto en mujeres y niñas marginalizadas

Los órganos de supervisión de los tratados desde hace tiempo reconocen que las personas pertenecientes a determinados grupos pueden verse desproporcionalmente afectadas por las restricciones al aborto y a otros servicios de SSR, y han emitido recomendaciones específicas para abordar la no discriminación, incluida la discriminación interseccional y la igualdad sustantiva. El Comité CDESCR ha recomendado a los Estados que tengan en cuenta “los efectos frecuentemente exacerbados que produce la discriminación interseccional con miras a hacer efectivo el derecho a la salud sexual y reproductiva y [que intenten] eliminar tales efectos”.¹⁹³ Los Estados también deben velar “porque todas las personas y los grupos tengan acceso en pie de igualdad a toda la información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, en particular mediante la eliminación de todos los obstáculos a los que determinados grupos puedan verse confrontados”.¹⁹⁴

El Comité CDESCR ha relacionado la persistencia de las prohibiciones totales al aborto con casos de grave sufrimiento e injusticia que afectan desproporcionadamente a las mujeres pobres y desfavorecidas.¹⁹⁵ Además, el Comité CERD ha señalado el impacto de las leyes restrictivas del aborto en las poblaciones marginalizadas y minorías racializadas, prestando especial atención al hecho de que estas poblaciones—así como los médicos y demás personal de salud que presta servicios de aborto y otros servicios de SSR—son a menudo objeto de acoso, violencia y criminalización.¹⁹⁶ Este Comité ha observado con preocupación, además, que las minorías raciales o étnicas corren un mayor riesgo de carecer de los medios para superar las barreras socioeconómicas o de otro tipo para acceder a un aborto seguro.¹⁹⁷ El Comité ha recomendado abordar el profundo impacto dispar de la criminalización y restricciones sobre las mujeres pertenecientes a minorías raciales o étnicas, las mujeres indígenas y las mujeres de bajos ingresos, y proporcionar acceso seguro, legal y efectivo al aborto.¹⁹⁸

El Comité de Derechos Humanos también ha expresado su alarma por el impacto desproporcionado de las restricciones a la SDDR en mujeres y niñas de bajos ingresos, pertenecientes a grupos vulnerables, que viven en zonas rurales o pertenecientes a minorías raciales o étnicas.¹⁹⁹

Directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre la atención para el aborto

Las recomendaciones contenidas en las Directrices de la OMS sobre la atención para el aborto, emitidas en 2022, se basan en una evaluación de la evidencia en materia salud pública y estándares de derechos humanos. En el contexto de la legislación y las políticas, las directrices recomiendan que los Estados garanticen lo siguiente:

- la plena despenalización del aborto y la ausencia de leyes y otras normas que lo restrinjan;²⁰⁰
- que el aborto esté disponible a petición de la mujer, niña u otra persona embarazada;²⁰¹
- la ausencia de límites de edad gestacional,²⁰² periodos de espera obligatorios para abortar,²⁰³ y requisitos de autorización de terceros;²⁰⁴
- la opción de la autogestión del aborto médico total o parcial en edades gestacionales inferiores a 12 semanas;²⁰⁵
- que la normativa sobre quién puede practicar y gestionar abortos sea coherente con las orientaciones de la OMS;²⁰⁶
- que todas las normas, estándares y prácticas clínicas relacionadas con el aborto promuevan y protejan la no discriminación (incluida la discriminación interseccional) y la igualdad;²⁰⁷
- que se proteja el acceso y la continuidad de la atención integral del aborto frente a las barreras creadas por la objeción de conciencia.²⁰⁸

Las Directrices de la OMS sobre la atención para el aborto reconocen los siguientes principios fundamentales en los que debe basarse la prestación de servicios de aborto:

No discriminación e igualdad: Las directrices identifican específicamente la discriminación como causa subyacente que impide o dificulta el acceso a los servicios de aborto.²⁰⁹ Por ejemplo, al encontrar impactos desproporcionados en ciertos grupos de mujeres como resultado de las limitaciones en la prestación de servicios de SSR, las directrices señalan que “los Estados deben reconocer y adoptar medidas encaminadas a facilitar el acceso al aborto seguro y a la atención posaborto a determinados grupos de personas, especialmente a los marginalizados, a quienes tienen recursos escasos, a las personas que viven en zonas rurales y a las que pertenecen a minorías, ya que tienen más riesgo de sufrir formas de discriminación interseccional”.²¹⁰

Enfoque inclusivo y centrado en la persona: Las directrices reconocen que la práctica del aborto suele estar estigmatizada debido a diversos factores. Por lo tanto, recomiendan un abordaje inclusivo que abarque la diversidad de personas que pueden quedar embarazadas y requerir

servicios de aborto—como “las mujeres cisgénero, los hombres transgénero, las personas no binarias, de género fluido e intersexuales con un sistema reproductivo femenino y capaces de quedar embarazadas”—y que esté en consonancia con las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos.²¹¹

Aborto autogestionado: Los medicamentos para el aborto y la atención posaborto se consideran bienes esenciales de atención primaria y necesarios para el funcionamiento de un sistema básico de atención en salud.²¹²

La OMS recomienda la opción de la autogestión del proceso de aborto médico.²¹³ Para los abortos médicos realizados a menos de 12 semanas, la OMS recomienda la opción de autogestionar alguna o las tres partes que componen del proceso de aborto médico: “autoevaluación de la elegibilidad (determinar la duración del embarazo; descartar las contraindicaciones); autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento de salud y sin la supervisión directa de un trabajador de la salud capacitado, ni gestión del proceso de aborto; y autoevaluación de la efectividad del aborto”.²¹⁴ Entre los medicamentos esenciales específicos para el aborto autogestionado figuran la mifepristona y el misoprostol.²¹⁵ Su suministro debe estar acompañado de modelos de prestación de servicios que puedan facilitar el acceso, como la telemedicina o la divulgación comunitaria, el acceso o remisión a atención de urgencia en caso necesario, el acceso o remisión la atención posaborto y servicios de anticoncepción, y la garantía de privacidad en todos los entornos, especialmente en los lugares donde conseguir un lugar privado puede resultar difícil.²¹⁶

El aborto como servicio de salud esencial: Las directrices reconocen el aborto como un servicio de salud esencial. Para cumplir la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relativa al logro de la cobertura de salud universal, que incluye el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y a medicamentos esenciales asequibles, la OMS señala que es clave mejorar el acceso a la atención del aborto y garantizar que esté “centrado en la atención primaria de salud”.²¹⁷

Rendición de cuentas: La rendición de cuentas es fundamental para garantizar la protección, el respeto y el cumplimiento de la SDRS. Las directrices señalan que la rendición de cuentas para garantizar el acceso al aborto seguro puede adoptar diferentes formas como “mecanismos accesibles para que las mujeres puedan recurrir la denegación del aborto de manera oportuna” y recursos legales significativos y efectivos en los casos en que se hayan violado los derechos de una persona. Las reparaciones incluyen restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición incluso a través de la reforma de leyes y políticas. Las directrices destacan que un entorno propicio debe caracterizarse por la revisión y reforma periódicas de las leyes y políticas sobre el aborto, incluida la despenalización de servicios y “formas de comportamiento que solo pueden ser realizadas por mujeres, como el aborto”.²¹⁸

La OMS en las recomendaciones de los órganos de supervisión de los tratados

Los órganos de supervisión de los tratados se han referido a las Directrices de la OMS sobre la atención para el aborto en sus recomendaciones:

El Comité CERD se ha referido a las Directrices para recomendar que los Estados parte adopten todas las medidas necesarias para mitigar los riesgos a los que se enfrentan las mujeres que solicitan un aborto y los profesionales de la salud que las atienden, y para garantizar que estas personas no sean objeto de sanciones penales.²¹⁹

El Comité de Derechos Humanos, a la luz de su Observación General No. 36 sobre el derecho a la vida, ha recomendado a los Estados que pongan fin a la penalización del aborto derogando las leyes que lo tipifican como delito—incluidas aquellas que aplican sanciones penales a las mujeres y niñas que se someten a un aborto, a los proveedores de servicios de salud que las ayuden y a toda persona que ayude a las mujeres y las niñas a obtener un aborto—y que consideren armonizar sus marcos jurídicos y de políticas públicas con las Directrices.²²⁰ El Comité CAT se ha referido a las Directrices de la OMS sobre la atención para el aborto al recomendar la despenalización del aborto en la ley y en la práctica.²²¹

El Comité CEDAW, en línea con su Recomendación General No. 24 sobre la mujer y la salud, ha destacado la obligación de los Estados de garantizar el aborto legal, incluido el aborto a demanda, y de eliminar las restricciones al acceso a servicios de aborto, como los requisitos de asesoramiento obligatorio, los periodos de espera innecesarios desde el punto de vista médico y la autorización de terceros, en línea con las recomendaciones de la OMS.²²²

g. Rendición de cuentas por violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Los recursos legales y medidas de reparación son una obligación básica en virtud de la cual los Estados deben “asegurarse de que haya recursos asequibles, accesibles y oportunos para la mujer”.²²³ Recursos legales y medidas adecuadas por violaciones a la SDSR requieren reparaciones oportunas, efectivas y transformadoras que aborden las causas subyacentes de las violaciones y garanticen la no repetición y la rehabilitación.²²⁴

Las reparaciones también incluyen, entre otras cosas, garantías de no repetición y de rehabilitación, como el acceso a servicios médicos, y la eliminación de barreras específicas a las que pueden verse enfrentadas las mujeres y las niñas en su búsqueda de justicia, mediante el establecimiento de procesos confidenciales y no sesgados para recibir y abordar las denuncias

y realizar cambios significativos en los servicios.²²⁵ El Comité CEDAW ha encontrado específicamente la obligación de garantizar reparaciones adecuadas e integrales que aborden todas las violaciones basadas en el género, incluidas las violaciones de la SDR, ²²⁶ y de garantizar el acceso a recursos legales y reparaciones efectivos y transparentes por violaciones de la SDR.²²⁷

II. Igualdad y no discriminación, autonomía corporal y determinantes sociales de la salud

a. Igualdad y no discriminación / discriminación interseccional

La falta de prestación de servicios de SSR de calidad a mujeres y niñas viola el derecho a la igualdad y a la no discriminación, porque se trata de servicios que las mujeres y niñas necesitan para satisfacer sus necesidades particulares en materia de salud reproductiva.²²⁸ La denegación del acceso a diversas formas de atención a la SSR, como la penalización del aborto es, de hecho, un incumplimiento de la obligación de garantizar la igualdad y la no discriminación en el ámbito de la SDR.²²⁹ La realización de la igualdad de género y de los derechos de la mujer, tanto en la ley como en la práctica, exige derogar o reformar las leyes, políticas y prácticas discriminatorias en el ámbito de la SSR.²³⁰

La obstaculización del acceso a una gama completa de información y servicios de salud reproductiva, así como la no eliminación de las barreras que impiden el acceso a dichos servicios tiene su origen, en parte, en los estereotipos que presentan el “papel natural” de la mujer como el de ser madre y cuidadora. Estos estereotipos pretenden justificar la denegación o el descuido de los servicios, constituyen una discriminación contra mujeres y niñas y ponen en peligro su bienestar y sus vidas.²³¹

Igualdad sustantiva

Garantizar la igualdad sustantiva es una obligación en materia de derechos de humanos y requiere que los Estados identifiquen las causas subyacentes de la discriminación, como las estructuras de poder y los sistemas socioeconómicos reforzados por estereotipos de género y roles de género socializados que conducen a las desigualdades. La igualdad sustantiva también requiere que los Estados reconozcan que las personas experimentan la desigualdad de forma diferente no sólo por quienes son

como individuos, sino también por los grupos a los que pertenecen. Por último, la igualdad sustantiva exige que los Estados midan los avances en la lucha contra las desigualdades examinando los resultados para todas las personas, incluidas las más marginalizadas, y garantizando la igualdad de resultados, lo que puede requerir la adopción de prácticas y políticas dirigidas a grupos marginalizados concretos.

Los Estados tienen la obligación de reportar sobre la forma en que las políticas y medidas en materia de atención de la salud abordan los derechos de salud de las mujeres desde la perspectiva de sus necesidades e intereses específicos.²³² Alcanzar la igualdad sustantiva exige a los Estados “evaluar de inmediato la situación *de jure* y *de facto* de la mujer y adoptar medidas concretas para formular e implementar una política claramente orientada al objetivo de eliminar por completo todas las formas de discriminación contra la mujer y alcanzar la igualdad sustantiva de la mujer y el hombre”.²³³ Esto significa que los Estados deben garantizar que las mujeres estén protegidas contra la discriminación cometida por autoridades públicas, el poder judicial, otras instituciones públicas y agentes privados.²³⁴ El principio de igualdad sustantiva o *de facto* debe aplicarse a las interpretaciones jurídicas, incluidas las leyes nacionales, religiosas y consuetudinarias, así como las leyes sobre SSR²³⁵, y debe ser consciente del impacto, a menudo exacerbado, que la discriminación interseccional tiene sobre la realización de la SDR y procurar superarlo.²³⁶

Ciertas personas y grupos de población experimentan formas de discriminación interseccional que exacerban su exclusión tanto en la ley como en la práctica,²³⁷ privándoles del pleno disfrute de su SDR.²³⁸ Grupos como las mujeres pobres, las personas con discapacidad, los migrantes, los pueblos indígenas y otras minorías étnicas, las personas adolescentes, las personas que viven con el VIH/SIDA y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales tienen más probabilidades de sufrir formas de discriminación interseccional.²³⁹ Las mujeres, niñas y niños víctimas de trata y explotación sexual son objeto de violencia, coacción y discriminación en su vida cotidiana, con mayores riesgos para su SDR. Las mujeres y las niñas que viven en situaciones de conflicto están desproporcionadamente expuestas a riesgos de violaciones a sus derechos, como violaciones sexuales sistemáticas, esclavitud sexual, embarazos forzados y esterilización forzada.²⁴⁰ Sencillamente, los Estados tienen la obligación de garantizar que todas las personas y grupos tengan igual acceso a toda la gama de información, bienes y servicios de SSR, eliminando todas las barreras a las que puedan enfrentarse.²⁴¹

La desagregación por género de los datos de salud y socioeconómicos también es esencial para identificar y remediar las desigualdades en materia de salud.²⁴² La pobreza, la desigualdad de ingresos, la discriminación sistémica y la marginalización son determinantes sociales de la SDR que dicha desagregación debe captar.²⁴³

Informe del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas acerca de las desigualdades de género en la pobreza

Aunque este cuadernillo se centra específicamente en la labor de los órganos de supervisión de los tratados, es importante destacar el reciente informe del Grupo de Trabajo de la ONU sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas en relación con el impacto de la pobreza y las desigualdades socioeconómicas en la SDSR,²⁴⁴ dada su conexión con los determinantes básicos y sociales de la salud que se recogen en las Observaciones Generales No. 14 y 22 del Comité CESCR.

En su informe, el Grupo de Trabajo reconoce que la desigualdad socioeconómica, la pobreza y la discriminación de género a menudo se entrelazan y exacerbaban la marginalización de mujeres y niñas, dejándolas vulnerables a las violaciones de su derecho a la autonomía e integridad corporales y de su SDSR.²⁴⁵ Al no poder acceder a educación, información y servicios de SSR de calidad, como el aborto, las mujeres y niñas sometidas a desigualdades de género a menudo quedan atrapadas en ciclos de pobreza que se transmiten a las generaciones futuras.²⁴⁶ La privatización de los servicios y productos de SSR, incluida la aplicación de medidas de austeridad por parte de los Estados,²⁴⁷ agrava este problema al excluir a las mujeres y niñas de escasos recursos.²⁴⁸ Además, la criminalización de las mujeres y las niñas que buscan productos y servicios anticonceptivos o servicios de aborto castiga de forma desproporcionada a las que carecen de medios económicos para desplazarse a otras jurisdicciones para acceder a esos servicios.²⁴⁹

Las violaciones de la SDSR y la pobreza se refuerzan mutuamente en un círculo vicioso que exige a los Estados adoptar medidas para lograr la realización de toda la gama de la SDSR.²⁵⁰ Aunque los Estados son los principales titulares de las obligaciones en materia de derechos humanos, las empresas también tienen la obligación de adoptar medidas adecuadas para garantizar la SDSR, la autonomía corporal y la ausencia de violencia.²⁵¹ Dichas medidas pueden incluir mecanismos de reclamación con perspectiva de género, permisos de maternidad o para cuidadores remunerados y el derecho de las mujeres a la negociación colectiva y a la libertad de asociación.²⁵²

El Comité CERD y el Comité CEDAW, reconociendo que las mujeres sufren discriminación interseccional y violencia—y especialmente violencia sexual²⁵³—en situaciones de conflicto y posconflicto, han observado que estas violaciones afectan de forma desproporcionada a mujeres y niñas de

determinados grupos raciales o étnicos.²⁵⁴ Por ejemplo, el Comité CERD ha señalado que “[d]eterminadas formas de discriminación racial pueden dirigirse contra las mujeres en calidad de tales como, por ejemplo, la violencia sexual cometida contra las mujeres de determinados grupos raciales o étnicos en detención o durante conflictos armados [y] la esterilización obligatoria de mujeres indígenas”.²⁵⁵

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sido decisiva para el reconocimiento de las intersecciones entre la discriminación por motivos de discapacidad y la discriminación por otros motivos como la edad, la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales.²⁵⁶ El Comité CRPD ha afirmado expresamente que estos estereotipos interseccionales perjudiciales pueden dar lugar a una discriminación estructural o sistémica que está intrínsecamente vinculada a la falta de aplicación de la ley y de programas adecuados.²⁵⁷ El Comité ha recordado a los Estados que deben realizarse ajustes razonables para que las personas con discapacidad puedan acceder plenamente a los servicios de SSR en igualdad de condiciones, como instalaciones físicamente accesibles, información en formatos accesibles y apoyo en la toma de decisiones, y que la atención debe prestarse de una manera respetuosa y digna que no exacerbe la marginalización.²⁵⁸

El Comité CEDAW ha reconocido el impacto específico de la discriminación interseccional en las mujeres y las niñas, incluidas las mujeres rurales, las mujeres migrantes, las mujeres en conflicto y las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo, entre otras.²⁵⁹ El Comité también ha señalado que pueden ser necesarias medidas especiales y específicas de carácter temporal para abordar las formas múltiples e interseccionales de discriminación contra la mujer.²⁶⁰ Su Recomendación General No. 39 sobre las mujeres y las niñas indígenas y su Recomendación General No. 37 sobre las dimensiones de género en la reducción del riesgo de desastres en el contexto del cambio climático incluyen una perspectiva interseccional y recuerdan a los Estados que deben integrar una perspectiva interseccional para prevenir la discriminación contra las mujeres y las niñas indígenas.²⁶¹

Impacto de la discriminación racial en la salud y derechos sexuales y reproductivos: El caso de los Estados Unidos

En 2022, tanto el Comité CERD como el Comité de Derechos Humanos examinaron el cumplimiento de las respectivas convenciones por parte de los Estados Unidos y elaboraron recomendaciones significativas con carácter de estándar sobre SDSR y discriminación. Entre ellas figuran las siguientes:

Salud materna: El Comité de Derechos Humanos, preocupado por el aumento de la mortalidad y morbilidad maternas en los Estados

Unidos,²⁶² recomendó al país que redoblara sus esfuerzos para combatir las e integrara un enfoque interseccional y culturalmente respetuoso en las políticas y programas destinados a mejorar el acceso de las mujeres a servicios integrales de SSR.²⁶³ El Comité también recomendó que los Estados Unidos adoptara nuevas medidas para eliminar las disparidades raciales y étnicas en materia de SDR, especialmente las encaminadas a reducir las tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad y morbilidad maternas entre las minorías raciales y étnicas.²⁶⁴

Aborto: El Comité de Derechos Humanos se refirió específicamente al impacto inmediato y devastador sobre la salud y los derechos de las mujeres y las niñas después de la revocación por parte de la Corte Suprema de los Estados Unidos del derecho federal al aborto en el caso *Dobbs c. Jackson Women's Health Organization*, especialmente su impacto desproporcionado sobre las mujeres y las niñas de escasos recursos y pertenecientes a grupos vulnerables. El Comité señaló el profundo impacto de *Dobbs* en los derechos de las mujeres y niñas que desean abortar y en los derechos a la vida, a la intimidad y a no sufrir tratos crueles y degradantes.²⁶⁵ El Comité recomendó a los Estados Unidos que proporcionara acceso legal, efectivo, seguro y confidencial al aborto a las mujeres y niñas en todo su territorio, sin discriminación, violencia ni coerción²⁶⁶; que pusiera fin a la criminalización del aborto, incluyendo a quienes lo proveen, y que considerara armonizar su marco jurídico y político con las Directrices de la OMS sobre la atención para el aborto; que eliminara las barreras existentes que impedían el acceso a la atención del aborto y se abstuviera de introducir otras nuevas; y que prosiguiera sus esfuerzos para garantizar y ampliar el acceso al aborto médico.²⁶⁷

Partería: El Comité de Derechos Humanos expresó preocupación por el hecho de que varios estados de los Estados Unidos restringen gravemente, prohíben o incluso criminalizan la partería, limitando así la disponibilidad de una atención a la salud materna respetuosa y culturalmente sensible para las personas con bajos ingresos, las que viven en zonas rurales, las afrodescendientes y las pertenecientes a comunidades indígenas.²⁶⁸ El Comité recomendó a los Estados Unidos que adoptara más medidas para eliminar los obstáculos jurídicos y prácticos restrictivos y discriminatorios a la atención obstétrica, incluidos los que afectan a las parteras de comunidades afrodescendientes e indígenas.²⁶⁹

b. Restricciones a la autonomía corporal y los derechos reproductivos

Garantizar el derecho de las mujeres a la no discriminación y a la igualdad sustantiva requiere que las mujeres puedan ejercer la autonomía y la autodeterminación, así como tomar decisiones importantes sin influencias indebidas ni coacciones.²⁷⁰ El derecho de una mujer, niña y persona con

diversa OSIEGCS a tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y sus funciones reproductivas, está en el núcleo mismo del derecho fundamental a la igualdad y a la intimidad, ya que afecta cuestiones íntimas de su integridad física y psicológica.²⁷¹ Aunque todas las cuestiones tratadas en este cuadernillo se relacionan con la autonomía corporal, las que se exponen a continuación se refieren a los obstáculos procedimentales y de otro tipo a la autonomía reproductiva (como los requisitos de autorización de terceros para los servicios de SSR) y a la violencia y la coerción que afectan a la SDSR (como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil, precoz y forzado, y la esterilización forzada).

