



Red-DESC



Documentos informativos del Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC: la intersección entre la salud y los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres¹

Marzo 2016

La serie de documentos informativos del Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC

La serie de documentos informativos del Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC de la Red-DESC se centra en la intersección entre los derechos de las mujeres y cuestiones específicas de derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Los documentos presentan desafíos específicos y sistémicos para la realización de los DESC de las mujeres en la práctica y analizan los enfoques progresistas para la aplicación de una perspectiva de igualdad sustantiva. Estos documentos están principalmente basados en el trabajo realizado en distintos ámbitos por las y los miembros de la Red-DESC, y han sido profundizados y mejorados mediante el diálogo con otros expertos en este campo. La base de este documento fue preparada para la consulta del Grupo de Trabajo con los miembros del Comité DESC y CEDAW sobre “Mujeres y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales – Desafíos y Oportunidades Actuales para el Progreso”, que tuvo lugar en Ginebra el 7 de noviembre de 2015. Para obtener más información y el informe de la reunión, véase: <https://www.escri-net.org/es/node/368272>.

Desde una perspectiva de igualdad sustantiva

El Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC, al poner en primer plano un análisis de la igualdad sustantiva en sus actividades y proyectos colectivos, anima a sustituir el enfoque neutro de género que se limita a garantizar un tratamiento similar para hombres y mujeres, proponiendo uno que tenga particularmente en cuenta los efectos de la acción u omisión de medidas. En primer lugar, la igualdad sustantiva requiere que se considere la discriminación indirecta contra las mujeres, cuando una ley, política o práctica aparentemente neutral, afecta negativamente a las mujeres de manera desproporcionada. Esto puede originarse en las diferencias biológicas y/o en las formas en las que las mujeres están situadas o son percibidas en el mundo, o en las diferencias de género social y culturalmente construidas. En términos más generales, el logro de la igualdad sustantiva en la práctica requiere un enfoque multidimensional que: **corrija la desventaja** (basada en las estructuras sociales históricas y actuales, e impulse relaciones que definan e influyan las capacidades de las mujeres para disfrutar de sus derechos humanos); **combata los estereotipos, estigmas, prejuicios y la violencia** (introduciendo un cambio fundamental sobre las formas en las que las mujeres se consideran a sí mismas, así como son consideradas y tratadas por otros); **transforme las estructuras y prácticas institucionales** (que a menudo son androcéntricas e ignorantes o desdeñosas de las experiencias de las mujeres); y **facilite la inclusión social y la participación política** (en todos los procesos formales e informales de toma de decisiones).²

¹ Nos gustaría agradecer a las integrantes del Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC de la Red-DESC que desempeñaron un papel primordial en la elaboración y revisión de este documento, incluyendo: Centro de Derechos Reproductivos (internacional); Hakijamii (Kenia); Nazdeek (India); François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Universidad de Harvard (EEUU); Asia Pacific Forum on Women, Law and Development (región asiática), y otras integrantes que proporcionaron una valiosa contribución.

² Para obtener más información sobre este marco, consulte el Documento de debate de la ONU Mujeres N° 4 de Sandra Fredman y Beth

Documentos informativos del Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC:

la intersección entre la salud y los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres

Introducción

Las mujeres se enfrentan a una serie de obstáculos singulares que impiden o dificultan la plena realización y el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.³ Entre estos obstáculos se encuentran el tratamiento diferenciado de los Estados a las necesidades de salud de las mujeres, así como los obstáculos legales o de otra índole que impiden a las mujeres acceder a los servicios de salud de calidad. Igualmente existen impedimentos formales e informales que afrontan las mujeres a la hora de tomar decisiones autónomas sobre su salud. Interpretar el derecho a la salud desde un enfoque de igualdad sustantiva es fundamental para abordar y vencer estos obstáculos.

Las necesidades de salud de las mujeres difieren de las de los hombres. Esto se debe tanto a diferencias biológicas, como por ejemplo las capacidades reproductivas de las mujeres; como a factores sociales, como por ejemplo roles de género profundamente arraigados y estereotipos, que tienen un efecto negativo en el disfrute de las mujeres del derecho a la salud.⁴ En cuanto a sus capacidades reproductivas, las mujeres deben a menudo lidiar con leyes discriminatorias que niegan o limitan el acceso a servicios esenciales de salud reproductiva⁵ como leyes restrictivas sobre el aborto, prohibiciones a ciertos métodos anticonceptivos y restricciones específicas de

financiación a determinados servicios de salud.⁶ Barreras varias de procedimientos, como períodos de espera obligatorios y asesoramiento sesgado, también pueden inhibir el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios. Además, un estigma generalizado sobre la sexualidad de las mujeres también actúa como una barrera a su acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva y sexual.