Barreras procedimentales y de otro tipo a la autonomía reproductiva

“El derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva [en el original, *genésica*], y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados [en el original, *consensuales*]”,²⁷² incluyen la obligación del Estado de respetar el derecho a tomar decisiones autónomas sobre la propia SSR.

• Requisitos de autorización de terceros

El Comité CEDAW ha instado a los Estados a derogar los requisitos de autorización de terceros—como los que exigen autorización de cónyuges, jueces, padres, representantes legales o autoridades de salud—para acceder a servicios e información sobre SSR, calificando estos requisitos como una forma de discriminación contra la mujer, una violación del derecho a la intimidad y un obstáculo para el acceso de las mujeres a los servicios de SSR.²⁷³ El Comité CRC también ha afirmado específicamente que “el acceso a los productos básicos, a la información y al asesoramiento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos no debería verse obstaculizado por, entre otros factores, el requisito de consentimiento o la autorización de terceros”.²⁷⁴ Los Estados deben “estudiar la posibilidad de permitir que los niños y niñas accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”.²⁷⁵ El Comité CRC también ha instado a los Estados a despenalizar el aborto para garantizar que las niñas tengan acceso a servicios de aborto y posaborto seguros y a “[revisar] su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto”.²⁷⁶

• Capacidad jurídica de las personas con discapacidad en materia de salud sexual y reproductiva

En el caso de las personas con discapacidad, el Comité CRPD ha recomendado a los Estados parte que adopten “medidas efectivas a fin de ofrecer a las mujeres con discapacidad acceso al apoyo que puedan necesitar para ejercer su capacidad jurídica, de conformidad con la observación

general núm. 1 del Comité (2014) relativa al igual reconocimiento como persona ante la ley, dar su consentimiento libre e informado y adoptar decisiones sobre su propia vida”.²⁷⁷ Los órganos de supervisión de los tratados llevan mucho tiempo insistiendo en la necesidad de obtener consentimiento informado para los procedimientos de esterilización²⁷⁸ y han instado a los Estados a derogar cualquier disposición legal que permita el consentimiento sustituido por terceros, a investigar y exigir responsabilidades a los autores de esterilizaciones forzadas, y a proporcionar reparación y apoyo a las mujeres y niñas víctimas de esterilizaciones forzadas.²⁷⁹

Violencia y coerción

Los órganos de supervisión de los tratados han reconocido que a las mujeres se les niega la autonomía reproductiva cuando son objeto de violencia o coerción, lo que puede incluir prácticas nocivas como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil, precoz y forzado, o la esterilización forzada.²⁸⁰ Han afirmado que las violaciones a la SDSR de las mujeres, como la esterilización forzada, son una forma de violencia de género que, dependiendo de las circunstancias, puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.²⁸¹ Asimismo, estos órganos reconocen desde hace tiempo que la esterilización forzada viola los derechos de la mujer al consentimiento informado y a la dignidad.²⁸²

Los órganos de supervisión de los tratados han establecido claramente que dichas prácticas se basan en formas interseccionales de discriminación, estereotipos de género y prejuicios que tienen sus raíces en normas y estructuras sociales históricas, incluido el patriarcado, con un impacto diferenciado en las niñas.²⁸³ También han destacado la obligación de los Estados de garantizar que todos los casos de tortura, malos tratos, prácticas nocivas y otros tipos de violencia, incluida la violencia doméstica y sexual, se investiguen con prontitud y eficacia; que los autores sean procesados y, si son condenados, sean castigados con penas adecuadas; y que las víctimas tengan acceso a recursos legales efectivos, como rehabilitación, indemnización y medios de protección y asistencia.²⁸⁴

• Matrimonio infantil, precoz y forzado

Los Comités CEDAW y CRC han pedido la implementación de leyes que prohíban el matrimonio infantil.²⁸⁵ Además, los Comités de Derechos Humanos y CEDAW han recomendado que se aumente la edad mínima para contraer matrimonio a los 18 años sin excepción—independientemente de las prácticas culturales, religiosas o consuetudinarias²⁸⁶—y que se declaren nulos los matrimonios infantiles por debajo de la edad mínima.²⁸⁷ Reconociendo que las tradiciones patriarcales, las actitudes culturales y los estereotipos discriminatorios están en la raíz del matrimonio infantil, precoz y forzado, los órganos de supervisión de los tratados han señalado consistentemente que los Estados tienen la obligación de garantizar que tales tradiciones y puntos de vista no se utilicen para violar los derechos de las mujeres y las niñas.²⁸⁸ Esto coincide con la obligación de los Estados de proteger a las niñas con mayor riesgo de matrimonio infantil, incluidas las niñas de subgrupos vulnerables.²⁸⁹

Los órganos de supervisión de los tratados han expresado una preocupación constante por las repercusiones que el matrimonio infantil, precoz y forzado tiene en los embarazos precoces, las tasas de abandono escolar, la violencia sexual y de género y la salud materna, así como por la forma en que estas repercusiones se ven exacerbadas por unos servicios de SSR limitados, inadecuados o discriminatorios.²⁹⁰ Estos órganos han recomendado que los Estados proporcionen recursos adecuados para el tratamiento y la rehabilitación de las niñas víctimas de matrimonios forzados, como refugios y programas de recuperación física y psicológica.²⁹¹

El Comité CAT ha reconocido que el matrimonio infantil es una práctica tradicional nociva que debe prohibirse para garantizar el cumplimiento de la prohibición de la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes en virtud de la Convención contra la Tortura.²⁹² Del mismo modo, el Comité CEDAW ha señalado que el matrimonio forzado es punible como trata de personas o coacción.²⁹³ Este Comité, además, ha recordado a los Estados sus obligaciones de garantizar que los casos de matrimonio forzado se investiguen y enjuicien de manera efectiva y que los autores sean castigados adecuadamente;²⁹⁴ de tipificar explícitamente como delito el matrimonio forzado en los códigos penales nacionales; y de garantizar que las víctimas reciban la atención, el apoyo y las reparaciones adecuadas.²⁹⁵ También se ha referido específicamente al impacto de los embarazos precoces en las comunidades romaníes y en las mujeres con discapacidad, y ha recomendado a los Estados que adopten las salvaguardas legales necesarias para proteger a las mujeres con discapacidad de ser presionadas para contraer matrimonios forzados.²⁹⁶

- **Procedimientos forzados de salud reproductiva**

La esterilización forzada o bajo coerción, el aborto forzado o bajo coerción y las pruebas obligatorias de embarazo o ITS, incluido el VIH, son violaciones de los derechos de la mujer a la toma de decisiones relacionadas con la salud y al consentimiento informado.²⁹⁷ El Comité CEDAW ha clasificado la esterilización forzada como una forma de violencia de género²⁹⁸ y ha pedido que se investiguen debidamente las denuncias sobre esterilización forzada y que se proporcionen recursos legales y reparaciones que sean “adecuados, efectivos, atribuidos con prontitud, holísticos y proporcionales a la gravedad del daño sufrido”.²⁹⁹ El Comité también ha pedido que se recopilen más datos desagregados sobre la esterilización forzada como forma de violencia de género.³⁰⁰

Las violaciones relacionadas con procedimientos de salud forzados suelen ocurrir en contra de personas pertenecientes a grupos marginalizados, incluidas personas con discapacidad, personas que viven con VIH, personas pertenecientes a minorías étnicas o raciales y personas con OSIEGCS diversas.³⁰¹ Las mujeres de grupos marginalizados—incluidas las mujeres indígenas,³⁰² las mujeres con discapacidad,³⁰³ y las mujeres que viven con VIH³⁰⁴—a menudo son sometidas a esterilización forzada o bajo coerción, lo que, según los órganos de supervisión de los tratados, viola, entre otros, el derecho a no sufrir tortura ni malos tratos.³⁰⁵

El Comité CEDAW ha expresado una preocupación específica por la

esterilización involuntaria de las mujeres transgénero como condición previa para el reconocimiento legal de su género.³⁰⁶ El Comité ha recomendado garantizar que las mujeres transgénero puedan seguir obteniendo el reconocimiento legal de su género y cambiar su nombre en los registros civiles sin someterse a una esterilización involuntaria.³⁰⁷ También ha pedido a los Estados que se comprometan a no adoptar legislación que permita la esterilización obligatoria.³⁰⁸ El Comité también ha observado con preocupación la esterilización involuntaria de mujeres romaníes sin consentimiento informado y ha emitido recomendaciones para garantizar su acceso a la justicia y a una indemnización justa a través de acciones como facilitar el acceso a la historia médica, divulgar evidencias antes del juicio, eliminar barreras financieras y otros mecanismos efectivos.³⁰⁹ Los órganos de supervisión de los tratados han observado numerosos Estados con vacíos educativos en materia de SDSR, incluso entre el personal médico, que conducen a la esterilización forzada, y han recomendado además medidas basadas en la educación, como campañas de sensibilización sobre SDSR y formación para el personal médico sobre los requisitos de las leyes contra la esterilización forzada y la SDSR de las mujeres con discapacidad.³¹⁰

Los órganos de supervisión de los tratados también han expresado su preocupación por los tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios a personas intersexuales. Recordando a los Estados su obligación de garantizar la integridad corporal, la autonomía y la autodeterminación, han recomendado que ninguna persona sea sometida a tales tratamientos. Además, han recomendado que se eduque y capacite al personal médico sobre la diversidad sexual y las consecuencias de las intervenciones quirúrgicas y otras intervenciones médicas innecesarias para los niños intersexuales.³¹¹ El Comité CDESCR ha señalado que “las normas que disponen que las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales sean tratadas como enfermos mentales o psiquiátricos, o sean ‘curadas’ mediante un ‘tratamiento’, constituyen una clara violación de su derecho a la salud sexual y reproductiva”.³¹² El Comité CAT también ha recomendado que todas las personas intersexuales que experimenten dolor y sufrimiento graves causados por tales procedimientos médicos innecesarios tengan acceso a recursos legales efectivos.³¹³

III. Temas de especial interés

a. Técnicas de reproducción asistida y gestación subrogada

Las personas y las parejas tienen derecho a decidir el número de hijos, el momento de tenerlos, el intervalo entre sus nacimientos, y a beneficiarse de los avances científicos.³¹⁴

La infertilidad puede poner en peligro la protección de derechos humanos

esenciales. Por lo tanto, abordarla y garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria en materia de fertilidad es una parte importante de la realización del derecho de las personas y las parejas a constituir una familia.³¹⁵ Con este fin los Estados deben, como mínimo, garantizar el acceso a técnicas científicas actualizadas, como la TRA, sobre la base de la no discriminación y la igualdad, como se indica en la Observación General No. 22 del Comité CDESCR sobre el derecho a la SSR.³¹⁶ El uso de TRA debe respetar el principio fundamental de que toda persona tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida reproductiva.³¹⁷ Del mismo modo, todas las personas tienen derecho a información y servicios completos, imparciales y con base empírica.³¹⁸ Para garantizar que la TRA tenga en cuenta las necesidades, realidades y contextos de las mujeres—y en particular de los grupos vulnerables—es esencial la inclusión de las personas directamente afectadas en el desarrollo, adopción e implementación de leyes y políticas sobre la aplicación de la TRA.³¹⁹

Los Estados también deben garantizar el acceso a formas modernas y seguras de TRA y a otros bienes y servicios sexuales y reproductivos. Las obligaciones de los Estados a este respecto incluyen la adopción de las medidas que sean necesarias para impedir que cualquier persona o entidad interfiera en el derecho a participar y disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, por ejemplo, protegiendo a las personas de la discriminación por motivos de género, orientación sexual, identidad de género u otras circunstancias.³²⁰ De hecho, este derecho ha allanado el camino para una mayor diversidad en la formación de las familias.

En recientes revisiones de país los órganos de supervisión de los tratados han pedido a los Estados que eliminen las restricciones excesivas al uso de las TRA,³²¹ e incluso el Comité CEDAW ha acogido con satisfacción la legislación estatal que regula las TRA y garantiza el acceso a la reproducción médicamente asistida.³²² Entre los motivos de especial preocupación en relación con el acceso a estas técnicas se encuentran la penalización de determinadas prácticas de TRA, la discriminación interseccional y basada en género,³²³ las restricciones al derecho de las mujeres a tomar decisiones independientes sobre su autonomía corporal, normativas ineficientes e incapaces de seguir el ritmo de los avances tecnológicos y, en algunos Estados, la falta de normativas específicas.³²⁴

Gestación subrogada

Aunque la gestación subrogada (también conocida como gestación por sustitución) suele discutirse desde el punto de vista de los derechos del niño, es un método importante de formación de familias para muchas personas y parejas, e implica los derechos de múltiples partes interesadas incluidos los futuros padres y las personas que actúan como subrogantes.³²⁵

Gran parte del desarrollo internacional en materia de derechos humanos sobre la gestación subrogada se ha centrado en los derechos de los niños y niñas nacidos por esta vía y en su derecho a la identidad. El Comité CRC, por ejemplo, ha expresado su “honda preocupación” por la privación de nacionalidad que siguen sufriendo algunos niños y niñas nacidos por gestación subrogada y ha recomendado la eliminación de barreras jurídicas

y el fortalecimiento de vías legales para que todos los niños y niñas adquieran una nacionalidad.³²⁶ Además, ha alentado las iniciativas legislativas en curso que procuran regular la gestación subrogada con el fin de garantizar que la reproducción médicamente asistida que involucra la subrogación tenga como consideración primordial el interés superior de los niños y niñas, y que quienes han nacido mediante gestación subrogada tengan acceso a información sobre sus orígenes en línea con el derecho a la identidad.³²⁷ El Comité CRC también ha destacado que la plena realización del interés superior de esos niños y niñas, y de las personas que actúan como subrogantes, también puede requerir que se proporcione a las subrogantes y a los futuros padres asesoramiento y apoyo adecuados.³²⁸ Además, ha recomendado que las normativas sobre gestación subrogada que pretenden proteger el derecho a la identidad establezcan procedimientos claros para gestionar y almacenar los datos relativos al origen de los niños y niñas.³²⁹ El Comité CEDAW ha expresado una preocupación similar ante la ausencia de regulación legal de la gestación subrogada y ha recomendado la adopción de disposiciones legales que permitan a los niños y niñas nacidos de gestación subrogada en el extranjero adquirir la ciudadanía por descendencia.³³⁰

Desde la perspectiva de las mujeres que actúan como subrogantes, el Comité CEDAW solo ha abordado la cuestión en dos evaluaciones de país. En 2019, por primera vez, el Comité recomendó a un país que no impusiera responsabilidad penal ni sanciones administrativas a las mujeres que actúan como subrogantes y que garantizara que las leyes, regulaciones y políticas sobre gestación subrogada eviten la explotación y la privación de libertad, así como la coacción, la discriminación y la violencia contra ellas.³³¹ Más recientemente, el Comité CEDAW expresó preocupación por el riesgo de explotación al que están expuestas las mujeres debido a la pobreza y a la falta de oportunidades alternativas de generación de ingresos, en particular las mujeres que actúan como subrogantes y los niños y niñas nacidos de ellas durante la guerra en Ucrania.³³² Reconociendo estos riesgos, el Comité recomendó la adopción de un marco legislativo que regule la gestación subrogada y proteja a las mujeres que actúan como subrogantes de la explotación, la coacción, la discriminación y la trata de personas.³³³

b. Salud sexual y reproductiva en zonas de conflicto, situaciones de crisis y contextos humanitarios

El DIDH sigue siendo aplicable en contextos humanitarios y de riesgo, incluidos los conflictos armados, y proporciona los estándares más sólidos del derecho internacional sobre SDSR.³³⁴ Por ejemplo, el artículo 11 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad dispone explícitamente la aplicación continuada de la Convención en situaciones de conflicto armado “para garantizar la seguridad

y la protección de las personas con discapacidad”.³³⁵ Las Observaciones Generales No. 9 y No. 10, en las que está trabajando actualmente el Comité CRPD, brindan al Comité la oportunidad de establecer la obligación de no discriminación consagrada en la Convención en los principios y reglas aplicables del Derecho Internacional Humanitario (DIH) para la protección de las personas con discapacidad.³³⁶

Los estándares de derechos humanos son complementarios a los del DIH y pueden y deben utilizarse como herramienta interpretativa de los vacíos existentes en otras ramas del derecho internacional.³³⁷ Además, los estándares del DIDH son aplicables no sólo a los Estados sino también a agentes no estatales, incluyendo en ciertas circunstancias a grupos armados no estatales, a los Estados donantes y a otros agentes.³³⁸

Los órganos de supervisión de los tratados han expresado preocupación por el acceso limitado de las mujeres y niñas a los servicios de SSR en zonas afectadas por conflictos, y su repercusión en la mortalidad materna.³³⁹ El Comité CEDAW, por ejemplo, ha recomendado que se proporcione información y servicios de SSR en situaciones de crisis, incluyendo a las mujeres y niñas refugiadas, solicitantes de asilo y desplazadas internas.³⁴⁰

La Recomendación General No. 30 del Comité CEDAW sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos abarca un amplio espectro de SDSR, incluida la protección contra la violencia sexual y de género, y el derecho a acceder a servicios de SSR.³⁴¹ Partiendo de su preocupación por los efectos del conflicto sobre la SDSR y la mortalidad materna, el Comité CEDAW ha instado a los Estados específicamente a que prioricen la prestación de servicios de SSR, incluidos los servicios de aborto seguro, la atención posaborto, el apoyo psicosocial, la anticoncepción de emergencia, la atención prenatal, los servicios de parto cualificados, la atención obstétrica de emergencia, los servicios para lesiones como la fístula causada por violencia sexual, y la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS, entre otros.³⁴²

Rendición de cuentas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en contextos humanitarias y provisión de reparaciones

La aplicación y el cumplimiento de los estándares de derechos humanos en contextos y programas humanitarios contribuye a reforzar la rendición de cuentas, incluyendo la reparación por falta de acceso a servicios de SSR.³⁴³ Por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos ha expresado profunda preocupación por la violencia sexual y de género como método de guerra y por la falta de acceso efectivo a la atención de emergencia en salud, la rehabilitación y los mecanismos de reparación para las víctimas de violencia sexual y de género contra las mujeres.³⁴⁴ Esto ha llevado al Comité a recomendar a los Estados que garanticen el acceso efectivo a la rehabilitación y reparación de todas las víctimas de violencia sexual y de género, y que impidan nuevas violaciones.³⁴⁵

S.H. c. Bosnia y Herzegovina **(Comité CEDAW, 2020)³⁴⁶**

La demandante, S.H., era sobreviviente de una violación sexual perpetrada por un miembro de las fuerzas serbobosnias durante el conflicto en la antigua Yugoslavia. La violación causó a S.H. sufrimientos físicos y psicológicos, incluidos problemas en su glándula tiroides y una grave infección genital, para los que no pudo pagar un tratamiento adecuado. Más tarde, la infección se convirtió en una enfermedad cervical y, posteriormente, en cáncer de cuello uterino, lo que provocó la extirpación de su cérvix. La incapacidad de S.H. para mantener relaciones sexuales con su marido tras la violación también la llevó al divorcio. Desde su divorcio ha estado viviendo por debajo de la línea de pobreza.

Poco después de la violación, S.H. presentó una denuncia policial; sin embargo, la policía no le dio acceso a la información sobre el progreso de la investigación, ni la posibilidad de contribuir a la misma.³⁴⁷ La policía no investigó la denuncia inicial de S.H. durante más de 10 años, y las autoridades estatales ignoraron sus peticiones para recibir información actualizada.³⁴⁸ El Estado tampoco le proporcionó acceso a una asistencia social integral hasta el 2019, cuando las autoridades finalmente reconocieron su condición de víctima de violencia sexual relacionada con el conflicto y le concedieron una pensión mensual de unos 67 euros (aproximadamente USD \$75).

Tras agotar todos los procedimientos y recursos legales internos para acceder a la justicia y a una ayuda económica adecuada, S.H. presentó una denuncia ante el Comité CEDAW. En su decisión, el Comité determinó que el hecho de que el Estado no proporcionara una investigación efectiva y oportuna, ni una reparación suficiente a la víctima, constituía múltiples violaciones de la Convención incluido el acceso a la justicia y la igualdad ante la ley. También constató una violación del artículo 12 sobre el derecho a la salud.³⁴⁹

c. COVID-19

La pandemia del COVID-19 afectó profundamente la SDRS, especialmente la atención en salud materna.³⁵⁰ Esto se refleja en parte en el estancamiento del descenso de la tasa mundial de mortalidad materna que durante las dos décadas anteriores a la pandemia había descendido de forma constante y progresiva.³⁵¹ El análisis de los determinantes sociales y otros determinantes de la salud fue clave para evaluar los impactos diferenciados en personas y poblaciones marginalizadas y discriminadas durante el COVID-19.³⁵² Es importante destacar que, en virtud del DIDH, el concepto de realización progresiva de derechos, incluyendo del derecho a la salud, que requiere a los Estados destinar hasta el máximo de los recursos posibles para lograr el pleno

cumplimiento de los derechos, está delimitado, entre otros, por la obligación de “adoptar medidas” dentro de un plazo razonable para alcanzar la realización de los derechos. El cumplimiento progresivo también está delimitado por el principio de no regresión y las obligaciones básicas que no son derogables y que incluyen el derecho a la no discriminación.³⁵³ Las medidas adoptadas por los Estados durante la pandemia del COVID-19 incluyeron el desvío de recursos financieros y humanos que de otra forma habrían estado destinados a la atención de la SSR y la imposición de restricciones a los servicios, lo que en la práctica equivale a medidas regresivas incompatibles con las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos.³⁵⁴

Bienes y servicios de salud sexual y reproductiva durante el COVID-19

Al inicio de la pandemia del COVID-19, la OMS y el Comité CEDAW clasificaron la SSR específicamente como un servicio esencial de “alta prioridad”,³⁵⁵ Y reiteraron que la atención de la SSR es un servicio de salud vital y esencial que debía continuar durante la pandemia.³⁵⁶ Los bienes y servicios esenciales incluyen los relacionados con la salud reproductiva, “incluso durante el embarazo y el parto”.³⁵⁷ En su Observación General No. 36, el Comité de Derechos Humanos articula que el deber de proteger la vida implica la obligación concomitante de garantizar el acceso “sin demora” a bienes y servicios esenciales en el marco de operaciones de respuesta a emergencias.³⁵⁸ Los Estados no pueden posponer o retrasar los servicios esenciales ni siquiera cuando aplican medidas de protección de la salud pública durante emergencias como la COVID-19.³⁵⁹ Garantizar los servicios de SSR sigue siendo esencial tanto en la ley como en la práctica y es especialmente importante a la luz de las amenazas a la SDR que los órganos de supervisión de los tratados han venido destacando desde el inicio de la pandemia.

Amenazas y vulnerabilidades desde el inicio del COVID-19

Los órganos de supervisión de los tratados han seguido señalando las amenazas y vulnerabilidades creadas por el COVID-19 y su impacto perjudicial en los vacíos existentes en la protección y el cumplimiento de la SDR. Habiendo observado una despriorización de la atención y los servicios de SSR durante la pandemia—a pesar de que el COVID-19 exacerbó las amenazas y causó resultados pobres en materia de SSR—los órganos de supervisión de los tratados han recordado consistentemente a los Estados la necesidad de que traten la atención de la SSR como esencial. Categorizar los bienes y servicios como esenciales desencadena protecciones y obligaciones legales específicas durante emergencias como la del COVID-19.³⁶⁰

Los órganos de supervisión de los tratados también han expresado preocupación por la persistencia de amenazas específicas a la SDR desde el inicio de la pandemia, tales como el aumento de la violencia sexual y de género y la violencia doméstica,³⁶¹ el acceso limitado a la educación y la información sobre SSR,³⁶² y el aumento de la prevalencia del matrimonio infantil, precoz y forzado.³⁶³ El acceso a los servicios de SSR ha sido, en general, más limitado desde el inicio de la pandemia, incluidas escasas facilidades para las madres trabajadoras y las mujeres y niñas embarazadas que se enfrentan a dificultades

específicas como consecuencia del COVID-19, las mujeres y niñas de las zonas rurales, y las mujeres y niñas con discapacidades.³⁶⁴ Los Comités CEDAW y CRC también han expresado preocupación por el aumento de las tasas de embarazo adolescente durante la pandemia, lo que en algunos países ha provocado una elevada tasa de abandono escolar entre las niñas que cursan la educación secundaria.³⁶⁵

Reconociendo que las vulnerabilidades puestas de manifiesto por el COVID-19 a menudo reflejan políticas y prácticas discriminatorias y mecanismos de cumplimiento débiles que anteceden a la pandemia, los órganos de supervisión de los tratados han seguido recomendando que los Estados mejoren los mecanismos de rendición de cuentas por violencia sexual y de género y que garanticen el acceso de mujeres y niñas a la justicia, garantizando, entre otras cosas, que la asistencia jurídica sea asequible o gratuita y que los órganos encargados de hacer cumplir la ley y las autoridades judiciales construyan su propia capacidad en materia de investigaciones y métodos de interrogatorio con perspectiva de género. El Comité CEDAW también ha recomendado que los Estados aborden las causas subyacentes de los estereotipos de género que han contribuido o al tipo de amenazas que fueron exacerbadas o puestas de manifiesto por el COVID-19 mediante, como, por ejemplo, la ampliación de los planes de estudio de secundaria para incluir contenidos sobre estereotipos de género perjudiciales y la prevención del embarazo precoz; y la formación de la fuerza pública en violencia sexual y de género.³⁶⁶

El Comité CEDAW ha recomendado más específicamente la aplicación de “medidas institucionales, legislativas y políticas para corregir las desigualdades de larga data entre mujeres y hombres” y garantizar que las mujeres y niñas no se vean confinadas a roles de género estereotípicos en los planes de recuperación y que haya una participación igualitaria—incluidos los grupos de mujeres y niñas desfavorecidos y marginalizados—“en la formulación y la aplicación de los programas de recuperación pos-COVID-19”.³⁶⁷ Teniendo en cuenta el acceso aún más limitado a los servicios de SSR durante la pandemia del COVID-19, los órganos de supervisión de los tratados han recomendado que los Estados creen conciencia sobre la disponibilidad de bienes y servicios accesibles y asequibles.³⁶⁸ El Comité CEDAW también ha recomendado la recopilación de datos desagregados sobre el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud de las mujeres.³⁶⁹

d. La crisis climática y la salud y los derechos sexuales y reproductivos

La Observación General No. 14 del Comité CESC sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud incluye el derecho a un medio ambiente sano, que obliga a los Estados, entre otras cosas, a prevenir y reducir “la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente la salud de los seres humanos”.³⁷⁰ La Observación General No. 36 del Comité de Derechos Humanos sobre

el derecho a la vida reconoce que tanto la degradación ambiental, como el cambio climático, son dos de las amenazas más urgentes y graves al derecho a la vida de las generaciones futuras, e insta a los Estados a adoptar medidas de protección contra los daños ambientales, mitigar la contaminación y hacer frente a los efectos de la crisis climática.³⁷¹

La Recomendación General No. 37 del Comité CEDAW sobre las dimensiones de género en la reducción del riesgo de desastres en el contexto del cambio climático reconoce el impacto desproporcionado que la crisis climática tiene sobre las mujeres y las niñas debido a la discriminación y las desigualdades de género, y recomienda a los Estados que garanticen el cumplimiento de sus derechos humanos en todas las respuestas al cambio climático y esfuerzos de mitigación.³⁷² También insta a los Estados a dar prioridad a los servicios e información sobre SSR—como servicios de aborto seguro, anticoncepción y atención a la salud materna—en todos los programas de preparación y respuesta ante desastres³⁷³ y a eliminar todas las barreras de acceso a los servicios de SSR antes, durante y después de los desastres.³⁷⁴ Tanto el Comité CEDAW como el Comité de Derechos Humanos han recomendado que los Estados elaboren políticas que protejan a las personas vulnerables de los efectos adversos del cambio climático, especialmente a las mujeres y las niñas que se ven desproporcionadamente afectadas debido a la discriminación de género.³⁷⁵

El Comité CEDAW también ha reconocido el rol indirecto de juegan las empresas en la contribución a la violencia sexual y de género contra las mujeres a través de la degradación ambiental, especialmente en el caso de las mujeres de comunidades rurales o marginalizadas.³⁷⁶ La Recomendación General No. 34 del Comité sobre las mujeres rurales, por ejemplo, recomienda que los Estados “deberían regular las actividades de los agentes nacionales no estatales dentro de su jurisdicción, incluso cuando operan fuera del territorio del país”.³⁷⁷ En su reciente Recomendación General No. 39 sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas, el Comité CEDAW reconoce el concepto de “violencia ambiental” como una forma de violencia sexual y de género que incluye el daño, la degradación y la contaminación ambientales.³⁷⁸

Basándose en estas recomendaciones y siguiendo los progresos de los Estados parte, los órganos de supervisión de los tratados han seguido reconociendo las repercusiones del cambio climático y la degradación ambiental en la igualdad de género, el derecho a la salud y la SDSR, especialmente para las poblaciones desfavorecidas que sufren discriminación por motivos de género y otras formas de discriminación interseccional.³⁷⁹

Crisis climática y asignación discriminatoria de recursos naturales

El Comité CEDAW ha seguido centrándose en la conexión entre las políticas desiguales y discriminatorias de propiedad de la tierra y la asignación de los recursos naturales, en particular para las mujeres en zonas rurales que se ven afectadas de manera desproporcionada por la crisis climática y que tienen un acceso limitado a bienes y servicios de SSR.³⁸⁰ El Comité ha observado que las

actitudes patriarcales persistentes suelen acompañar la imposición por parte de los Estados de restricciones a la propiedad de la tierra, a los roles de toma de decisión de las mujeres sobre el uso de los recursos naturales y a los servicios para las víctimas de violencia de género.³⁸¹

Reconociendo estas conexiones entre la SDSR y la crisis climática, el Comité CEDAW ha recomendado que los Estados adopten planes nacionales para la reducción de la contaminación que sean “compatible[s] con el pleno disfrute de las mujeres y las niñas de su derecho a la salud”.³⁸² Además, el Comité ha recomendado a los Estados que, para cumplir el Objetivo de Desarrollo Sostenible No. 5, apliquen reformas que garanticen la igualdad de derechos de las mujeres a los servicios económicos—incluidos los recursos naturales—y apoyen su acceso a la atención y los servicios de SSR.³⁸³

IV. Recomendaciones

En los últimos años, los órganos de supervisión de los tratados han avanzado considerablemente en la elaboración de estándares de derechos humanos sobre SDSR. Para garantizar el continuo desarrollo de los estándares de derechos humanos y la plena realización de la SDSR en todo el mundo, los órganos de supervisión de los tratados deberían considerar lo siguiente:

- i. Reconocer explícitamente que los Estados tienen la obligación de garantizar el derecho de las mujeres, niñas y personas con diversas OSIEGCS a acceder al aborto. Para ello, los Estados deben guiarse por las Directrices sobre la atención para el aborto de la OMS para garantizar que el acceso esté disponible a petición de la mujer, niña u otra persona embarazada sin la autorización de ningún otro individuo, organismo o institución. Esto incluye la despenalización total del aborto y la eliminación de los enfoques basados en causales para el acceso al aborto, los periodos de espera obligatorios, los límites de edad gestacional, y la garantía de la opción del aborto autogestionado hasta las 12 semanas de gestación sin la participación de un proveedor de salud, si la persona embarazada así lo desea.
- ii. Seguir recordando a los Estados que la denegación del acceso a servicios, bienes e información sobre SSR es una forma de discriminación por motivos de género; que puede resultar en tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes; y que los Estados están obligados a prevenir, sancionar y reparar tales violaciones de derechos.
- iii. Reforzar la aplicabilidad del DIDH en contextos humanitarios como una forma de fortalecer la rendición de cuentas y las reparaciones por falta de acceso a los servicios de SSR y reiterar que el suministro de toda la gama de información y servicios de SSR, incluido el aborto, sin discriminación es esencial en situaciones de riesgo y contextos humanitarios.
- iv. Seguir abordando la discriminación interseccional como causa subyacente

del impacto desproporcionado de las violaciones de la SDSR en los grupos desfavorecidos e históricamente marginalizados, y especificar que los Estados podrían tener que implementar medidas temporales especiales para garantizar la SDSR de dichos grupos.

- v. Desarrollar un enfoque claro de las TRA, incluida la gestación subrogada, basado en los derechos humanos, que reconozca las TRA como un método importante de formación de familias y proteja los derechos de todas las partes implicadas. Este enfoque debe centrarse en los derechos de las mujeres y garantizar que el derecho a beneficiarse de los avances científicos se aplique de forma no discriminatoria.
- vi. Continuar los esfuerzos para incorporar un lenguaje incluyente en materia de género, para mejorar la protección de las personas con diversas OSIEGCS en la interpretación y aplicación de los diferentes tratados de derechos humanos de la ONU como una forma de contribuir a la normalización de las identidades no binarias, y aumentar la visibilidad de experiencias marginalizadas vinculadas a formas de discriminación interseccional.
- vii. Reconocer que sólo las personas embarazadas pueden determinar su relación con su embarazo, y dejar de utilizar un lenguaje relacionado con la maternidad (por ejemplo, términos como “madre”) en el contexto del aborto como una cuestión de dignidad y respeto.

Referencias

- 1 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité CDESCR, por sus siglas en inglés), Observación General No. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, Doc. ONU E/C.12/GC/22 (2 de mayo de 2016) [en adelante, Comité CDESCR, Observación General 22], párr. 5.
- 2 *Id.*
- 3 Este cuadernillo se limita a los estándares de los órganos de supervisión de la ONU y no incluye los estándares desarrollados por los Procedimientos Especiales del Consejo de Derechos Humanos de la ONU.
- 4 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), Recomendación General No. 39 sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas, Doc. ONU CEDAW/C/GC/39 (26 de octubre de 2022) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 39].
- 5 Comité CDESCR, Observación General No. 25 sobre la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15(1)(b), (2), (3) y (4) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Doc. ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020) [en adelante, Comité CDESCR, Observación General No. 25], párr. 33.
- 6 Comité de los Derechos del Niño (Comité CRC), “Perú violó los derechos de una niña víctima de violación al no garantizarle el acceso al aborto y procesarla penalmente por autoaborto, según el Comité de la ONU”, 13 de junio de 2023, *disponible en:* <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2023/06/peru-violated-child-rape-victims-rights-failing-guarantee-access-abortion>.
- 7 Comité CEDAW, *S.H. c. Bosnia y Herzegovina*, Dictamen aprobado por el Comité CEDAW con arreglo al artículo 7(3) del Protocolo Facultativo, relativo a la comunicación núm. 116/2017, Doc. ONU CEDAW/C/76/D/116/2017 (9 de julio de 2020) [en adelante, Comité CEDAW, *S.H. c. Bosnia y Herzegovina*].
- 8 El Comité CERD aún está redactando la Observación General No. 37. Comité CERD, “Call for contributions: Draft General Recommendation No. 37 on Racial discrimination in the enjoyment of the right to health” [Convocatoria a contribuciones: Primer proyecto de Observación General No. 37 (2023) sobre la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud], 2 de agosto de 2023, *disponible en:* <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2023/call-contributions-draft-general-recommendation-ndeg37-racial-discrimination>. El Comité CEDAW también está trabajando en una Observación General centrada en la representación igualitaria e inclusiva de las mujeres en los sistemas de toma de decisiones. Comité CEDAW, “Media jornada de debate general sobre la representación equitativa e integradora de las mujeres en los sistemas de toma de decisiones”, 22 de febrero de 2023, *disponible en:* <https://www.ohchr.org/es/events/events/2023/half-day-general-discussion-equal-and-inclusive-representation-women-decision>. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CRPD) está elaborando una Observación General sobre el artículo 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Comité CRPD, “Day of General Discussion and call for written submissions on article 11 of the Convention” [Jornada de debate general y convocatoria a contribuciones sobre el artículo 11 de la Convención], 15 de febrero de 2023, *disponible en:* <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2023/day-general-discussion-and-call-written-submissions-article-11-convention>.
- 9 *Véase, en general*, Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1.
- 10 *Véase, en general*, Comité CDESCR, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Doc. ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) [en adelante, Comité CDESCR, Observación General No. 14].
- 11 Comité CEDAW, “Draft general recommendation No 40. on the equal and inclusive representation of women in decision-making systems” [Proyecto de Observación General No. 40 sobre la representación igualitaria e inclusiva de mujeres en los sistemas de toma de decisiones], 18 de julio de 2023, *disponible en:* <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/draft-general-recommendation-no-40-equal-and>.

- 12 Comité CRPD, “Day of General Discussion and call for written submissions on article 11 of the Convention” [Jornada de debate general y convocatoria para contribuciones escritas sobre artículo 11 de la Convención (sobre las personas con discapacidad en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias)], 15 de febrero de 2023, *disponible en:* <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2023/day-general-discussion-and-call-written-submissions-article-11-convention>.
- 13 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 10.
- 14 Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 12 (define los elementos normativos de las obligaciones de los Estados de garantizar el derecho a la salud). Estos estándares también se aplican a los determinantes básicos, o las condiciones previas, de la salud, incluido el acceso a la educación sexual y a la información sobre SSR. *Véase también* Comité CRC, Observación General No. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24), Doc. ONU CRC/C/GC/15 (17 de abril de 2013) [en adelante, Comité CRC, Observación General No. 15], que aplica esos estándares a los adolescentes. Los Estados parte deben proporcionar servicios de salud que tengan en cuenta las necesidades particulares y los derechos humanos de todos los adolescentes. Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 10.
- 15 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 12.
- 16 *Véase* Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 12(a); Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 13, 20.
- 17 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 13.
- 18 Las referencias en este folleto a instalaciones, bienes y servicios sanitarios incluyen los factores determinantes básicos descritos en Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 15.
- 19 Como se detalla en Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 12 y Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 15.
- 20 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 16.
- 21 *Id.* párr. 17.
- 22 *Id.* párr. 18.
- 23 *Id.* párr. 19.
- 24 *Id.* párr. 20.
- 25 *Id.* párr. 21.
- 26 *Id.*; Comité CDESCR, Observación General No. 25, *supra* nota 5, párr. 33.
- 27 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 12-21; Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 12.
- 28 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 14, 40, 45. La *obligación de respetar* exige que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el ejercicio del derecho a la SSR de las personas. La *obligación de proteger* exige que los Estados establezcan y apliquen leyes y políticas que prohíban la conducta de terceros que cause daño a la integridad física y mental o menoscabe el pleno disfrute del derecho a la SSR, incluida la conducta de las instalaciones privadas de atención en salud, las compañías de seguros y farmacéuticas y los fabricantes de bienes y equipos relacionados con la salud. La *obligación de cumplir* exige a los Estados que adopten medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otro tipo, apropiadas para garantizar la plena realización del derecho a la SSR con el objetivo de asegurar el acceso universal sin discriminación para todos, incluidos los pertenecientes a grupos desfavorecidos y marginalizados. *Véase también* Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párrs. 33, 36, 37.
- 29 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 49(a); *véase también* Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 21.
- 30 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 49(b); Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 43(f).

- 31 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 49(c).
- 32 Estas prácticas nocivas incluyen la mutilación genital femenina; el matrimonio infantil, precoz y forzado; la violencia doméstica y sexual; y la violación marital. Las obligaciones concomitantes contra las prácticas nocivas incluyen la prestación de servicios de SSR privados, confidenciales y de calidad para las víctimas de prácticas nocivas y de violencia de género.
- 33 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 49(e).
- 34 *Id.* párr. 49(f).
- 35 En particular, los medicamentos que figuran en la *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales* de la Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS, 23^a *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales* (2023), disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371090/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02-eng.pdf> [en adelante, OMS, *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales*], p. 22.
- 36 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 34. El artículo 2(2) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales obliga a cada Estado parte a “garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, género, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.
- 37 El acceso a recursos oportunos incluye el requisito procesal de una audiencia justa por parte de un juzgado o tribunal competente e independiente, cuando proceda. El hecho de que los Estados no establezcan un sistema que garantice una acción judicial efectiva en el contexto del acceso a los servicios de atención de salud, información y educación constituye una violación del derecho a la salud. Comité CEDAW, Recomendación General No. 28 relativa al artículo 2 de la CEDAW, Doc. ONU CEDAW/C/GC/28 (16 de diciembre de 2010) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 28], párr. 34.
- 38 Comité CEDAW, Recomendación General No. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos, y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, Doc. ONU CEDAW/C/GC/30 (18 de octubre de 2013) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 30], párrs. 77-79.
- 39 Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36 sobre el artículo 6: derecho a la vida, Doc. ONU CCPR/C/GC/36 (3 de septiembre de 2019) [en adelante, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36], párr. 8; Comité CRC, Observación General No. 20 sobre la realización de los derechos del niño durante la adolescencia, Doc. ONU CRC/C/GC/20 (6 de diciembre de 2016) [en adelante, Comité CRC, Observación General No. 20], párrs. 59, 63; Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 13, 28, 45, 57; Comité CEDAW, Recomendación General No. 34 sobre los derechos de las mujeres rurales, Doc. ONU CEDAW/C/GC/34 (7 de marzo de 2016) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 34], párrs. 38-39(a); Comité CEDAW, Recomendación General No. 24 sobre el artículo 12 de la Convención (La mujer y la salud), Doc. ONU A/54/38/Rev.1 (2 de febrero de 1999) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 24], párrs. 12(d), 17; Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párrs. 31, 70.
- 40 Comité CEDAW, Resumen de la investigación relativa a Filipinas en virtud del artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Doc. ONU CEDAW/C/OP.8/PHL/1 (22 de abril de 2015) [en adelante, Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas], párr. 52.
- 41 Incluidas, en particular, las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual. Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 17, 28, 49(c); Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas, *supra* nota 40, párr. 52; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Honduras, Doc. ONU CEDAW/C/HND/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 39.
- 42 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Honduras, Doc. ONU CEDAW/C/HND/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 39; véase, en general, Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39.