A pesar de que el derecho a la salud está consagrado en el derecho internacional de los derechos humanos, así como en muchos marcos jurídicos nacionales, las normas legales y culturales sobre la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas pueden socavar su derecho a la salud. Por ejemplo, en algunos sitios las mujeres requieren la autorización de un miembro masculino de la familia o cónyuge para poder acceder a cualquier servicio de salud.⁷ Las actitudes patriarcales, los estereotipos y los roles de género discriminatorios también afectan negativamente el ejercicio y el disfrute del derecho a la salud de las mujeres. Por ejemplo, las mujeres pueden tener menos control sobre los recursos financieros domésticos, y por lo tanto verse ante la imposibilidad de asignar dinero a sus necesidades sanitarias. Este fenómeno se ve agravado por normas de género o estereotipos imperantes que colocan las necesidades de los hombres y de los niños por encima de las de las mujeres y de las niñas.⁸ En el caso de las madres solteras o las familias que viven en situación de pobreza, un factor importante es el papel social que cumple la mujer como cuidadora primaria lo que la hace poco dispuesta a sacrificar el gasto de dinero familiar para atender su propio cuidado de la salud.

Cuando los sistemas de salud no funcionan adecuadamente –ya sea en un Estado o en una región o área determinada– las mujeres se ven frecuentemente perjudicadas de forma desproporcionada, tanto como consecuencia de sus mayores necesidades de salud como por su condición social inferior. Por ejemplo, en los casos en que los recursos de salud son escasos, los hospitales y las clínicas pueden dar prioridad a lo que consideran como necesidades

Goldblatt “GenderEquality and Human Rights” (Igualdad de género y derechos humanos) (2015) <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/7/dps-gender-equality-and-human-rights>.

3 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental se reconoce en una serie de instrumentos de derecho internacional, incluyendo el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); el artículo 5 (e) (iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD); y el artículo 24 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CRC).

4 Véase Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de la ONU (1995), párr. 90. Véase también ONU Mujeres ‘Mujeres y Salud’ en ONU Mujeres Beijing diez años después (2005), pág. 7, disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingat10/>.

5 En 2005, los problemas de salud reproductiva eran la principal causa de enfermedad y muerte de las mujeres en todo el mundo. Véase ONU Mujeres ‘Mujeres y Salud’ en ONU Mujeres Beijing diez años después (2005), pág. 5.

6 *Ibíd.*, pág. 5.

7 *Ibíd.*, pág. 7.

8 *Ibíd.*, pág. 7.

Caso de estudio: mujeres y la salud en el contexto de la descentralización y la distribución de recursos en Kenia

Con la introducción de la Constitución de 2010, la salud fue reconocida por primera vez como un derecho en Kenia. Se suponía que este avance debía abordar las disparidades en el acceso a una atención médica adecuada a nivel nacional, prestando especial atención a las zonas marginadas como el norte del país (donde sólo el 8,2 por ciento de las mujeres da a luz en un centro de salud, de las cuales sólo el 11,3 por ciento son atendidas por personal médico calificado) y las áreas de desarrollo socioeconómico bajo tales como los asentamientos informales.

Sin embargo, tras la introducción de la Constitución y la consiguiente descentralización, Kenia redujo su gasto en salud del 6 al 3,5 por ciento del presupuesto nacional, muy por debajo del 15 por ciento al que se había comprometido en la declaración de Abuja. El gobierno culpa a la descentralización de esta disminución, afirmando que es demasiado caro pagar a los trabajadores, tanto a nivel nacional como de los diferentes distritos. En junio de 2013, Kenia lanzó un programa de cuidado de maternidad gratuito para todas las mujeres en los centros de salud pública y en julio de ese año ya se había registrado un aumento del 10 por ciento de los partos en hospitales de todo el país. Desafortunadamente, debido a que el proyecto era una promesa que formaba parte de una campaña electoral, y no una norma promulgada dentro del marco legal, su implementación se vio perjudicada. Por ejemplo, a pesar de los miles de millones de chelines asignados para la atención médica, varias mujeres fueron detenidas en el hospital por no pagar sus facturas pendientes. Hacia el año 2014, el proyecto dejó de ser sostenible en la práctica, lo que provocó una huelga nacional de todos los profesionales de la salud. Kenia no logró alcanzar sus metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas, y sigue muy por detrás de otros países con 448 muertes por cada 1.000 nacimientos.