- 43 Comité CESCER, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 9, 38.
- 44 Ejemplos de tales violaciones incluyen el hecho de no garantizar el acceso a toda la gama de opciones anticonceptivas para que todas las personas puedan utilizar un método apropiado que se adapte a su situación y necesidades particulares. Comité CESCER, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 62.
- 45 Comité CESCER, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 17, 28; véase, por ejemplo, Comité CRC, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Nueva Zelanda, Doc. ONU CRC/C/NZL/CO/6 (28 de febrero de 2023), párr. 33(b)(ii); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Türkiye, Doc. ONU CEDAW/C/TUR/CO/8 (12 de julio de 2022), párr. 48(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Perú, Doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/9 (1 de marzo de 2022), párr. 38(d).
- 46 Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas, *supra* nota 40, párrs. 44-45, 51.
- 47 *Id.* párrs. 33-34.
- 48 Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párr. 56; Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 17.
- 49 Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas, *supra* nota 40, párr. 47.
- 50 *Id.*
- 51 *Id.*
- 52 *Id.* párr. 13.
- 53 OMS, *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales*, *supra* nota 35, p. 22.
- 54 “Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de atención sanitaria de una población. Se seleccionan teniendo debidamente en cuenta la prevalencia de la enfermedad y la importancia para la salud pública, las pruebas de eficacia y seguridad y la rentabilidad comparativa. Deben estar disponibles en todo momento en los sistemas de salud en funcionamiento, en formas farmacéuticas apropiadas, de calidad garantizada y a precios asequibles para las personas y los sistemas de salud”. OMS, *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales*, *supra* nota 35.
- 55 La OMS define los medicamentos esenciales como “aquellos que satisfacen las necesidades asistenciales prioritarias de la población” y que “deben estar disponibles en el contexto de los sistemas de salud existentes, en todo momento, en cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para los individuos y la comunidad”. OMS, *Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos* (2004), disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68573/WHO_EDM_2004.4_spa.pdf, p. 1; Comité CESCER, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 13.
- 56 Comité CESCER, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 20.
- 57 *Id.*; véase también Comité CESCER, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 45.
- 58 Comité CESCER, Observación General No. 25, *supra* nota 5, párr. 33.
- 59 Comité CESCER, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 47.
- 60 Comité CEDAW, Recomendación General No. 35 sobre la violencia de género contra la mujer (actualización de la Recomendación General No. 19), Doc. ONU CEDAW/C/GC/35 (26 de julio de 2017) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 35], párr. 40(c); Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 59; Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párr. 70; Comité CESCER, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 13, 45, 57; Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas, *supra* nota 40, párr. 52.
- 61 Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párr. 52(c); véase también Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Georgia, Doc. ONU CEDAW/C/GEO/CO/6 (2 de marzo de 2023), párr. 42.
- 62 Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas, *supra* nota 40, párr. 52.

- 63 Comité CESC, Observación General. No. 22, *supra* nota 1; Comité CEDAW, Recomendación General No. 35, *supra* nota 60, párr. 31.
- 64 Comité CEDAW, Recomendación General No. 35, *supra* nota 60, párr. 31(a)(iii).
- 65 Comité CAT, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Perú, Doc. ONU CAT/C/PER/CO/5-6 (21 de enero de 2013), párr. 15(d); véase también Comité CAT, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Grecia, Doc. ONU CAT/C/GRC/7 (3 de septiembre de 2019), párrs. 24-25; Comité CEDAW, Recomendación General No. 35, *supra* nota 60, párrs. 18, 40(c).
- 66 Convención sobre los Derechos del Niño, *adoptada* el 20 de noviembre de 1989, G.A. Res. 44/25, anexo, U.N. GAOR, 44ª Sesión, Supp. No. 49, Doc. ONU A/44/49 (1989) (*en vigor desde* el 2 de septiembre de 1990) [en adelante, CRC], art. 3(1). 3(1).
- 67 Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 22.
- 68 El artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño exige que la dirección y orientación de los padres se imparta de modo compatible con la evolución de las facultades del niño. Posteriormente, tanto el informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud de los adolescentes como la Observación General No. 20 del Comité CRC sobre los adolescentes instan a los Estados a poner en marcha medidas apropiadas que permitan a los adolescentes ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y colmar una laguna crítica en la conceptualización de la evolución de las facultades en el marco de los derechos humanos en lo que respecta a la sexualidad y la reproducción de los adolescentes. Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 18; Asamblea General de la ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. ONU A/HRC/32/32 (4 de abril de 2016), párrs. 60, 113(a-e).
- 69 Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párrs. 39-40.
- 70 *Id.* párr. 39.
- 71 *Id.*
- 72 *Id.*
- 73 Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párr. 31 (donde se señala que “los Estados parte se esforzarán por garantizar que ningún niño se vea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”).
- 74 Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Kirguistán, Doc. ONU CRC/C/KGZ/5-6 (18 de octubre de 2023), párr. 37(b) (recuerda la Observación General No. 4 del Comité CRC sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, Doc. ONU CRC/GC/2003/4 (1 de julio de 2003) [en adelante, Comité CRC, Observación General No. 4] y Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Islandia, Doc. ONU CRC/C/ISL/CO/5-6 (23 de junio de 2022), párr. 33(b) (en referencia general al Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39).
- 75 Comité CRC, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Jordania, Doc. ONU CRC/C/JOR/CO/6 (8 de noviembre de 2023), párr. 36; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Kirguistán, Doc. ONU CRC/C/KGZ/5-6 (18 de octubre de 2023), párr. 37(c); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero y cuarto combinados de Andorra, Doc. ONU CRC/C/AND/CO/3-5 (17 de octubre de 2023), párrs. 32-33; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Albania, Doc. ONU CRC/C/ALB/CO/5-6 (17 de octubre de 2023), párr. 34(b-c); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Turquía, Doc. ONU CRC/C/TUR/CO/4-5 (21 de junio de 2023), párr. 39(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Bahrein, Doc. ONU CEDAW/C/BHR/CO/4 (2 de marzo de 2023), párr. 36(b); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Costa Rica, Doc. ONU CEDAW/C/CRI/CO/8 (2 de marzo de 2023), párr. 34(c); véase, *en general*, Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párr. 24(c).

- 76 Esto incluye adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación (...)”. Convención sobre los Derechos del Niño, *supra* nota 66, art. 19.
- 77 Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Polonia, Doc. ONU CRC/C/POL/CO/5-6 (6 de diciembre de 2021), párr. 36(b); véase también Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CRC/C/BOL/CO/5-6 (6 de marzo de 2023), párr. 35; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Croacia, Doc. ONU CRC/C/HRV/CO/5-6 (22 de junio de 2022), párr. 35(b); Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 60.
- 78 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 59; véase también Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes quinto y sexto combinados de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CRC/C/BOL/CO/5-6 (6 de marzo de 2023), párr. 35 (en el que se recomienda, entre otras cosas, que el Estado parte “adopte una política integral y eficaz de salud sexual y reproductiva de los adolescentes que tenga en cuenta las cuestiones de género y sensibilice a la comunidad sanitaria sobre los posibles problemas de salud de los niños y adolescentes lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, en particular los adolescentes transgénero”); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Polonia, Doc. ONU CRC/C/POL/CO/5-6 (6 de diciembre de 2021), párr. 36(b) (en el que se recomienda al Estado parte que “[g]arantice el pleno acceso de las adolescentes, los niños con discapacidad y los niños que son lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales a servicios de atención a la salud sexual y reproductiva adaptados a sus necesidades”).
- 79 Véase Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 44 (cita Comité CRC, Observación General No. 4, *supra* nota 74, párrs. 28, 33); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Filipinas, Doc. ONU CRC/C/PHL/CO/5-6 (26 de octubre de 2022), párr. 32; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Viet Nam, Doc. ONU CRC/C/VNM/CO/5-6 (21 de octubre de 2022), párr. 40.
- 80 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Bután, Doc. ONU CEDAW/C/BTN/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párrs. 47(c), 48(d); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Jamaica, Doc. ONU CEDAW/C/JAM/CO/8 (30 de octubre de 2023), párr. 33(c); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Kirguistán, Doc. ONU CRC/C/KGZ/5-6 (18 de octubre de 2023), párr. 37(a); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Togo, Doc. ONU CRC/C/TGO/CO/5-6 (28 de septiembre de 2023), párr. 39(b) (recomendando que el Estado parte garantice el acceso a los anticonceptivos modernos, incluso mediante medidas específicas que aborden las barreras socioculturales y la vulnerabilidad socioeconómica); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Noruega, Doc. ONU CEDAW/C/NOR/CO/10 (2 de marzo de 2023), párr. 47(c).
- 81 Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 63.
- 82 Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párr. 24(c) (donde se recuerda que “los Estados parte se esforzarán por garantizar que ningún niño se vea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”).
- 83 Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes periódicos 18º a 20º combinados de Brasil, Doc. ONU CERD/C/BRA/CO/18-20 (19 de diciembre de 2022), párr. 17.
- 84 Comité CESC, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Guatemala, Doc. ONU E/C.12/GTM/CO/4 (11 de noviembre de 2022), párr. 46; Comité CESC, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de El Salvador, Doc. ONU E/C.12/SLV/CO/6 (9 de noviembre de 2022), párr. 56.
- 85 Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero y cuarto

- de Liechtenstein, Doc. ONU CRC/C/LIE/CO/3-4 (17 de octubre de 2023), párr. 33(b); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a quinto combinados de Djibouti, Doc. ONU CRC/C/DJI/CO/3-5 (23 de junio de 2022), párr. 34(d); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos sexto y séptimo de Chile, Doc. ONU CRC/C/CHL/CO/6-7 (22 de junio de 2022), párr. 30(e).
- 86 Comité CRC, Observaciones finales sobre el informe inicial de Sudán del Sur, Doc. ONU CRC/C/SSD/CO/1 (27 de octubre de 2022), párr. 49; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a sexto combinados de Kuwait, Doc. ONU CRC/C/KWT/CO/3-6 (19 de octubre de 2022), párr. 35.
- 87 Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas, *supra* nota 40, párr. 52.
- 88 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 18. Los órganos de supervisión de los tratados han destacado específicamente la necesidad de garantizar que todos los pacientes den su consentimiento libre, previo e informado para cualquier tratamiento o intervención médica y de proporcionarles el apoyo que necesiten para tomar una decisión con conocimiento de causa. Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Bélgica, Doc. ONU CEDAW/C/BEL/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párr. 49.
- 89 Asamblea General de la ONU, Informe del Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión, Doc. ONU A/76/258 (30 de julio de 2021), párr. 54 (cita Comisión de Derechos Humanos de la ONU, Informe del Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión, Sr. Abid Hussain, Doc. ONU E/CN.4/2000/63 (18 de enero de 2000), párr. 44).
- 90 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 17.
- 91 *Id.* párr. 19.
- 92 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Bélgica, párr. 45, Doc. ONU CEDAW/C/BEL/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párr. 45.
- 93 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Honduras, Doc. ONU CEDAW/C/HND/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 38; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Armenia, Doc. ONU CEDAW/C/ARM/CO/7 (1 de noviembre de 2022), párr. 37; Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 30-36.
- 94 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 47.
- 95 *Id.* párr. 41.
- 96 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 41.
- 97 *Id.* párr. 43.
- 98 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Albania, Doc. ONU CEDAW/C/ALB/CO/5 (14 de noviembre de 2023), párr. 36(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Bután, Doc. ONU CEDAW/C/BTN/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párr. 48(a); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Togo, Doc. ONU CRC/C/TGO/CO/5-6 (11 de octubre de 2023), párr. 39(b).
- 99 Al esbozar las obligaciones básicas de los Estados en materia de SDR, el Comité CESC ha señalado que los Estados deben guiarse por las directrices internacionales vigentes establecidas por los organismos de la ONU, en particular la OMS. Véase Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 49; OMS, Directrices sobre la atención para el aborto (2022) [en adelante, OMS, Directrices sobre la atención para el aborto], *disponible en*: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf>, pp. 24-25; véase también Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes décimo a duodécimo combinados de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/10-12 (21 de septiembre de 2022), párr. 36 (en el que se recomienda al Estado parte que adopte todas las medidas necesarias para mitigar los riesgos a los que se enfrentan las mujeres que solicitan un aborto y los profesionales de la salud que

las atienden, y que garantice que no sean objeto de sanciones penales, señalando “a la atención del Estado parte la Guía para la Atención del Aborto de la Organización Mundial de la Salud”); Comité CAT, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de El Salvador, Doc. ONU CAT/C/SLV/CO/3 (19 de diciembre de 2022), párr. 31 (“El Comité invita al Estado parte a que adopte las medidas necesarias, de conformidad con las Directrices sobre la atención para el aborto (2022), para garantizar que ni las pacientes que recurran a abortos ni los profesionales médicos que los practiquen sean objeto de sanciones penales, y que las mujeres y las niñas tengan acceso efectivo a la atención posterior al aborto, independientemente de que hayan abortado legal o ilegalmente”).

- 100 Véase, por ejemplo, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CCPR/C/USA/CO/5 (7 de diciembre de 2023), párr. 29(b); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Panamá, Doc. ONU CCPR/C/PAN/CO/4 (12 de abril de 2023); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Irlanda, Doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/5 (26 de enero de 2023); Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 8.
- 101 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Uruguay, Doc. ONU CEDAW/C/URY/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párrs. 35(c), 36(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Perú, Doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/9 (1 de marzo de 2022), párr. 37(d); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Armenia, Doc. ONU CCPR/C/ARM/CO/3 (25 de noviembre de 2021), párr. 18(a); Comité CESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 41.
- 102 Véase, por ejemplo, Comité CESCR, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de la República Democrática del Congo, Doc. ONU CESCR/C.12/COD/CO/6 (4 de marzo de 2022), párr. 57(d); Comité CESCR, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Azerbaiyán, Doc. ONU CESCR/C.12/AZE/CO/4 (15 de octubre de 2021), párr. 47; Comité CESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 18, 21, 47.
- 103 Véase Comité CESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 9; Comité CESCR, Observación General No. 20 sobre la no discriminación en materia de derechos económicos, sociales y culturales (art. 2, párr. 2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Doc. ONU E/C.12/GC/20 (2 de julio de 2009) [en adelante, Comité CESCR, Observación General No. 20].
- 104 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Armenia, Doc. ONU CEDAW/C/ARM/CO/7 (1 de noviembre de 2022), párr. 34; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Bélgica, Doc. ONU CEDAW/C/BEL/CO (1 de noviembre de 2022), párr. 42; Comité CRC, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Uzbekistán, Doc. ONU CRC/C/UZB/CO/5 (27 de octubre de 2022), párr. 39; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Filipinas, Doc. ONU CRC/C/PHL/CO/5-6 (26 de octubre de 2022), párr. 32; Comité CESCR, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de El Salvador, Doc. ONU E/C.12/SLV/CO/6 (9 de noviembre de 2022), párr. 57; véase también Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 8; Comité CEDAW, Recomendación General No. 36 sobre los derechos de las niñas y las mujeres a la educación, Doc. ONU CEDAW/CO/GC/36 (27 de noviembre de 2017) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 36], párr. 68; Comité CESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 44.
- 105 Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 60; Comité CESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 44. En la aplicación de estas medidas debe prestarse especial atención a los niños en situación de vulnerabilidad e incluir a los adolescentes y a las mujeres y hombres jóvenes no escolarizados. Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Honduras, Doc. ONU CEDAW/C/HND/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 39.
- 106 Comité CESCR, Observación General No. 20, *supra* nota 103, párr. 29.
- 107 Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párr. 56.

- 108 Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 61; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Gambia, Doc. ONU CEDAW/C/GMB/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 30; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a sexto combinados de Macedonia del Norte, Doc. ONU CRC/C/MKD/CO/3-6 (20 de octubre de 2022), párr. 33.
- 109 *Véase, por ejemplo*, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 45.
- 110 *Id.*, párr. 26.
- 111 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 45.
- 112 *Véase* Comité CEDAW y Comité CRC, Recomendación General Conjunta No. 31 del Comité CEDAW/Observación General No. 18 del Comité CRC sobre las prácticas nocivas, Doc. ONU CEDAW/C/GC/31/REV.1-CRC/C/GC/18/Rev.1 (8 de mayo de 2019) [en adelante, Comité CEDAW y Comité CRC, Recomendación General Conjunta No. 31 del Comité CEDAW/Observación General No. 18 del Comité CRC], párr. 62.
- 113 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 18; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, *adoptada* el 18 de diciembre de 1979, A.G. Res. 34/180, U.N. GAOR Supp., 34^a sesión, No. 46, Doc. ONU A/34/46 (1979) (*en vigor desde* el 3 de septiembre de 1981) [en adelante, CEDAW], art. 16(c).
- 114 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 28.
- 115 Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 31(c); *véase, por ejemplo*, Comité CEDAW, *M.D.C.P. c. España*, Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 154/2020, Doc. ONU CEDAW/C/84/D/154/2020 (24 de febrero de 2023) [en adelante, Comité CEDAW, *M.D.C.P. c. España*], párr. 8; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Mauritania, Doc. ONU CEDAW/C/MRT/CO/4 (2 de marzo de 2023), párr. 37(b); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo a décimo combinados de Nicaragua, Doc. ONU CEDAW/C/NIC/CO/7-10 (14 de febrero de 2024), párr. 40(b).
- 116 *Véase, en general*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), Informe sobre un enfoque basado en los derechos humanos para reducir la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles, Doc. ONU A/HRC/45/19 (13 de julio de 2020).
- 117 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Gambia, Doc. ONU CEDAW/C/GMB/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 34.
- 118 *Id.*; Comité CRC, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Uzbekistán, Doc. ONU CRC/C/UZB/CO/5 (27 de octubre de 2022), párr. 38; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Filipinas, Doc. ONU CRC/C/PHL/CO/5-6 (26 de octubre de 2022), párr. 3.
- 119 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Suiza, Doc. ONU CEDAW/C/CHE/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párrs. 55-56.
- 120 Asamblea General de la ONU, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Un enfoque basado en los derechos humanos para abordar el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial atención al parto y la violencia obstétrica, Doc. ONU A/74/137 (11 de julio de 2019), párrs. 43-48.
- 121 Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 27.
- 122 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 10; Comité CEDAW, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil*, Dictamen del Comité a tenor del párrafo 3 del artículo 7 del Protocolo Facultativo, relativo a la Comunicación núm. 17/2008, Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (5 de julio de 2011) [en adelante, Comité CEDAW, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil*] (en el que se recomienda, entre otras cosas, que el Estado parte garantice el derecho de la mujer a una maternidad sin riesgos y el acceso asequible a una atención obstétrica de urgencia adecuada, en consonancia con la Recomendación

- General No. 24 del Comité). Las mujeres que buscan atención sanitaria pueden sufrir abusos y malos tratos a manos del personal sanitario, que ocupa claras posiciones de autoridad y a menudo ejerce un control significativo sobre las mujeres en estos contextos. OMS, “Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto” (9 de octubre de 2019), *disponible en*: <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>.
- 123 Véase Comité CEDAW, *M.D.C.P. c. España*, *supra* nota 115, párr. 8(b)(i); Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes décimo a duodécimo combinados de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/10-12 (21 de septiembre de 2022), párr. 35.
- 124 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Portugal, Doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/10 (12 de julio de 2022), párrs. 32, 33(c); Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 27.
- 125 Véase Comité CEDAW, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil*, *supra* nota 122, párrs. 7.1-7.8, 8. Alyne da Silva Pimentel Teixeira era una mujer afrobrasileña empobrecida de 28 años que murió de complicaciones relacionadas con el embarazo después de que su centro de salud local diagnosticara erróneamente sus síntomas y se demorara en proporcionarle atención de emergencia.
- 126 *Id.* párr. 7.5.
- 127 Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes periódicos 18º a 20º combinados de Brasil, Doc. ONU CERD/C/BRA/CO/18-20 (19 de diciembre de 2022), párr. 17(b).
- 128 Esta perspectiva interseccional debe incluir a las personas con discapacidad y a quienes se identifican como LGBTQI+. Entre las medidas destinadas a reducir las tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad y morbilidad maternas entre las minorías raciales y étnicas debe figurar la atención obstétrica. Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes décimo a duodécimo combinados de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/10-12 (21 de septiembre de 2022), párr. 36.
- 129 Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes periódicos 18º a 20º combinados de Brasil, Doc. ONU CERD/C/BRA/CO/18-20 (19 de diciembre de 2022), párr. 17(e).
- 130 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Eslovaquia, Doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/7 (31 de mayo de 2023), párr. 42.
- 131 Comité CEDAW, Recomendación General No. 39, *supra* nota 4, párr. 20.
- 132 *Id.*, párr. 51.
- 133 Los órganos de supervisión de los tratados nunca han dado una definición de lo que significa la despenalización del aborto. Incluso entre la sociedad civil existen diferentes interpretaciones y puntos de vista.
- 134 El Comité CDESCR también ha recomendado a los Estados que traten las complicaciones causadas por abortos inseguros con atención de alta calidad en lugar de centrarse en la persecución penal. Comité CDESCR, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de El Salvador, Doc. ONU E/C.12/SLV/CO/6 (9 de noviembre de 2022), párr. 59.
- 135 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Djibouti, Doc. ONU CEDAW/C/DJI/CO/4-5 (26 de febrero de 2024), párr. 36(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Turkmenistán, Doc. ONU CEDAW/C/TKM/CO/6 (20 de febrero de 2024), párr. 46(a); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CCPR/C/USA/CO/5 (7 de diciembre de 2023), párr. 29(b); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Guatemala, Doc. ONU CEDAW/C/GTM/CO/10 (30 de octubre de 2023), párrs. 38-39; Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 28, 34; Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párr. 52.

- 136 Los estándares sobre el acceso al aborto aún no son consistentes dentro de cada uno de los comités ni entre los órganos de supervisión de los tratados en general. Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Ruanda, Doc. ONU CEDAW/C/RWA/CO/10 (3 de junio de 2024), párrs. 37-38; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Chile, Doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/7 (1 de mayo de 2024), párr. 21 (observa con preocupación que el Estado parte no ha incluido expresamente el incesto como causal de despenalización de la interrupción del embarazo); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Guatemala, Doc. ONU CEDAW/C/GTM/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párrs. 38-39; Comité CRC, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de la República Dominicana, Doc. ONU CRC/C/DOM/CO/6 (18 de octubre de 2023), párr. 35(d) (instando al Estado parte a enmendar su Código Penal al menos en los casos de violación, incesto y amenazas a la vida y la salud de la mujer embarazada, y a despenalizarlo en todos los demás casos, eliminando del Código todas las sanciones penales por aborto); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CEDAW/C/BOL/CO/7 (22 de septiembre de 2022), párr. 28(c) (recomendando, entre otras cosas, que el Estado parte garantice la eficacia del aborto en casos de violación, incesto y amenazas a la vida o la salud de la mujer embarazada y lo despenalice en todos los demás casos); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Marruecos, Doc. ONU CEDAW/C/MAR/CO/5-6 (12 de julio de 2022), párr. 36(c) (en el que se recomienda al Estado parte que modifique su Código Penal para “despenalizar el aborto cuando sea necesario para proteger la salud de la mujer, incluido su bienestar físico, mental y social, de acuerdo con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud de 1948”).
- 137 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Djibouti, Doc. ONU CEDAW/C/DJI/CO/4-5 (26 de febrero de 2024), párr. 36(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Turkmenistán, Doc. ONU CEDAW/C/TKM/CO/6 (20 de febrero de 2024), párr. 46(a); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CCPR/C/USA/CO/5 (7 de diciembre de 2023), párr. 29(b); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Guatemala, Doc. ONU CEDAW/C/GTM/CO/10 (30 de octubre de 2023), párrs. 38-39; Comité CESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 28, 34; Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párr. 52.
- 138 Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 8.
- 139 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Brasil, Doc. ONU CCPR/C/BRA/CO/3 (6 de septiembre de 2023), párrs. 25-26.
- 140 Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párr. 52(c).
- 141 Comité CEDAW, Recomendación General No. 33 sobre el acceso de las mujeres a la justicia, Doc. ONU CEDAW/C/GC/33 (3 de agosto de 2015), [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 33], párrs. 47(b), 51(l).
- 142 Comité CEDAW, Observación General No. 35, *supra* nota 60, párr. 18. Véase también Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Namibia, Doc. ONU CEDAW/C/NAM/CO/6 (12 de julio de 2022), párr. 42(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Gambia, Doc. ONU CEDAW/C/GMB/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 34(b); Comité CEDAW, Recomendación General No. 35, *supra* nota 60, párrs. 18, 29(i).
- 143 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Guatemala, Doc. ONU CEDAW/C/GTM/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párr. 39 (recomienda la legalización del aborto en todos los casos); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Bután, Doc. ONU CEDAW/C/BTN/CO/10 (14 de noviembre de 2023) (recomienda la legalización del aborto al menos en los casos de riesgo para la vida y la salud de la mujer, violación, incesto o malformación fetal grave, así como la despenalización del aborto en todos los demás casos), párr. 48; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Malawi, Doc. ONU CEDAW/C/MWI/CO/8 (14 de noviembre de 2023), párr. 36(b) (recomendando la legalización inmediata del aborto en casos de violación, incesto,

desfloración, riesgo para la salud o la vida de la mujer embarazada y malformación fetal grave, y pidiendo al Estado que considere la despenalización en todos los demás casos).

- 144 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 28.
- 145 Por ejemplo, poniendo fin a la penalización del aborto o eliminando las leyes restrictivas del aborto. *Id.* párr. 34.
- 146 Comité CAT, Observaciones finales sobre el primer informe periódico de Nicaragua, Doc. ONU CAT/C/NIC/CO/1 (10 de junio de 2009), párr. 16; Comité CAT, Observaciones sobre el segundo informe periódico de El Salvador, Doc. ONU CAT/C/SLV/CO/2 (9 de diciembre de 2009), párr. 23.
- 147 Comité CAT, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Perú, Doc. ONU CAT/C/PER/CO/7 (18 de diciembre de 2018), párr. 41; Comité CAT, Observaciones finales sobre el primer informe periódico de Nicaragua, Doc. ONU CAT/C/NIC/CO/1 (10 de junio de 2009), párr. 27(e); Comité CAT, Observaciones finales sobre el primer informe periódico de Bangladesh, Doc. ONU CAT/C/BGD/CO/1 (26 de agosto de 2019), párr. 39(e).
- 148 Comité CAT, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Brasil, Doc. ONU CAT/C/BRA/CO/2 (12 de junio de 2023), párrs. 50(c); *ver también* Comité CAT, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de El Salvador, Doc. ONU CAT/C/SLV/CO/3 (19 de diciembre de 2022), párr. 31; Comité CAT, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Kenia, Doc. ONU CAT/C/KEN/CO/3 (30 de mayo de 2022), párr. 42.
- 149 *Véase, por ejemplo*, Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Lituania, Doc. ONU CRC/C/LTU/CO/5-6 (7 de marzo de 2024), párr. 38(c); *ver también* Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos sexto y séptimo combinados de Senegal, Doc. ONU CRC/C/SEN/CO/6-7 (29 de febrero de 2024), párr. 32(d); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CRC/C/BOL/CO/5-6 (6 de marzo de 2023), párr. 35(d); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Omán, Doc. ONU CRC/C/OMN/CO/5-6 (6 de marzo de 2023), párr. 33(c); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos sexto y séptimo combinados de Mauricio, Doc. ONU CRC/C/MUS/CO/6-7 (23 de febrero de 2023), párr. 34(a-b).
- 150 Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 60; Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párrs. 31, 54, 70.
- 151 El aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tiene, no es punible cuando es el único medio para salvar la vida de la mujer embarazada o para evitar un daño grave y permanente a su salud. Art. 119 Código Penal de Perú. El manual para la normalización del aborto terapéutico en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal contempla la posibilidad del aborto terapéutico antes de la semana 22 de gestación, con el consentimiento informado de la gestante cuando un diagnóstico médico demuestre que su vida está en riesgo o cuando se requiera para evitar un daño grave y duradero a su salud. Ministerio de Salud del Perú, Resolución Ministerial No. 486-2014-MINSA (27 de junio de 2014).
- 152 En la época de los hechos, el delito de autoaborto estaba tipificado en el artículo 199 (actual artículo 114) del Código Penal peruano: “La mujer que se provoca su propio aborto o consiente que otra persona se lo provoque será reprimida con pena privativa de libertad de hasta 2 años o con 104 días de trabajo comunitario”.
- 153 Comité CRC, “Perú violó los derechos de una niña víctima de violación al no garantizarle el acceso al aborto y procesarla penalmente por autoaborto, según el Comité de la ONU”, 13 de junio de 2023, *disponible en*: <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2023/06/peru-violated-child-rape-victims-rights-failing-guarantee-access-abortion>.
- 154 La demandante alegó que el Estado parte había violado sus derechos en virtud de los artículos 2, 6, 12, 16, 17, 24, 37, 39 y 40 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Comité CRC, *Camila c. el Perú*, Dictamen aprobado por el Comité en relación con el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones, respecto de la comunicación núm. 136/2021, Doc.

ONU CRC/C/93/D/136/2021 (15 de mayo de 2023), párr. 1.

- 155 *Id.* párr. 3.4.
- 156 *Id.* párr. 8.14.
- 157 *Id.* párr. 8.17.
- 158 *Id.* párr. 8.4
- 159 *Id.* párr. 8.10.
- 160 El Comité señaló que las investigaciones sobre la cuestión de la violencia de género deberían tener en cuenta factores adicionales de vulnerabilidad, como ser víctima de violencia sexual. *Id.* párr. 8.11.
- 161 *Id.* párr. 8.13.
- 162 *Id.* párr. 8.15.
- 163 *Id.* Incluyendo, entre otras cosas, haciendo que el hogar y la escuela de Camila fueran frecuentemente invadidos y persiguiéndola por autoaborto.
- 164 *Id.*
- 165 *Id.* párr. 9.
- 166 Los abortos autogestionados son abortos con medicamentos que se producen fuera de un entorno médico. Esto incluye a menudo el proceso de adquirir por cuenta propia de píldoras abortivas y tomarlas en casa, sin la supervisión de una clínica o un médico. *Para más información, véase* Center for Reproductive Rights [Centro de Derechos Reproductivos], “Medication Abortion in Global Context: Frequently Asked Questions” [Aborto médico en un contexto global: Preguntas frecuentes], *disponible en:* <https://reproductiverights.org/medication-abortion-faq/>.
- 167 El aborto médico es seguro, eficaz y esencial para ampliar el acceso a los servicios de aborto en todo el mundo. *Id.*
- 168 Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 43(d).
- 169 Los medicamentos para el aborto y para la atención posaborto deben considerarse medicamentos esenciales y deben estar disponibles. Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 13.
- 170 Comité CDESCR, Observación General No. 25, *supra* nota 5, párr. 33.
- 171 Comité CDESCR, Observación General No. 3 sobre la índole de las obligaciones de los Estados parte (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), Doc. ONU E/1991/23 (14 de diciembre de 1990) [en adelante, Comité CDESCR, Observación General No. 3], párr. 9; Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párrs. 32, 48, 50.
- 172 Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 8.
- 173 *Id.*
- 174 *Véase* Comité CAT, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Nicaragua, Doc. ONU CAT/C/NIC/PCO/2 (1 de septiembre de 2022), párrs. 27-28; Comité CAT, Observaciones finales sobre el primer informe periódico de Nigeria, Doc. ONU CAT/C/NGA/COAR/1 (21 de diciembre de 2021), párr. 31; Comité CAT, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Polonia, Doc. ONU CAT/C/POL/CO/7 (2019), párr. 34; Comité CAT, Observaciones finales: Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Doc. ONU CAT/C/GBR/CO/6 (2019), párr. 46; Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 8; Comité CEDAW, Recomendación General No. 35, *supra* nota 60, párr. 18.
- 175 Comité CAT, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de El Salvador, Doc. ONU CAT/C/SLV/CO/3 (19 de diciembre de 2022), párr. 31.
- 176 *Véase, por ejemplo,* Comité de Derechos Humanos, *Mellet c. Irlanda*, Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 2324/2013, Doc. ONU CCPR/C/116/D/2324/2013 (31 de marzo de 2016) [en adelante, Comité de Derechos Humanos, *Mellet c. Irlanda*], párrs. 7.4-7.8.

- 177 Véase Comité CRPD, Observaciones finales sobre el informe periódico inicial de México, Doc. ONU CRPD/C/MEX/CO/1 (27 de octubre de 2014), párr. 37; véase también Comité CRPD, Observación General No. 3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, Doc. ONU CRPD/C/GC/3 (25 de noviembre de 2016) [en adelante, Comité CRPD, Observación General No. 3], párr. 31.
- 178 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Túnez, Doc. ONU CEDAW/C/TUN/CO/7 (2 de marzo de 2023), párr. 44(d); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CCPR/C/BOL/CO/4 (2 de junio de 2022), párrs. 16-17; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Irlanda, Doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/5 (6 de enero de 2023), párr. 26(b); Comité CDESCR, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Italia, Doc. ONU E/C.12/ITA/CO/6 (7 de diciembre de 2022), párrs. 57-58; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Uruguay, Doc. ONU CCPR/C/URY/CO/6 (3 de octubre de 2022), párrs. 16, 17(b).
- 179 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Hungría, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/9 (28 de febrero de 2023), párr. 36(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Uruguay, Doc. ONU CEDAW/C/URY/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párr. 36(b); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CEDAW/C/BOL/CO/7 (12 de julio de 2022), párr. 28(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Yemen, Doc. ONU CEDAW/C/YEM/CO/7-8 (24 de noviembre de 2021), párr. 38.
- 180 Comité CDESCR, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Italia, Doc. ONU E/C.12/ITA/CO/6 (7 de diciembre de 2022), párrs. 57-58; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Irlanda, Doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/5 (6 de enero de 2023), párr. 26(b); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CCPR/C/BOL/CO/4 (2 de junio de 2022), párr. 16; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes séptimo y octavo combinados de Yemen, Doc. ONU CEDAW/C/YEM/CO/7-8 (24 de noviembre de 2021), párr. 38. Al Comité de Derechos Humanos le preocupa específicamente que los altos niveles de objeción de conciencia individual y “objeción de conciencia institucional” puedan estar impidiendo la realización del derecho al aborto seguro y legal. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Chile, Doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/7 (1 de mayo de 2024), párr. 21.
- 181 Comité CAT, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Polonia, Doc. ONU CAT/C/POL/CO/7 (29 de agosto de 2019), párrs. 33(d), 34(e).
- 182 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Hungría, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/9 (28 de febrero de 2023), párr. 36(a); véase también Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Uruguay, Doc. ONU CEDAW/C/URY/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párr. 36(b); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CEDAW/C/BOL/CO/7 (12 de julio de 2022), párr. 28(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Yemen, Doc. ONU CEDAW/C/YEM/CO/7-8 (24 de noviembre de 2021), párr. 38; Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 37, párr. 11.
- 183 Comité de Derechos Humanos, Observación General. No. 36, *supra* nota 39, párr. 8; Comité CDESCR, Observación General. No. 22, *supra* nota 1, párr. 41; Comité CEDAW, Recomendación General. No. 24, *supra* nota 39, párr. 14.
- 184 Los requisitos de información y asesoramiento sobre el aborto son tendenciosos cuando su objetivo es persuadir a las mujeres para que no aborten. Entre los ejemplos de asesoramiento e información sesgados se incluyen los profesionales de la salud que hacen énfasis excesivo en los riesgos que conllevan los procedimientos de aborto, los asesores que describen el aborto como un asesinato o la muerte de un “niño no nacido”, o las mujeres que son obligadas a ver fotografías de un feto y a recibir información sobre la fase de su desarrollo. Véase, por ejemplo, Centro de Derechos Reproductivos,

Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe Restricting access to abortion, undermining human rights, and reinforcing harmful gender stereotypes [Requisitos de periodos de espera obligatorios y asesoramiento sesgado en Europa central y del este restringen el acceso al aborto, socavando los derechos humanos y reforzando estereotipos de género perjudiciales] (23 de noviembre de 2015), disponible en: <https://reproductiverights.org/mandatory-waiting-periods-and-biased-counseling-requirements-in-central-and-eastern-europe-restricting-access-to-abortion-undermining-human-rights-and-reinforcing-harmful-gender-stereotypes/>.

- 185 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Uruguay, Doc. ONU CEDAW/C/URY/CO/10 (30 de octubre de 2023), párrs. 35(a), 36(c) (donde se señala específicamente que la OMS ha determinado que los periodos de espera son médicamente innecesarios y que el Estado parte debe armonizar sus políticas con las recomendaciones de la OMS sobre el aborto); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Hungría, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/9 (2 de marzo de 2023), párr. 35(a); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Irlanda, Doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/5 (26 de enero de 2023), párrs. 25-25; OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, *supra* nota 99, p. 42; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Alemania, Doc. ONU CCPR/C/DEU/CO/7 (30 de noviembre de 2021), párrs. 18-19.
- 186 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 18-19, 21, 40, 41, 43, 58.
- 187 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *adoptado* el 16 de diciembre de 1966, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21ª Sesión, Supp. No. 16, Doc. ONU A/6316 (1966) (*en vigor desde* el 23 de marzo de 1976) [en adelante, PIDCP], arts. 7, 17. Véase también Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 28 sobre el artículo 3 (La igualdad de derechos entre hombres y mujeres), Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (29 de marzo de 2000) [en adelante, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 28], párr. 20.
- 188 Véase, por ejemplo, Amnistía Internacional, *An Unstoppable Movement [Un movimiento imparable]* (2023), disponible en: <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2023/11/POL4074202023ENGLISH.pdf>, p. 32; Royal College of Obstetricians and Gynecologists [Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos], *Safe Access Zones Around Abortion Clinics: The impact of harassment outside abortion clinics and the need for safe access zones to protect women and healthcare professionals [Zonas seguras de acceso alrededor de clínicas de aborto: El impacto del acoso en las inmediaciones de clínicas de aborto y la necesidad de establecer zonas seguras de acceso para proteger a las mujeres y profesionales de la salud]* (enero de 2023), disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/iouempf3/fsrh-rcog-safe-access-zones-around-abortion-clinics-report.pdf>; *The Washington Post*, “Justice Dept. focuses on violence by protesters at abortion clinics” [El Departamento de Justicia se enfoca en la violencia por parte de manifestantes en clínicas de aborto] (15 de octubre de 2023), disponible en: <https://www.washingtonpost.com/national-security/2023/10/15/abortion-rights-clinics-violence/>.
- 189 Mutante, “Ciudad de México: 15 años de la despenalización del aborto entre el derecho y el privilegio” (13 de marzo de 2023), disponible en: <https://www.mutante.org/contenidos/ciudad-de-mexico-15-anos-de-la-despenalizacion-del-aborto-entre-el-derecho-y-el-privilegio>.
- 190 Las zonas de acceso seguro también se denominan “zonas de protección”. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Irlanda, Doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/5 (26 de enero de 2023), párr. 26(e); véase también Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Brasil, Doc. ONU CCPR/C/BRA/CO/3 (6 de septiembre de 2023), párr. 25 (donde se señala con preocupación que las mujeres y niñas que tienen derecho legal al aborto pueden no tener acceso en la práctica debido, entre otras cosas, al temor a ser procesadas, a la denegación de acceso a los hospitales y a entornos generalmente hostiles); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Alemania, Doc. ONU CCPR/C/DEU/CO/7 (30 de noviembre de 2021), párr. 18 (donde se señala con preocupación el acoso a las mujeres que buscan asesoramiento sobre la interrupción voluntaria del embarazo).
- 191 Véase Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el séptimo informe

periódico de Alemania, Doc. ONU CCPR/C/DEU/CO/7 (30 de noviembre de 2021), párr. 18; véase, en general, Amnistía Internacional, *An Unstoppable Movement [Un movimiento imparable]* (2023), disponible en: <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2023/11/POL4074202023ENGLISH.pdf>, p. 32; Royal College of Obstetricians and Gynecologists [Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos], *Safe Access Zones Around Abortion Clinics: The impact of harassment outside abortion clinics and the need for safe access zones to protect women and healthcare professionals [Zonas seguras de acceso alrededor de clínicas de aborto: El impacto del acoso en las inmediaciones de clínicas de aborto y la necesidad de establecer zonas seguras de acceso para proteger a las mujeres y profesionales de la salud]* (enero de 2023), disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/iouempf3/fsrh-rcog-safe-access-zones-around-abortion-clinics-report.pdf>.