Desde la descentralización, los presupuestos de Kenia carecen de transparencia, la corrupción ha registrado alzas significativas y los ciudadanos de a pie no sienten en la práctica el beneficio del presupuesto sanitario. Por ejemplo, una mujer murió recientemente en una ambulancia después de esperar 18 horas por una cama de hospital en el mayor hospital de referencia del país; de manera similar, otra mujer murió después de un parto de 14 horas debido a la falta de personal médico relevante, a pesar de los recursos económicos destinados al hospital en cuestión.

La revisión en febrero de 2016 del cumplimiento de Kenia del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) presenta una oportunidad para que Kenia sea interrogada sobre su falta de transparencia presupuestaria, la asignación de recursos en el sector de salud y la promulgación del proyecto de ley de salud de 2014 que requiere la priorización de la salud de la mujer en general y que establece, de manera específica, que a ninguna persona se le puede negar el tratamiento médico de emergencia.

de salud “generales”, ignorando los riesgos particulares de salud que afrontan las mujeres, tales como la necesidad de almacenar el material y los medicamentos esenciales relacionados con el embarazo y el parto. Además, en los países en desarrollo, las complicaciones de salud relacionadas con la mortalidad y la morbilidad materna son frecuentemente analizadas como el resultado fatalista de un proceso, en lugar de verla como e situaciones que se pueden prevenir. Las mujeres de grupos marginados, como por ejemplo las mujeres indígenas o de la casta *dalit*, se ven doblemente afectadas por esto, ya que por un lado deben lidiar con las consecuencias del descuido de sus propias necesidades sanitarias y, por el otro, afrontan otras formas de discriminación en el ámbito de la atención médica que socavan su derecho a una atención de calidad. En muchos países, las mujeres sufren graves violaciones de derechos humanos cuando solicitan servicios de salud reproductiva en centros de salud públicos y privados. Estas violaciones incluyen la negligencia y el maltrato durante y después del parto, el abuso físico y verbal, la detención en centros de salud por no poder pagar por los servicios y la mutilación genital femenina.

Además, el género es un factor social fundamental determinante de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y [la manera en que] estas circunstancias están a su vez configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas que conforman las condiciones de la vida cotidiana”.⁹ El género debería por tanto considerarse como un determinante, ya que influye en el acceso a la información y a la educación, a la forma en que las personas experimentan la pobreza y a la calidad y al acceso a la nutrición, vivienda, agua y saneamiento, entre otros factores que afectan a la salud de las personas. Abordar los determinantes sociales de la salud, así como reconocer y abordar la posible discriminación interseccional, es esencial para mejorar los resultados de salud y el ejercicio del derecho a la salud.

9 Para más información sobre los determinantes sociales de la salud, Véase OMS ‘Conceptos clave’ (2008), disponible en http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

Debido a la discriminación interseccional, las mujeres con discapacidad, las mujeres indígenas, las trabajadoras migrantes, las mujeres refugiadas, las mujeres mayores, las mujeres LGBTI, y las niñas pueden enfrentarse a problemas específicos relacionados con los derechos a la salud. Por último, las dinámicas de poder, tanto dentro como fuera del ámbito de la salud, tienen una gran influencia en el derecho de las mujeres a la salud. Cuando las mujeres no tienen el poder para hacer valer sus derechos, no pueden buscar remedios para las violaciones de derechos humanos de las que fueron víctimas, entre ellas el maltrato o el abuso en centros de salud o las violaciones de su derecho al consentimiento informado. Además, la posibilidad de sufrir abusos en el contexto de la salud, suele disuadir a las mujeres a la hora de acceder a los servicios sanitarios. La forma en que estas dinámicas de poder penetran las sociedades también influye en los patrones de la violencia de género que además de socavar directamente la salud de las mujeres, exige que los servicios de salud estén preparados para responder de manera adecuada y efectiva.

Aspectos positivos

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité de la CEDAW) y el CDESC han realizado firmes comentarios y han formulado importantes orientaciones para los Estados relacionados con las mujeres y el derecho a la salud.

El Comité de la CEDAW ha publicado una serie de Recomendaciones Generales relativas al derecho de las mujeres a la salud, la más exhaustiva siendo la Recomendación General 24.¹⁰ Otras recomendaciones se refieren a diversos aspectos de los derechos de las mujeres a la salud, incluidas la Recomendación General 18 sobre la salud y las mujeres discapacitadas,¹¹ la Recomendación General 14 sobre Circuncisión femenina,¹² y la Recomendación General 15 sobre la discriminación, el derecho a la salud de las