- 192 Véase también Comité CEDAW, Investigación relativa al Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte con arreglo al artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Doc. ONU CEDAW/C/OP.8/GBR/1 (6 de marzo de 2018), párrs. 19-20, 70, 72(e) (donde se encontraron violaciones de los artículos 10 y 12 de la Convención cuando el Estado parte no protegió a las mujeres del acoso de los manifestantes antiaborto cuando buscaban servicios e información de SSR).
- 193 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 30.
- 194 *Id.* párr. 34.
- 195 Comité CESC, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de El Salvador, Doc. ONU E/C.12/SLV/CO/6 (19 de diciembre de 2022), párr. 58.
- 196 Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes periódicos 18º a 20º combinados de Brasil, Doc. ONU CERD/C/BRA/CO/18-20 (19 de diciembre de 2022), párr. 17.
- 197 Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes décimo a duodécimo combinados de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/10-12 (21 de septiembre de 2022), párr. 36 (en el que se expresa una profunda preocupación por la sentencia del Tribunal Supremo en el caso *Dobbs c. Jackson Women's Health Organization* y su consiguiente impacto profundamente dispar en la SDR de las minorías raciales y étnicas, en particular las de bajos ingresos).
- 198 *Id.*
- 199 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CCPR/C/USA/CO/5 (7 de diciembre de 2023), párr. 28; véase también Comité de Derechos Humanos, *Mellet c. Irlanda*, *supra* nota 176, párr. 3; Comité de Derechos Humanos, *Whelan c. Irlanda*, Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 2425/2014, Doc. ONU CCPR/C/119/D/2425/2014 (17 de marzo de 2017) [en adelante, Comité de Derechos Humanos, *Whelan c. Irlanda*], párr. 7.11.
- 200 OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, *supra* nota 99, pp. 24-25. Las Directrices proporcionan la primera definición de “despenalización” en el contexto del aborto por parte de un organismo de las Naciones Unidas o un mecanismo de derechos humanos: “Despenalizar significa eliminar el aborto de todas las leyes penales, no aplicar otros delitos punibles (por ejemplo, asesinato, homicidio) al aborto, y garantizar que no haya sanciones penales por abortar, ayudar a abortar, proporcionar información sobre el aborto o practicar un aborto, para todos los agentes participantes”. Señala que “la despenalización garantizaría que cualquiera que haya sufrido una pérdida de embarazo no caiga bajo la sospecha de haber abortado ilegalmente cuando solicite atención [médica]” y que “la despenalización del aborto no hace que las mujeres, niñas u otras personas embarazadas sean vulnerables al aborto forzado o bajo coacción. El aborto forzado o bajo coacción constituiría una agresión grave, ya que se trataría de una intervención no consentida”.
- 201 *Id.* pp. 26-29.
- 202 *Id.* pp. 24-25.
- 203 *Id.* pp. 41-42.

- 204 *Id.* pp. 42-44.
- 205 *Id.* p. 98.
- 206 *Id.* p. 59.
- 207 *Id.* p. 31.
- 208 *Id.* pp. 60-61.
- 209 Véase, en general, OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, *supra* nota 99.
- 210 Por ejemplo, sobre los impactos desproporcionados específicos, la revisión sistemática de la OMS de los estudios sobre los límites de edad gestacional mostró que las mujeres con discapacidades cognitivas, las adolescentes, las mujeres más jóvenes, las mujeres que viven más lejos de las clínicas, las mujeres que necesitan viajar para abortar, las mujeres con menor nivel educativo, las mujeres que enfrentan dificultades financieras, y las mujeres desempleadas se ven desproporcionadamente afectadas por tales restricciones. *Id.* pp. 8, 28, 42.
- 211 Véase *id.* p. 4.
- 212 *Id.* p. 16.
- 213 *Id.* p. 98.
- 214 *Id.* secs. 3.4 (pp. 62-63); 3.6.1 (p. 95); 3.6.2 (pp. 98-100); 3.6.3 (pp. 100-102).
- 215 Para el aborto médico con menos de 12 semanas de gestación, la OMS recomienda utilizar la combinación de mifepristona y misoprostol o utilizar solo misoprostol. *Id.* pp. 16-17, 98.
- 216 *Id.* p. 70.
- 217 Véase *id.* pp. 13-14.
- 218 *Id.* pp. 6, 11.
- 219 Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes décimo a duodécimo combinados de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/10-12 (21 de septiembre de 2022), párr. 36.
- 220 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CCPR/C/USA/CO/5 (7 de diciembre de 2023), párr. 29.
- 221 Comité CAT, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Brasil, Doc. ONU CAT/C/BRA/CO/2 (12 de junio de 2023), párr. 50(b); Comité CAT, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de El Salvador, Doc. ONU CAT/C/SLV/CO/3 (19 de diciembre de 2022), párr. 31.
- 222 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Eslovaquia, Doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/7 (31 de mayo de 2023), párr. 37.
- 223 Los recursos legales oportunos incluyen el requisito procesal de una audiencia justa por parte de un juzgado o tribunal competente e independiente, cuando proceda. El hecho de que los Estados no establezcan un sistema que garantice una acción judicial efectiva en el contexto del acceso a los servicios de atención sanitaria, información y educación constituye una violación del derecho a la salud. Comité CEDAW, Recomendación General No. 28, *supra* nota 37, párr. 34.
- 224 Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párrs. 77-79.
- 225 Véase *id.* párr. 81 (en el que se recomienda, entre otras cosas, que el Estado garantice la participación de las mujeres en el diseño de todos los programas de reparación; elimine todas las formas de discriminación contra las mujeres al restablecer el Estado de derecho durante una reforma jurídica; incluya “medidas específicas destinadas a proteger a la mujer contra la discriminación”; y garantice la protección de la identidad de las mujeres en los procesos de justicia transicional a fin de fomentar su plena colaboración y participación en la adopción de procedimientos con perspectiva de género).
- 226 *Id.* párr. 81(g).

- 227 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 49.
- 228 Véase, en general, Comité CEDAW, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil*, *supra* nota 122 (en el que se concluyó que el hecho de que Brasil no garantizara servicios de salud materna oportunos y adecuados equivalía a discriminación, entre otras cosas, por razón de género); Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 11.
- 229 Véase, en general, Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39; Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas, *supra* nota 40; Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1; Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, Doc. ONU A/HRC/32/44 (8 de abril de 2016); Comité CEDAW, Recomendación General No. 33, *supra* nota 141.
- 230 Véase, en general, Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10; Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1; véase, en general, Comité CDESCR, Observación General No. 20, *supra* nota 103.
- 231 Comité CEDAW, Investigación sobre Filipinas, *supra* nota 40, párrs. 33, 36, 43; Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 28.
- 232 Entre los ejemplos de necesidades e intereses distintos que deben tenerse en cuenta para las mujeres y las niñas se incluyen los siguientes: factores biológicos distintos, como su ciclo menstrual, la función reproductora, la menopausia y su mayor riesgo de exposición a las ITS en comparación con los hombres; factores socioeconómicos distintos, como las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres en el hogar y el lugar de trabajo, que pueden exponer a las mujeres a la violencia o repercutir negativamente en su nutrición y su salud; distintos factores psicosociales, como la depresión en general y la depresión posparto en particular, así como otras afecciones psicológicas; y la falta de respeto por la confidencialidad de los pacientes, ya que puede disuadir a las mujeres de buscar asesoramiento y tratamiento y, por tanto, afectar negativamente su salud y bienestar. Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 12.
- 233 Comité CEDAW, Recomendación General No. 28, *supra* nota 39, párr. 24.
- 234 *Id.* párr. 17.
- 235 *Id.*
- 236 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 30.
- 237 Para las personas intersexuales, véase la ficha informativa en <https://www.unfe.org/en/know-the-facts/challenges-solutions/intersex>. Véase también Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 2.
- 238 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 2; Comité CRPD, Observación General No. 3, *supra* nota 177, párr. 4(c); véase también Comité CEDAW, Recomendación General No. 25 relativa al párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, sobre medidas especiales de carácter temporal, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.7 (12 de mayo de 2004) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 25], párr. 12.
- 239 La no discriminación en el contexto de la SDRS exige respetar la orientación sexual, la identidad de género y la condición intersexual. Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 23.
- 240 Véase *id.* párr. 30; Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, Doc. ONU A/CONF.177/20 (15 de septiembre de 1995), párr. 135; Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, Doc. ONU A/CONF.157/23 (12 de julio de 1993), párr. 38.
- 241 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 34.
- 242 Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 14.
- 243 Véase Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 8; Comité CDESCR, Observación General No. 20, *supra* nota 103, párr. 35.
- 244 Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Informe del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas: Desigualdades de género en la pobreza:

enfoques feministas y basados en los derechos humanos, Doc. de la ONU A/HRC/53/39 (26 de abril de 2023) [en adelante, Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Informe del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra la mujer y la niña: Desigualdades de género en la pobreza].

- 245 *Id.* párr. 42 (en el que se señala que, si bien se han realizado progresos para garantizar la accesibilidad de los bienes y servicios anticonceptivos, 164 millones de mujeres y niñas de todo el mundo siguen teniendo necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar).
- 246 *Id.* párr. 43.
- 247 *Id.* párr. 53.
- 248 *Id.* párr. 42; *véase también* las observaciones y recomendaciones de los órganos de supervisión de los tratados sobre el establecimiento de servicios universales de SSR para garantizar la SDRS independientemente de la asequibilidad: Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Costa Rica, Doc. ONU CEDAW/C/CRI/CO/8 (2 de marzo de 2023), párr. 34; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Bolivia (Estado Plurinacional de), Doc. ONU CEDAW/C/BOL/CO/7 (12 de julio de 2022), párr. 4(d); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Azerbaiyán, Doc. ONU CEDAW/C/AZE/CO/6 (12 de julio de 2022), párr. 34; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Senegal, Doc. ONU CEDAW/C/SEN/CO/8 (1 de marzo de 2022), párr. 33.
- 249 Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Informe del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas: Desigualdades de género en la pobreza, *supra* nota 244, párr. 75.
- 250 Esto incluye, entre otras cosas, garantizar la disponibilidad, asequibilidad y accesibilidad de información y servicios sexuales y reproductivos de calidad, las medidas necesarias para prevenir y responder a la discriminación y la violencia de género, servicios públicos y sistemas de bienestar social adecuadamente financiados, la despenalización de actos asociados a la pobreza y las actividades de sustento de la vida, la despenalización del aborto y otros servicios de SSR, y la despenalización de otros delitos que afectan desproporcionadamente a las mujeres y niñas pobres y marginadas. *Id.* párr. 62.
- 251 *Véase id.* párrs. 57, 64.
- 252 *Id.* párr. 57.
- 253 Comité CEDAW, Recomendación General. No. 30, *supra* nota 38, párr. 34.
- 254 Comité CERD, Recomendación General No. 25: Dimensiones de la discriminación racial relacionadas con el género, Doc. ONU A/55/18 (20 de marzo de 2000) [en adelante, Comité CERD, Recomendación General No. 25], párr. 2; *véase también* Asamblea General de la ONU, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, El derecho a la salud en situaciones de conflicto, Doc. ONU A/68/297 (15 de octubre de 2013), párr. 49.
- 255 Comité CERD, Recomendación General No. 25, *supra* nota 254, para. 2.
- 256 Comité CRPD, Observación General No. 3, *supra* nota 177, párr. 2; *véase también* Comité ad hoc CRPD, *Daily Summary of Discussions at the Sixth Session [Resumen diario de las discusiones de la sexta sesión]* (agosto de 2005), disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc6sum2aug.htm>.
- 257 Comité CRPD, Observación General No. 3, *supra* nota 177, párr. 17(e).
- 258 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 24.
- 259 Comité CEDAW, Recomendación General No. 34, *supra* nota 39, párrs. 14-15; Comité CEDAW, Recomendación General No. 32 sobre las dimensiones de género de la condición de refugiado, el asilo, la nacionalidad y la apatridia de la mujer, Doc. ONU CEDAW/C/GC/32 (5 de noviembre de 2014) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 32], párr. 16; *véase, por ejemplo*, Comité CEDAW y Comité CRC, Recomendación General Conjunta. No. 31 del Comité CEDAW/ Observación General No. 18 del Comité CRC, *supra* nota 112, párrs. 5, 14, 15, 54;

- Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párrs. 7, 57; Comité CEDAW, Recomendación General No. 26 sobre las trabajadoras migratorias, Doc. ONU CEDAW/C/2009/WP.1/R (5 de diciembre de 2008) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 26], párr. 6; Comité CEDAW, Recomendación General No. 25, *supra* nota 238, párr. 12.
- 260 Comité CEDAW, Recomendación General No. 28, *supra* nota 37, párr. 18; véase también Comité CEDAW, Recomendación General No. 25, *supra* nota 238, párr. 28 (donde se señala que la justificación de los Estados para aplicar medidas especiales de carácter temporal “deberá incluir una descripción de la situación real de la vida de la mujer, incluidas las condiciones e influencias que conforman su vida y sus oportunidades, o de un grupo específico de mujeres que sean objeto de formas múltiples de discriminación, cuya situación trata de mejorar el Estado Parte de manera acelerada con la aplicación de dichas medidas especiales de carácter temporal”).
- 261 Comité CEDAW, Recomendación General No. 39, *supra* nota 4; Comité CEDAW, Recomendación General No. 37 sobre las dimensiones de género de la reducción del riesgo de desastres en el contexto del cambio climático, Doc. ONU CEDAW/C/GC/37 (13 de marzo de 2018) [en adelante, Comité CEDAW, Recomendación General No. 37] (donde se reconoce que, dado que las situaciones de riesgo y cambio climático exacerbaban las desigualdades preexistentes, los Estados deben identificar y eliminar todas las formas de discriminación, incluidas las formas de discriminación que se entrecruzan en las políticas relativas a la reducción del riesgo de desastres y el cambio climático).
- 262 *Id.* Estados Unidos tiene la tasa de mortalidad materna más alta entre los países desarrollados, con un impacto especialmente desproporcionado en las mujeres pertenecientes a minorías raciales y étnicas, como las afrodescendientes, las indígenas y, sobre todo, las nativas de Hawái y otras islas del Pacífico, que tienen la tasa de mortalidad materna más alta del país.
- 263 *Id.*
- 264 Dichas políticas y programas incluirían la disponibilidad de atención obstétrica. Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes décimo a duodécimo combinados de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/10-12 (21 de septiembre de 2022), párr. 35.
- 265 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CCPR/C/USA/CO/5 (7 de diciembre de 2023), párr. 28.
- 266 Incluso mediante la adopción de iniciativas legislativas como la Ley de protección de la salud de la mujer. *Id.* párr. 29.
- 267 *Id.*
- 268 *Id.* párr. 26.
- 269 *Id.* párr. 27.
- 270 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 25; Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 9; Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 41, 43; Comité CRPD, Observación General No. 1 sobre el art. 12 de la Convención (Igual reconocimiento como persona ante la ley), Doc. ONU CRPD/C/GC/1 (19 de mayo de 2014) [en adelante, Comité CRPD, Observación General No.1], párr. 35; Comité CRPD, Observación General No. 3, *supra* nota 177, párr. 44; Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párr. 31.
- 271 PIDCP, *supra* nota 187, arts. 3, 17.
- 272 Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 8.
- 273 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Eslovaquia, Doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/7 (31 de mayo de 2023), párr. 37(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Georgia, Doc. ONU CEDAW/C/GEO/CO/6 (2 de marzo de 2023), párr. 36; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Marruecos, Doc. ONU CEDAW/C/MAR/CO/5-6 (12 de julio de 2022), párr. 35(d).

- 274 Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 60.
- 275 Comité CRC, Observación General No. 15, *supra* nota 14, párr. 31.
- 276 Comité CRC, Observación General No. 20, *supra* nota 39, párr. 60.
- 277 Comité CRPD, Observación General No. 3, *supra* nota 177, párr. 64(c).
- 278 “(...) todos los procedimientos y las intervenciones médicos realizados sin el consentimiento libre e informado, incluidos los relacionados con la anticoncepción y el aborto; las prácticas quirúrgicas invasivas e irreversibles, como la psicocirugía, la mutilación genital femenina y las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos realizados en niños intersexuales sin su consentimiento informado”, pueden considerarse tratados o penas crueles, inhumanas o degradantes y constituir una vulneración de varios tratados internacionales de derechos humanos. *Id.* párr. 32.
- 279 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Perú, Doc. ONU CCPR/C/PER/CO/6 (5 de abril de 2023), párr. 10 (observa con preocupación los retrasos en las medidas de resarcimiento y reparaciones por esterilizaciones); Comité CRPD, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Mongolia, Doc. ONU CRPD/C/MNG/CO/2-3 (5 de octubre de 2023), párr. 36; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Suiza, Doc. ONU CEDAW/C/CHE/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 68; Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 22; Comité CRPD, Observación General No. 3, *supra* nota 177, párrs. 31, 35; Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 28, *supra* nota 187, párr. 20.
- 280 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Djibouti, Doc. ONU CEDAW/C/DJI/CO/4-5 (26 de febrero de 2024), párr. 24(a); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes quinto y sexto combinados de Togo, Doc. ONU CRC/C/TGO/CO/5-6 (28 de septiembre de 2023), párrs. 30-31; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Gambia, Doc. ONU CEDAW/C/GMB/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 20; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto a sexto combinados de Alemania, Doc. ONU CRC/C/DEU/CO/5-6 (23 de septiembre de 2022), párr. 24 (recuerda la Observación General Conjunta No. 31 del Comité CEDAW/Observación General No. 18 del Comité CRC); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Bélgica, Doc. ONU CEDAW/C/BEL/CO (1 de noviembre de 2022), párr. 32; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Finlandia, Doc. ONU CEDAW/C/FIN/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párr. 21.
- 281 Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Doc. ONU A/HRC/31/57 (5 de enero de 2016); Comité CEDAW, *L.C. c. Perú*, Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo de la Convención, respecto de la comunicación núm. 22/2009, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (17 de octubre de 2011), párr. 8.18; Comité de Derechos Humanos, *Mellet c. Irlanda*, *supra* nota 176, párr. 7.4; Comité de Derechos Humanos, *Whelan c. Irlanda*, *supra* nota 199, párr. 18.
- 282 Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 22.
- 283 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Armenia, Doc. ONU CEDAW/C/ARM/CO/7 (1 de noviembre de 2022), párr. 54; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Bélgica, Doc. ONU CEDAW/C/BEL/CO (1 de noviembre de 2022), párr. 23; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Suiza, Doc. ONU CEDAW/C/CHE/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 68; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto a sexto combinados de Ucrania, Doc. ONU CRC/C/UKR/CO/5-6 (27 de octubre de 2022), párr. 19; Comité CRC, Observaciones finales sobre el informe inicial de Sudán del Sur, Doc. ONU CRC/C/SSD/CO/1 (27 de octubre de 2022), párr. 21; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a sexto combinados de Kuwait, Doc. ONU CRC/C/KWT/CO/3-6 (19 de octubre de 2022), párrs. 16-17 (recomendando que el Estado parte enmiende el artículo 26 de su Ley sobre el estatuto personal, que permite el matrimonio infantil, y derogue todas las excepciones a la edad mínima legal de 18 años para contraer matrimonio, tanto para mujeres como para

hombres); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Honduras, Doc. ONU CEDAW/C/HND/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 49; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto a sexto combinados de Alemania, Doc. ONU CRC/C/DEU/CO/5-6 (23 de septiembre de 2022), párrs. 24-25, (recordando la Observación General Conjunta No. 31 del Comité CEDAW/Observación General No. 18 del Comité CRC); véase, en general, Comité CEDAW y Comité CRC, Recomendación General Conjunta No. 31 del Comité CEDAW/Observación General. No. 18 del Comité CRC, *supra* nota 112.

- 284 En concreto, los órganos de supervisión de los tratados han destacado la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de apoyo y rehabilitación, así como a las reparaciones, incluida la indemnización económica, para garantizar que las víctimas estén protegidas frente a represalias. Más concretamente, esto incluye establecer planes de protección para las víctimas de la mutilación genital femenina y otras prácticas nocivas; alentar la denuncia de tales prácticas a las autoridades pertinentes; garantizar el acceso de las víctimas a servicios sociales, médicos, psicológicos y de rehabilitación gratuitos y a la reparación, incluso mediante la cooperación y la asistencia internacionales; y garantizar la impartición de formación obligatoria sobre la mutilación genital femenina a los profesionales de la salud. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Etiopía, Doc. ONU CCPR/C/ETH/CO/2 (7 de diciembre de 2022), párr. 32; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de la Federación de Rusia, Doc. ONU CCPR/C/RUS/CO/8 (1 de diciembre de 2022), párrs. 16-17; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Finlandia, Doc. ONU CEDAW/C/FIN/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párr. 22; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a sexto combinados de Kuwait, Doc. ONU CRC/C/KWT/CO/3-6 (19 de octubre de 2022), párr. 29.
- 285 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de la República Dominicana, Doc. ONU CEDAW/C/DOM/CO/8 (1 de marzo de 2022), párr. 20(c); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de la República Checa, Doc. ONU CRC/C/CZE/CO/5-6 (22 de octubre de 2021), párr. 17.
- 286 Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 28, *supra* nota 187, párr. 20; Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 17 sobre el artículo 24 (Derechos del niño), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (7 de abril de 1989) [en adelante, Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 17], párr. 4.
- 287 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Gabón, Doc. ONU CEDAW/C/GAB/CO/7 (1 de marzo de 2022), párr. 39; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Ucrania, Doc. ONU CCPR/C/UKR/CO/8 (9 de febrero de 2022), párr. 19.
- 288 Comité CEDAW, *supra* nota 113, Art. 5(a); véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Filipinas, Doc. ONU CEDAW/C/PHL/CO/9 (14 de noviembre de 2023), párrs. 39-40; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Bután, Doc. ONU CEDAW/C/BTN/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párrs. 63-64; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Malawi, Doc. ONU CEDAW/C/MWI/CO/8 (30 de octubre de 2023), párrs. 49-50; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Albania, Doc. ONU CRC/C/ALB/CO/5-6 (28 de septiembre de 2023), párr. 28; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Botswana, Doc. ONU CCPR/C/BWA/CO/2 (24 de noviembre de 2021), párrs. 13-14.
- 289 Comité CEDAW, Recomendación General No. 28, *supra* nota 37, párr. 21; Comité CEDAW, Recomendación General No. 25, *supra* nota 238, párr. 12.
- 290 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Malawi, Doc. ONU CEDAW/C/MWI/CO/8 (30 de octubre de 2023), párr. 31(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de la República Dominicana, Doc. ONU CEDAW/C/DOM/CO/8 (1 de marzo de 2022), párr. 19; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Yemen, Doc. ONU CEDAW/C/YEM/CO/7-8 (24 de noviembre de

- 2021), párrs. 43-44; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el informe periódico inicial de Sudán del Sur, Doc. ONU CEDAW/C/SSD/CO/1 (23 de noviembre de 2021), párrs. 40-41.
- 291 *Véase, por ejemplo*, Comité CESCR, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Chad, Doc. ONU E/C.12/TCD/CO/4 (30 de octubre de 2023), párrs. 33-34; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Georgia, Doc. ONU CCPR/C/GEO/CO/5 (23 de septiembre de 2022); párrs. 47-48; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo a décimo combinados de Egipto, Doc. ONU CEDAW/C/EGY/CO/8-10 (26 de noviembre de 2021); párr. 23; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Botswana, Doc. ONU CCPR/C/BWA/CO/2 (24 de noviembre de 2021), párrs. 13, 14(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Suecia, Doc. ONU CEDAW/C/SWE/CO/10 (24 de noviembre de 2021), párr. 22(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Indonesia, Doc. ONU CEDAW/C/IDN/CO/8 (24 de noviembre de 2021), párr. 52(e); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Sudáfrica, Doc. ONU CEDAW/C/ZAF/CO/5 (23 de noviembre de 2021), párr. 34(c).
- 292 *Véase* Comité CAT, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Etiopía, Doc. ONU CAT/C/ETH/CO/2 (7 de junio de 2023), párrs. 26-27 (donde se recomienda al Estado parte que ponga fin al matrimonio infantil, incluso en los sistemas de justicia consuetudinarios, y erradique las justificaciones culturales de esta práctica).
- 293 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Ucrania, Doc. ONU CEDAW/C/UKR/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 21.
- 294 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Bélgica, Doc. ONU CEDAW/C/BEL/CO (1 de noviembre de 2022), párr. 23; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Suiza, Doc. ONU CEDAW/C/CHE/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 24; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Finlandia, Doc. ONU CEDAW/C/FIN/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párr. 21.
- 295 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Finlandia, Doc. ONU CEDAW/C/FIN/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párrs. 17, 29 (recordando la Recomendación General No. 31 del Comité CEDAW/Observación General No. 18 del Comité CRC y las recomendaciones anteriores del Comité CEDAW); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Finlandia, Doc. ONU CEDAW/C/FIN/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párr. 22; Comité CRC, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Uzbekistán, Doc. ONU CRC/C/UZB/CO/5 (27 de octubre de 2022), párr. 29.
- 296 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Ucrania, Doc. ONU CEDAW/C/UKR/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 45.
- 297 Comité CESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 57; Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 22; Comité CRPD, Observación General No. 3, *supra* nota 177, párr. 63(a); Comité CRPD, Observación General No. 1, *supra* nota 270, párr. 35.
- 298 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Islandia, Doc. ONU CEDAW/C/ISL/CO/9 (31 de mayo de 2023), párrs. 25-26; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Georgia, Doc. ONU CEDAW/C/GEO/CO/6 (2 de marzo de 2023), párr. 25; Comité CEDAW, Recomendación General No. 35, *supra* nota 60, párr. 18.
- 299 Comité CEDAW, Observación General No. 33, *supra* nota 141, párr. 19(b); *véase también* Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Perú, Doc. ONU CCPR/C/PER/CO/6 (5 de abril de 2023), párr. 10 (observando con preocupación los retrasos en los mecanismos efectivos de rendición de cuentas por esterilizaciones forzadas); Comité CRPD, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Mongolia, Doc. ONU CRPD/C/MNG/CO/2-3 (5 de octubre de 2023), párr. 36 (recomendando que el Estado parte establezca un mecanismo para identificar, investigar y dar seguimiento a los casos que surjan a pesar de las prohibiciones legales existentes sobre la esterilización forzada); Comité CEDAW,

Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Suiza, Doc. ONU CEDAW/C/CHE/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 68.

- 300 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Islandia, Doc. ONU CEDAW/C/ISL/CO/9 (31 de mayo de 2023), párr. 26(h).
- 301 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Guatemala, Doc. ONU CEDAW/C/GTM/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párr. 50 (donde se señala con preocupación que las mujeres y niñas con discapacidad, especialmente las mujeres indígenas, se enfrentan a formas interrelacionadas de discriminación y violaciones de sus derechos al ser sometidas, entre otras cosas, a esterilización forzada en el Estado parte); Comité CRPD, Observaciones finales sobre el primer informe periódico de Suiza, Doc. ONU CRPD/C/CHE/CO/1 (13 de abril de 2022), párrs. 35-36 (observando con preocupación que “[s]e puede someter a las personas intersexuales a intervenciones médicas o quirúrgicas innecesarias e irreversibles, incluso durante la primera infancia o la niñez”); Comité CAT, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Kenia, Doc. ONU CAT/C/KEN/CO/3 (30 de mayo de 2022), párr. 37(e) (observa con preocupación “la persistencia de la esterilización forzada y bajo coacción de las mujeres infectadas por el VIH” en el Estado parte).
- 302 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Panamá, Doc. ONU CEDAW/C/PAN/CO/8 (1 de marzo de 2022), párrs. 37-38; Comité CESC, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Panamá, Doc. ONU E/C.12/PAN/CO/3 (31 de marzo de 2023), párr. 48; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Panamá, Doc. ONU CCPR/C/PAN/CO/4 (12 de abril de 2023), párr. 19; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Sudáfrica, Doc. ONU CEDAW/C/ZAF/CO/5 (23 de noviembre de 2021), párr. 53.
- 303 Comité CRPD, Observaciones finales sobre el informe inicial de Andorra, Doc. ONU CRPD/C/AND/CO/1 (9 de octubre de 2023), párr. 35; Comité CRPD, Observaciones finales sobre el informe inicial de Israel, Doc. ONU CRPD/C/ISR/CO/1 (9 de octubre de 2023), párr. 39; Comité CRPD, Observaciones finales sobre el informe inicial de Israel, Doc. 39; Comité CRPD, Observaciones finales sobre los informes inicial y segundo combinados de Malawi, Doc. ONU CRPD/C/MWI/CO/1-2 (5 de octubre de 2023), párrs. 17, 35; Comité CRPD, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Alemania, Doc. ONU CRPD/C/DEU/CO/2-3 (5 de octubre de 2023), párr. 37; Comité CRPD, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Mongolia, Doc. ONU CRPD/C/MNG/CO/2-3 (5 de octubre de 2023), párr. 36; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Islandia, Doc. ONU CEDAW/C/ISL/CO/9 (31 de mayo de 2023), párrs. 23-24 (recomienda la tipificación explícita como delito de las esterilizaciones forzadas, en particular contra mujeres con discapacidad intelectual o psicosocial); Comité CRPD, Observaciones finales sobre los informes segundo y tercero combinados de Túnez, Doc. ONU CRPD/C/TUN/CO/2-3 (17 de abril de 2023), párr. 29; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Panamá, Doc. ONU CCPR/C/PAN/CO/4 (12 de abril de 2023), párr. 19; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Hungría, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/9 (2 de marzo de 2023), párr. 35(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Suiza, Doc. ONU CEDAW/C/CHE/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 24; Comité CRPD, Observaciones finales sobre el informe inicial de Suiza, Doc. ONU CRPD/C/CHE/CO/1 (13 de abril de 2022), párr. 36; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Portugal, Doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/10 (12 de julio de 2022), párr. 40(c).
- 304 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Namibia, Doc. ONU CEDAW/C/NAM/CO/6 (12 de julio de 2022), párr. 41(g).
- 305 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de China, Doc. ONU CEDAW/C/CHN/CO/9 (31 de mayo de 2023), párr. 43(d) (señalando con preocupación las alegaciones de tortura en zonas pobladas por uigures mediante, entre otras cosas, esterilizaciones forzadas); Comité CAT, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Eslovaquia, Doc. ONU CAT/C/SVK/CO/4 (7 de junio de 2023), párr. 23; Comité CESC, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico

- de China, incluyendo Hong Kong, China y Macao, China, Doc. ONU E/C.12/CHN/CO/3 (22 de marzo de 2023), párr. 70; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Bélgica, Doc. ONU CEDAW/C/BEL/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párr. 23; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Suiza, Doc. ONU CEDAW/C/CHE/CO/6 (1 de noviembre de 2022), párr. 57.
- 306 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de la República de Corea, Doc. ONU CCPR/C/KOR/CO/5 (24 de noviembre de 2023), párr. 13; Comité CAT, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Kazajistán, Doc. ONU CAT/C/KAZ/CO/4 (8 de junio de 2023), párr. 41.
- 307 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Eslovaquia, Doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/7 (31 de mayo de 2023), párr. 45(a).
- 308 *Id.*
- 309 *Id.* párrs. 42(c), 43(c).
- 310 Comité CRPD, Observaciones finales sobre los informes segundo y tercero combinados de Túnez, Doc. ONU CRPD/C/TUN/CO/2-3 (17 de abril de 2023), párr. 30(b); Comité CRPD, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Austria, Doc. ONU CRPD/C/AUT/CO/2-3 (28 de septiembre de 2023), párr. 44(a).
- 311 Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero y cuarto combinados de Liechtenstein, Doc. ONU CRC/C/LIE/CO/3-4 (17 de octubre de 2023), párr. 24(b-c).
- 312 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 23.
- 313 Comité CAT, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Dinamarca, Doc. ONU CAT/C/DNK/CO/8 (8 de diciembre de 2023), párr. 33; Comité CAT, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Irlanda, Doc. ONU CAT/C/IRL/CO/2 (31 de agosto de 2017), párrs. 29-30 (donde se expresa preocupación por la práctica pasada de someter a mujeres y niñas a operaciones de sinfisiotomía en el marco del parto, y por las denuncias según las cuales los médicos se negaban, por razones religiosas y no médicas, a aplicar métodos alternativos que habrían “causado muchos menos dolor y sufrimiento”).
- 314 CEDAW, *supra* nota 113, art. 16(e); véase, en general, Comité CESC, Observación General No. 25, *supra* nota 5.
- 315 OMS, *Esterilidad* (22 de mayo de 2024), disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
- 316 Comité CESC, Observación General No. 25, *supra* nota 5, párr. 33.
- 317 Esto incluye a los hombres transexuales y a las personas no conformes con el género, que también pueden quedar embarazadas.
- 318 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párr. 9; Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 39, párr. 22 (“Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas”).
- 319 Véase Comité CESC, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 11 (“Otro aspecto importante [del derecho a la salud] es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”); Comisión de Derechos Humanos de la ONU, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. ONU E/CN.4/2004/49 (16 de febrero de 2004), párr. 48 (“El derecho a la salud exige que las políticas, programas y proyectos sanitarios sean de carácter participativo. (...) Como la salud sexual, y la reproductiva, forman parte integrante del derecho a la salud, de ello se sigue que todas las iniciativas para su promoción y protección deben formularse, aplicarse y supervisarse con un criterio participativo”).

- 320 Comité CDESCR, Observación General No. 25, *supra* nota 5, párr. 33.
- 321 *Véase, por ejemplo*, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Uruguay, Doc. ONU CEDAW/C/URY/CO/10 (14 de noviembre de 2023), párrs. 45-46.
- 322 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Portugal, Doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/10 (12 de julio de 2022), párr. 4(a).
- 323 *Véase, por ejemplo*, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Eslovenia, Doc. ONU CEDAW/C/SVN/CO/7 (2 de marzo de 2023), párr. 39 (donde se señala con preocupación el limitado acceso a los servicios de salud, incluidas las TRA, para las mujeres desfavorecidas en el Estado parte).
- 324 *Véase, por ejemplo*, Asamblea General de la ONU, Informe del Relator Especial sobre la venta y la explotación sexual de los niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y otros materiales de abuso sexual de niños, Doc. ONU A/74/162 (15 de julio de 2019), párr. 13.
- 325 *Véase, en general*, ACNUDH, *Gestión subrogada* (s.f.), disponible en: <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-sale-of-children/surrogacy>; UNICEF, *Consideraciones clave: derechos de los niños y las niñas nacidos mediante gestión subrogada* (febrero de 2022), disponible en: <https://www.unicef.org/es/media/128991/file/Key-considerations-on-surrogacy-ES.pdf>; Servicio Social Internacional, *Principios para la protección de los derechos del niño nacido por gestión subrogada* (Principios de Verona) (2021), disponible en: https://www.iss-ssi.org/wp-content/uploads/2023/03/VeronaPrinciples_25February2021-1.pdf.
- 326 Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Irlanda, Doc. ONU CRC/C/IRL/CO/5-6 (28 de febrero de 2023), párr. 19(c)(ii).
- 327 Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Ucrania, Doc. ONU CRC/C/UKR/CO/5-6 (27 de octubre de 2022), párr. 21; *véase también* Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Irlanda, Doc. ONU CRC/C/IRL/CO/5-6 (28 de febrero de 2023), párr. 20; Comité CRC, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Nueva Zelanda, Doc. ONU CRC/C/NZL/CO/6 (28 de febrero de 2023), párr. 20; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto a sexto combinados de Grecia, Doc. ONU CRC/C/GRC/CO/4-6 (28 de junio de 2022), párr. 22; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Suiza, Doc. ONU CRC/C/CHE/CO/5-6 (22 de octubre de 2021), párr. 22.
- 328 *Véase id.*
- 329 Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Luxemburgo, Doc. ONU CRC/C/LUX/CO/5-6 (21 de junio de 2021), párr. 16.
- 330 Incluso cuando los tribunales nacionales han reconocido la ciudadanía de un niño nacido de un vientre de alquiler en el extranjero o cuando el Estado ha establecido un sistema electrónico de registro de nacimientos. *Véase* Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Namibia, Doc. ONU CEDAW/C/NAM/CO/6 (12 de julio de 2022), párrs. 35(a), 36(a).
- 331 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Camboya, Doc. ONU CEDAW/C/KHM/CO/6 (12 de noviembre de 2019), párr. 46.
- 332 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Ucrania, Doc. ONU CEDAW/C/UKR/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 45(d).
- 333 *Id.* párr. 46(d).
- 334 *Véase, en general*, Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1; Comité CDESCR, Observación General No. 14, *supra* nota 10; Comité CEDAW, Recomendación General No. 28, *supra* nota 37; Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38; Comité CEDAW, Recomendación General No. 37, *supra* nota 261.

- 335 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *adoptada* el 13 de diciembre de 2006, A.G. Res. A/RES/61/106, U.N. GAOR, 61º Sess. A/61/611 (*en vigor desde* el 3 de mayo de 2008) [en adelante, CRPD, por su sigla en inglés], art. 11.
- 336 *Id.*
- 337 Véase Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párrs. 19-24; Comité CESC, Observación General No. 12 sobre el derecho a una alimentación adecuada (art. 11 del Pacto), Doc. ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999) [en adelante, Comité CESC, Observación General No. 12], párr. 6; Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 64.
- 338 Comité CESC, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 50-53; véase también CRPD, *supra* nota 335, art. 32.
- 339 Por ejemplo, el Comité CEDAW también ha señalado las dificultades a las que se enfrentan las mujeres y niñas refugiadas y solicitantes de asilo que salen de Ucrania, por ejemplo, para acceder a servicios de aborto seguro en los países de tránsito o destino. Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Ucrania, Doc. ONU CEDAW/C/UKR/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párrs. 41, 218; véase, por ejemplo, Comité CAT, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Burundi, Doc. ONU CAT/C/BDI/CO/3 (11 de diciembre de 2023), párr. 40; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados de Uganda, Doc. ONU CEDAW/C/UGA/CO/8-9 (1 de marzo de 2022), párr. 42; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Yemen, Doc. ONU CEDAW/C/YEM/CO/7-8 (24 de noviembre de 2021), párr. 42.
- 340 En el caso de las mujeres y niñas desplazadas internamente, el Comité CEDAW ha recomendado que dichas mujeres y niñas que sean víctimas de violencia de género reciban acceso gratuito e inmediato a servicios médicos, asistencia jurídica y un entorno seguro, así como acceso a proveedoras de atención de la salud y acceso a servicios como atención y asesoramiento en materia de salud reproductiva. Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Honduras, Doc. ONU CEDAW/C/HND/CO/9 (1 de noviembre de 2022), párr. 47 (en consonancia con su Observación General No. 32 sobre las dimensiones de género de la condición de refugiado, el asilo, la nacionalidad y la apatridia de la mujer y la Observación General No. 30 sobre la mujer en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos).
- 341 Véase, en general, Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38; Centro de Derechos Reproductivos, *Accountability for Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Settings [Rendición de cuentas por salud y derechos sexuales y reproductivos en contextos humanitarios]* (2021), disponible en: <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/06/SRHR-humanitarian-settings-6-2021.pdf>.
- 342 Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párr. 52(c); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el informe inicial y los informes periódicos segundo a quinto combinados de la República Centroafricana, Doc. ONU CEDAW/C/CAF/CO/1-5 (24 de julio de 2014), párr. 40(b); véase también Comité CEDAW, Observaciones finales sobre la República Democrática del Congo, Doc. ONU CEDAW/C/COD/CO/5 (25 de agosto de 2006), párrs. 35-36, en Centro de Derechos Reproductivos, *Accountability for Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Settings [Rendición de cuentas por salud y derechos sexuales y reproductivos en contextos humanitarios]* (2021), disponible en: <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/06/SRHR-humanitarian-settings-6-2021.pdf>.
- 343 Los Estados también deben garantizar la reparación de los actos de particulares o entidades privadas, como parte de su obligación de diligencia debida. Comité CEDAW, Recomendación General No. 30, *supra* nota 38, párr. 17(a); Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Informe anual de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y del Secretario General: Seguimiento de la aplicación de las orientaciones técnicas, Doc. ONU A/HRC/39/26 (29 de junio de 2018); véase, en general, Centro de Derechos Reproductivos, *Ensuring Sexual and*

Reproductive Health and Rights of Women and Girls Affected by Conflict [Garantizando salud y derechos sexuales y reproductivos a mujeres y niñas afectadas por conflictos] (25 de julio de 2017), disponible en: https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/ga_bp_conflictncrisis_2017_07_25.pdf.

- 344 Algunos ejemplos de violencia sexual y de género son la violación, la violación en grupo, la esclavitud sexual y la transmisión intencionada del VIH. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Etiopía, Doc. ONU CCPR/C/ETH/CO/2 (7 de diciembre de 2022), párr. 13.
- 345 El Comité se ha referido específicamente a la aplicación de las recomendaciones enumeradas en el informe conjunto de investigación de la OACDH y la Comisión de Derechos Humanos de Etiopía (2021). *Id.* para. 14.
- 346 Comité CEDAW, *S.H. c. Bosnia y Herzegovina*, *supra* nota 7.
- 347 *Id.* párrs. 3.3; 8.4.
- 348 *Id.* párrs. 8.5-8.6.
- 349 *Id.* párrs. 9-10.
- 350 ACNUDH, “COVID-19 and Human Rights Treaty Bodies” (s.f.), disponible en: <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/covid-19-and-human-rights-treaty-bodies>; véase también OMS, “Essential health services face continued disruption during COVID-19 pandemic” [Servicios esenciales de salud continúan presentando interrupciones durante la pandemia del COVID-19] (7 de febrero de 2022), disponible en: <https://www.who.int/news/item/07-02-2022-essential-health-services-face-continued-disruption-during-covid-19-pandemic>.
- 351 OMS et al., *Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA* (23 de febrero de 2023), disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372571/9789240069350-spa.pdf>, p. xvi; OMS, Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID (1 de junio de 2020), disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf, p. 24; véase, en general, Marie Thoma y Eugene Declercq, *All-Cause Maternal Mortality in the US Before vs During the COVID-19 Pandemic [Mortalidad materna por todas las causas en Estados Unidos antes y durante la pandemia del COVID-19]*, 1 JAMA (2022); véase también Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *COVID-19 Pandemic Further Threatens Women and Girls Already at Risk in Humanitarian and Fragile Settings [La pandemia del COVID-19 amenaza aún más a mujeres y niñas que ya se encuentran en situación de riesgo en contextos frágiles y humanitarios]* (mayo de 2020), disponible en: <https://wordpress.fp2030.org/wp-content/uploads/2023/08/IAWG-COVID-ADVOCACY-STATEMENT.pdf>, p. 3.
- 352 Véase, por ejemplo, Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes décimo a duodécimo combinados de los Estados Unidos de América, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/10-12 (21 de septiembre de 2022), párr. 35.
- 353 Comité CDESCR, Observación General No. 22, *supra* nota 1, párrs. 33, 38.
- 354 Informe del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra la mujer y la niña, Los derechos a la SSR de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis, Doc. ONU A/HRC/47/38 (28 de abril de 2021), párr. 26 (cita en general la Observación General No. 14 y la Observación General No. 22 del Comité CDESCR).
- 355 OMS, Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID- (1 de junio de 2020), disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf, p. 29; Comité CEDAW, *Nota con orientaciones: CEDAW y COVID-19* (2020), disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/CEDAW_Guidance_note_COVID-19_SP.docx, párrs. 1-2.
- 356 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, *Nota con orientaciones: CEDAW y COVID-19* (2020), disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/CEDAW_Guidance_note_COVID-19_SP.docx, párr. 2 (“Los Estados parte deben seguir ofreciendo servicios de salud sexual y reproductiva que tengan en cuenta el

género, incluidos servicios de maternidad, a modo de elemento de sus respuestas ante el COVID-19. El acceso confidencial de las mujeres y niñas a información y a servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, como por ejemplo métodos anticonceptivos modernos, servicios de aborto y servicios postaborto seguros, y el pleno consentimiento, debe asegurarse en todo momento a través de líneas telefónicas gratuitas y procedimientos de acceso fácil, como son las recetas médicas en línea, sin coste alguno en caso de que sea necesario. Los Estados parte deben sensibilizar al respecto de los riesgos particulares del COVID-19 para las mujeres embarazadas y las mujeres con problemas de salud preexistentes. Deben poner a disposición del personal sanitario manuales que pongan de relieve la importancia de cumplir los procedimientos para la prevención de contagios, incluso en el caso de la salud materna, durante el embarazo, el parto y el periodo postparto”); ACNUDH, “Declaración del Grupo de Trabajo de la ONU sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas: Las respuestas a la pandemia de COVID-19 no deben descartar a las mujeres y niñas” (20 de abril de 2020), *disponible en:* <https://www.ohchr.org/es/2020/04/statement-un-working-group-discrimination-against-women-and-girls-responses-covid-19>; ACNUDH, “Directrices relativas a la COVID-19” (s.f.), *disponible en:* <https://www.ohchr.org/es/covid-19/guidance> (que establece que “Las respuestas eficaces al COVID-19 deben tener en cuenta y abordar cabalmente las situaciones, perspectivas y necesidades específicas de mujeres, niñas y miembros del colectivo LGBTI, y deben velar por que ninguna de las medidas adoptadas discrimine directamente o indirectamente por motivo de género (...) Los servicios de salud sexual y reproductiva deberían considerarse como una prioridad para salvar vidas y como parte integral de la respuesta a la pandemia, comprendido el acceso a la contracepción, los cuidados maternos y perinatales, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el aborto seguro y las vías de referencia seguras, incluso para las víctimas de la violencia de género. Los recursos destinados a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva no deberían desviarse a otros fines, porque esto podría repercutir en particular sobre los derechos y las vidas de las niñas y las mujeres”).

- 357 OMS, Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID- (1 de junio de 2020), *disponible en:* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf, p. 6.
- 358 Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39, párr. 26.
- 359 Comité CEDAW, *Nota con orientaciones: CEDAW y COVID-19* (2020), *disponible en:* https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/CEDAW_Guidance_note_COVID-19_SP.docx, párrs. 1-2.
- 360 Véase, por ejemplo, *id.* párr. 2.
- 361 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Georgia, Doc. ONU CEDAW/C/GEO/CO/6 (2 de marzo de 2023), párr. 37 (observando con preocupación el fuerte aumento de la violencia de género contra las mujeres, que se triplicó con creces entre 2020 y 2021); Comité de la CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Namibia, Doc. ONU CEDAW/C/NAM/CO/6 (12 de julio de 2022), párr. 27(b); Comité CAT, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Kenia, Doc. ONU CAT/C/KEN/CO/3 (30 de mayo de 2022), párr. 37 (al expresar preocupación por el aumento significativo de la violencia doméstica y la violencia sexual durante la COVID-19, así como por la persistencia de la esterilización forzada y bajo coacción); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Kirguistán, Doc. ONU CEDAW/C/KGZ/CO/5 (29 de noviembre de 2021), párr. 21 (observando con preocupación la “alta incidencia de la violencia de género contra las mujeres en el Estado parte, incluido el aumento de la violencia doméstica durante el confinamiento en el contexto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), y la persistencia de la práctica nociva del rapto de novias”); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Botswana, Doc. ONU CCPR/C/BWA/CO/2 (24 de noviembre de 2021), párr. 13.
- 362 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia, Doc. ONU CEDAW/C/BOL/CO/7 (12 de julio de 2022), párr. 23(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Kirguistán, Doc. ONU CEDAW/C/KGZ/CO/5 (29 de noviembre de 2021), párr. 31(b) (si bien reconoció los esfuerzos del Estado parte por garantizar la educación en línea

durante la COVID-19, observó con preocupación una “[l]a falta de formación sobre la igualdad de género y sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos”); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes séptimo y octavo combinados de Yemen, Doc. ONU CEDAW/C/YEM/CO/7-8 (24 de noviembre de 2021), párr. 36(c) (observando que la desproporcionada falta de acceso al tratamiento COVID-19 en el Estado parte se atribuía, al menos en parte, “al acceso restringido de las mujeres a los servicios de salud, al registro digital y a la información pública”); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Sudáfrica, Doc. ONU CEDAW/C/ZAF/CO/5 (23 de noviembre de 2021), párr. 53 (observa con preocupación el limitado acceso a los servicios de SSR en el Estado parte, en particular en las zonas rurales); véase también Comité CERD, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto a undécimo combinados de Zimbabue, Doc. ONU CERD/C/ZWE/CO/5-11 (16 de septiembre de 2022), párr. 39 (en el que se expresa preocupación por el hecho de que “se ha impedido que las personas sin documentos de identidad” en el Estado parte “ejercen los derechos que les confiere el artículo 5 de la Convención, en particular con respecto a la atención de la salud materna y de otro tipo” y al programa de vacunación COVID-19 del Estado parte); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Panamá, Doc. ONU CEDAW/C/PAN/CO/8 (1 de marzo de 2022), párr. 33(e) (observando con preocupación los “obstáculos que impidieron a las mujeres y niñas indígenas participar en los programas educativos virtuales durante el confinamiento debido a la pandemia de COVID-19, en particular porque no disponían de dispositivos tecnológicos”).

- 363 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Azerbaiyán, Doc. ONU CEDAW/C/AZE/CO/6 (12 de julio de 2022), párr. 29(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Kirguistán, Doc. ONU CEDAW/C/KGZ/CO/5 (29 de noviembre de 2021), párr. 49(b); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes séptimo y octavo combinados de Yemen, Doc. ONU CEDAW/C/YEM/CO/7-8 (24 de noviembre de 2021), párrs. 10, 43(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Sudáfrica, Doc. ONU CEDAW/C/ZAF/CO/5 (23 de noviembre de 2021), párr. 53; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Botsuana, Doc. ONU CCPR/C/BWA/CO/2 (24 de noviembre de 2021), párr. 13.
- 364 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Georgia, Doc. ONU CEDAW/C/GEO/CO/6 (2 de marzo de 2023), párr. 37 (al expresar preocupación por el impacto desproporcionado de COVID-19 en la salud de las mujeres, el acceso limitado a servicios y bienes de SSR y tratamiento del VIH, los datos limitados sobre la disponibilidad de aborto seguro para las víctimas de violencia sexual, y la tasa de mortalidad materna persistentemente alta); Comité CRPD, Observaciones finales sobre el informe inicial de Singapur, Doc. ONU CRPD/C/SGP/CO/1 (5 de octubre de 2022), párr. 49 (donde se expresa preocupación por las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las personas con discapacidad, al tiempo que se señala de forma más general que “las personas con discapacidad se han enfrentado a obstáculos para acceder a la atención de la salud durante la pandemia de COVID-19”); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Azerbaiyán, Doc. ONU CEDAW/C/AZE/CO/6 (12 de julio de 2022), párr. 29(e) (expresa preocupación por la exacerbación de la “segregación horizontal y vertical de las mujeres y las niñas en la educación”, incluida la “subrepresentación de las mujeres en el nivel de toma de decisiones en el sistema educativo(...) y la disminución de las publicaciones de profesoras durante la pandemia de COVID-19 debido a su carga desproporcionada de trabajo doméstico y de cuidados”); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Chipre, Doc. ONU CRC/C/CYP/CO/5-6 (24 de junio de 2022), párr. 37(d) (expresa preocupación por el aumento de la incidencia de la violencia sexual durante la pandemia de COVID-19 en el Estado parte); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Senegal, Doc. ONU CEDAW/C/SEN/CO/8 (1 de marzo de 2022), párr. 34(e) (recomendando que el Estado parte “redoble sus esfuerzos para mejorar el acceso de las mujeres a servicios de atención de la salud inclusivos y a una asistencia médica asequible prestada por personal capacitado(...) teniendo en cuenta las preocupaciones sanitarias específicas exacerbadas por la pandemia del COVID-19”); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Sudáfrica, Doc. ONU CEDAW/C/ZAF/CO/5 (23 de

noviembre de 2021), párrs. 53-54; Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Eswatini, Doc. ONU CRC/C/SWZ/CO/2-4 (22 de octubre de 2021), párr. 54(c) (donde se expresa preocupación por la elevada tasa de embarazos precoces durante la pandemia de COVID-19).

- 365 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Azerbaiyán, Doc. ONU CEDAW/C/AZE/CO/6 (12 de julio de 2022), párr. 29(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Sudáfrica, Doc. ONU CEDAW/C/ZAF/CO/5 (23 de noviembre de 2021), párr. 43. Al identificar una posible conexión causal entre el impacto desproporcionado de la COVID-19 en las niñas y la mayor tasa de abandono escolar, el Comité CRC recomendó a los Estados partes que proporcionaran información adecuada sobre las tasas de abandono escolar entre las adolescentes con el fin de reforzar “el apoyo y la asistencia prestados a las adolescentes embarazadas y a las madres adolescentes para que puedan proseguir su educación en las escuelas ordinarias, entre otras cosas luchando contra las actitudes tradicionales discriminatorias que se oponen a la educación de las niñas”. Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto a séptimo combinados de Zambia, Doc. ONU CRC/C/ZMB/CO/5-7 (27 de junio de 2022), párr. 38(b); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Kirguistán, Doc. ONU CEDAW/C/KGZ/CO/5 (29 de noviembre de 2021), párr. 31(a-b).
- 366 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Azerbaiyán, Doc. ONU CEDAW/C/AZE/CO/6 (12 de julio de 2022), párrs. 30(b-d) (recomendando que el Estado parte aborde las causas subyacentes de las altas tasas de abandono escolar entre las niñas e integre en los planes de estudio contenidos sobre los efectos nocivos de los estereotipos de género y la violencia de género); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Kirguistán, Doc. ONU CEDAW/C/KGZ/CO/5 (29 de noviembre de 2021), párr. 31(b) (recomienda que el Estado parte aborde “los estereotipos de género persistentes en el sistema educativo”, al tiempo que señala la ausencia de educación sobre igualdad de género y SDRS en el sistema en general); Comité CRC, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Eswatini, Doc. ONU CRC/C/SWZ/CO/2-4 (22 de octubre de 2021), párr. 55(c) (recomendando que el Estado parte garantice que la educación integral sobre SSR forme parte del plan de estudios obligatorio, “prestando especial atención a la prevención del embarazo precoz”); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Botsuana, Doc. ONU CCPR/C/BWA/CO/2 (24 de noviembre de 2021), párr. 14(b) (donde se recomienda al Estado parte que erradique las prácticas tradicionales nocivas y los estereotipos de género).
- 367 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Bélgica, Doc. ONU CEDAW/C/BEL/CO/8 (1 de noviembre de 2022), párr. 10.
- 368 Incluida la vacunación gratuita contra COVID-19 para mujeres y niñas con comorbilidades y la garantía de bienes y servicios de SSR de calidad en zonas rurales y para poblaciones desfavorecidas. Comité CRPD, Observaciones finales sobre el informe inicial de Singapur, Doc. ONU CRPD/C/SGP/CO/1 (5 de octubre de 2022), párrs. 49-50 (donde se recomienda, tras expresar preocupación por el hecho de que las personas con discapacidad no hayan podido acceder a servicios de salud adecuados durante la pandemia de COVID-19, que el Estado parte proporcione “a las personas con discapacidad, en particular a las mujeres y niñas con discapacidad, acceso a la atención y los servicios de salud sexual y reproductiva, en igualdad de condiciones con las demás”); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Azerbaiyán, Doc. ONU CEDAW/C/AZE/CO/6 (12 de julio de 2022), párrs. 33-34 (donde se recomienda, tras expresar preocupación por el impacto desproporcionado de la COVID-19 sobre las mujeres y las niñas, que el Estado parte acelere su proyecto de estrategia nacional de salud reproductiva, garantice el acceso a servicios de SSR asequibles y de calidad y, entre otras cosas, garantice “un número suficiente de instalaciones de atención de la salud con personal debidamente capacitado y con medidas de accesibilidad, incluso en las zonas rurales y remotas”); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de la República Dominicana, Doc. ONU CEDAW/C/DOM/CO/8 (21 de marzo de 2022), párr. 36(e) (en el que se recomienda que el Estado parte “[ve] porque las mujeres migrantes en situación

- irregular tengan acceso efectivo a hospitales y servicios de atención de la salud, incluidos los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva y las vacunas COVID-19”); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes séptimo y octavo combinados de Yemen, Doc. ONU CEDAW/C/YEM/CO/7-8 (24 de noviembre de 2021), párrs. 37, 44(a) (recomendando la provisión de “acceso gratuito e inmediato a servicios médicos, asistencia jurídica y un entorno seguro, así como a proveedores y servicios sanitarios femeninos, como atención y asesoramiento en materia de salud reproductiva”, a las mujeres y niñas desplazadas internamente que son víctimas de violencia de género); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Sudáfrica, Doc. ONU CEDAW/C/ZAF/CO/5 (23 de noviembre de 2021), párr. 54(a); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Kirguistán, Doc. ONU CEDAW/C/KGZ/CO/5 (29 de noviembre de 2021), párr. 36(h) (recomienda la vacunación gratuita con COVID-19 para mujeres y niñas con comorbilidades).
- 369 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Perú, Doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/9 (1 de marzo de 2022), párr. 38(f).
- 370 Comité CECSC, Observación General No. 14, *supra* nota 10, párr. 15.
- 371 Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 36, *supra* nota 39 (“los Estados partes deben garantizar la utilización sostenible de los recursos naturales, establecer y aplicar normas ambientales sustantivas, efectuar evaluaciones del impacto ambiental y consultar a los Estados pertinentes sobre actividades que pudieran incidir de manera significativa en el medio ambiente, notificar los desastres naturales y las emergencias a los demás Estados concernidos y cooperar con ellos, facilitar el acceso adecuado a información sobre los peligros ambientales y tener debidamente en cuenta el criterio de precaución”).
- 372 Comité CEDAW, Recomendación General No. 37, *supra* nota 261, párr. 17.
- 373 *Id.*
- 374 *Véase id.*
- 375 *Véase* Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el informe inicial de Cabo Verde, Doc. ONU CCPR/C/CPV/CO/1/Add.1 (3 de diciembre de 2019), párr. 18; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Cabo Verde, Doc. ONU CEDAW/C/CPV/CO/9 (30 de julio de 2019), párr. 37; Comité CEDAW, Observaciones finales de los informes periódicos cuarto a séptimo combinados de Antigua y Barbuda, Doc. ONU CEDAW/C/ATG/CO4-7 (14 de marzo de 2019), párr. 51; Comité CEDAW, Observaciones finales del cuarto informe periódico de Botsuana, Doc. ONU CEDAW/C/BWA/CO/4 (8 de marzo de 2019), párr. 46.
- 376 Comité CEDAW, Recomendación General No. 35, *supra* nota 60 (“La violencia de género contra las mujeres se ve afectada y a menudo exacerbada por factores culturales, económicos, (...) y ambientales, como se evidencia, entre otros, en los contextos de desplazamiento [y] migración (...) La violencia de género contra las mujeres también se ve afectada por crisis políticas, económicas y sociales, disturbios civiles, emergencias humanitarias, desastres naturales, destrucción o degradación de los recursos naturales”); *véase también* Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Australia, Doc. ONU CEDAW/C/AUS/CO/8 (25 de julio de 2018), párr. 29(a) (“Los efectos sociales y ambientales relacionados con el género de los proyectos del Estado parte en la industria extractiva, debido a los desplazamientos y la pérdida de medios de subsistencia y servicios sociales para las mujeres locales, conducen a su discriminación, exclusión y marginación, y alimentan los conflictos y la violencia de género conexa contra la mujer”).
- 377 Comité CEDAW, Recomendación General No. 34, *supra* nota 39, párr. 13.
- 378 *Id.* párr. 9.
- 379 *Véase, por ejemplo*, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Mauritania, Doc. ONU CEDAW/C/MRT/CO/4 (2 de marzo de 2023), párrs. 40-41 (donde se expresa preocupación por la exclusión por parte del Estado parte de las mujeres rurales de la toma de decisiones sobre el uso de los recursos naturales y las estrategias de desarrollo, que a menudo están arraigadas en actitudes patriarcales y estereotipos de género); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe

periódico de Costa Rica, Doc. ONU CEDAW/C/CRI/CO/8 (2 de marzo de 2023), párrs. 35-36 (observando con preocupación que a pesar de la presencia de una perspectiva de género en la iniciativa de desarrollo del gobierno, las mujeres rurales han tenido un acceso limitado a los títulos de propiedad de la tierra, al transporte público y a los servicios de SSR, incumpliendo así el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5); Asamblea General de la ONU, Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente seguro, limpio, saludable y sostenible, Las mujeres, las niñas y el derecho a un medio ambiente limpio, saludable y sostenible, Doc. ONU A/HRC/52/33 (5 de enero de 2023); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Portugal, Doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/10 (12 de julio de 2022), párr. 36 (observando con preocupación el acceso limitado de las mujeres rurales y otros “grupos subrepresentados” en las asociaciones agrícolas, así como su acceso limitado a la propiedad de la tierra y los recursos naturales); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Gabón, Doc. ONU CEDAW/C/GAB/CO/7 (1 de marzo de 2022), párr. 34(c) (observando con preocupación el impacto desproporcionado del cambio climático en las mujeres rurales); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Perú, Doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/9 (1 de marzo de 2022), párrs. 41-42 (donde se señala con preocupación los “efectos adversos de las industrias mineras, de extracción del petróleo y agrícolas a gran escala sobre la salud y el medio ambiente de las mujeres del medio rural, en particular para las mujeres indígenas, afroperuanas y otras afrodescendientes”).

- 380 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Gabón, Doc. ONU CEDAW/C/GAB/CO/7 (1 de marzo de 2022), párr. 34; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Mongolia, Doc. ONU CEDAW/C/MNG/CO/10 (12 de julio de 2022), párr. 32 (donde se señala con preocupación que, si bien “la contaminación del aire es la principal causa de muerte asociada con dos de las cinco enfermedades más comunes, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y parece inducir la mortinatalidad y los nacimientos prematuros”, las mujeres y las niñas siguen enfrentándose a un acceso limitado a bienes, información y servicios de SSR, incluidos los anticonceptivos modernos).
- 381 *Véase, por ejemplo*, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Costa Rica, Doc. ONU CEDAW/C/CRI/CO/8 (2 de marzo de 2023); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Mauritania, Doc. ONU CEDAW/C/MRT/CO/4 (2 de marzo de 2023), párrs. 40-41; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Perú, Doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/9 (1 de marzo de 2022), párr. 41; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Gabón, Doc. ONU CEDAW/C/GAB/CO/7 (1 de marzo de 2022), párrs. 34(b), 35-36; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Líbano, Doc. ONU CEDAW/C/LBN/CO/6 (1 de marzo de 2022), párrs. 51-52; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Portugal, Doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/10 (12 de julio de 2022), párrs. 35-36 (donde se señala que, si bien el Estado parte se esforzó por brindar apoyo a los proyectos empresariales de las mujeres de las zonas rurales, al Comité le preocupa que “las mujeres de las zonas rurales tengan un acceso limitado a la educación, el empleo y la atención de la salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva”).
- 382 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Mongolia, Doc. ONU CEDAW/C/MNG/CO/10 (12 de julio de 2022), párrs. 32(e), 33(e); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Perú, Doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/9 (1 de marzo de 2022), párrs. 41-42; Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Gabón, Doc. ONU CEDAW/C/GAB/CO/7 (1 de marzo de 2022), párrs. 34-35; *véase también* Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Mauritania, Doc. ONU CEDAW/C/MRT/CO/4 (2 de marzo de 2023), párr. 41(c) (recomendando el fortalecimiento de “la participación igualitaria de las mujeres y las niñas de las zonas rurales en la toma de decisiones sobre la mitigación de desastres, el cambio climático y la transición energética, en particular en relación con la Estrategia Nacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo Sostenible [del Estado parte] y el plan nacional sobre el cambio climático, en consonancia con la Recomendación General No. 37 (2018) sobre las dimensiones de género de la reducción del riesgo de desastres en el contexto del cambio

climático”).

- 383 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Portugal, Doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/10 (12 de julio de 2022), párr. 36; *véase también* Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Líbano, Doc. ONU CEDAW/C/LBN/CO/6 (1 de marzo de 2022), párr. 52.

CENTER *for*
REPRODUCTIVE RIGHTS

reproductiverights.org