10 Comité de la CEDAW *Recomendación General Núm. 24: La mujer y la salud* (1999).

11 Comité de la CEDAW *Recomendación General Núm. 18: Mujeres discapacitadas* (1991).

12 Comité de la CEDAW *Recomendación General Núm. 14: Circuncisión femenina* (1990).

mujeres y el VIH/SIDA.¹³ El Comité DESC también ha encabezado la promoción de las normas de derechos humanos en la salud y en la igualdad de género. La Observación General 14 del Comité DESC sobre el derecho a la salud, consagra el principio de igualdad y de no discriminación y expresa su serio compromiso para erradicar las desigualdades sustantivas sobre todo en relación con el disfrute desigual de las mujeres del derecho a la salud.¹⁴ Tanto el Comité de la CEDAW como el CDESC han proporcionado orientaciones suplementarias a los Estados a través de las observaciones finales sobre los informes de los Estados partes, haciendo referencia a la intersección entre las mujeres y el derecho a la salud, así como sobre el derecho a la salud en general. En el anexo del presente documento se presentan comentarios clave de ambos comités.

En los últimos años, el Comité de la CEDAW ha introducido un fuerte enfoque de interseccionalidad en su consideración del derecho a la salud de las mujeres. Por ejemplo, en el caso de *Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil*,¹⁵ en su evaluación de la muerte materna evitable de una mujer pobre afro-brasileña, el Comité de la CEDAW reconoció que el Estado la discriminó tanto por su género como por su nivel socioeconómico.¹⁶ El reconocimiento de que los Estados no están cumpliendo con sus obligaciones de derechos humanos cuando las medidas sanitarias descuidan o no alcanzan a todos los sectores de la sociedad, incluyendo a los más marginados, es un componente esencial de la igualdad sustantiva.

El Comité de la CEDAW volvió reiteró el uso de este enfoque en su investigación de Filipinas, publicada en 2015, en la que reconoció que la prohibición por parte de la ciudad de Manila de acceso a los anticonceptivos modernos violaba la Convención sobre la Eliminación de todas

13 Comité de la CEDAW Recomendación General Núm. 15: *Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)* (1990).

14 CDESC Observación General 14: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (2000), párr. 18-22.E/C.12/2000/4

15 *Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil*, Comité de la CEDAW Comunicación No 17/2008 (2011, párr. 3.4.), CEDAW/C/49/D/17/2008. Para más información sobre este caso y sus impactos, consulte, resumen de la Red-DESC, disponible en: <https://www.esccr-net.org/docs/1623066>

16 *Ibid.*, párr. 7.7.

las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y tenía un impacto desproporcionado sobre las mujeres de grupos desfavorecidos, como las mujeres pobres, las adolescentes y las mujeres en situación de abuso.¹⁷

El precedente innovador de *Alyne vs. Brasil* fue utilizado recientemente como punto de partida en un caso nacional en Kenia, en el que mujeres pobres habían sido detenidas en hospitales después de dar a luz por no pagar sus facturas médicas. Basándose en las normas establecidas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) en su Observación General 14, y en la jurisprudencia del Comité de la CEDAW, el juez determinó que el Estado había violado, entre otros derechos, los derechos a la salud y a la no discriminación al no proporcionar servicios de salud reproductiva asequibles, y que había discriminado a las mujeres en función de su sexo y su condición económica.¹⁸ De manera similar, un caso nacional en India exploró cómo el estatus socioeconómico y el sexo de la demandante afectaron negativamente en la práctica el acceso al derecho a la salud, donde el juez determinó que la denegación de salud materna y de beneficios y servicios nutricionales violaba los derechos humanos constitucionales e internacionales de las mujeres embarazadas económicamente desfavorecidas.¹⁹

La decisión de 2012 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*,²⁰ que revocó la prohibición de Costa Rica de la fecundación in vitro (FIV), también adoptó un enfoque de igualdad sustantiva al examinar el desproporcionado impacto que

17 Investigación del Comité de la CEDAW/C/OP8/PHL/1 (*Avance de la versión no editada 22 de abril de 2015*). Para más información sobre este caso y sus impactos, consulte, resumen de la Red-DESC, disponible en <https://www.esccr-net.org/es/node/365983>

18 *Awuor y Olieli vs. Fiscal General y otros*, No. 562 of 2012 (2015) Alto Tribunal de Kenia. Para más información, consulte: <http://www.reproductiverights.org/press-room/kenyan-high-court-maternity-hospital-illegally-imprisoned-women-violated-human-rights>

19 *Laxmi Mandal vs. Deen Dayal Harinagar Hospital & Ors*, W.P. (C) Nos. 8853/2008 Alto Tribunal de Delhi. Para más información sobre este caso y sus impactos, consulte: <https://www.esccr-net.org/docs/11370523>

20 *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*, Decisión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 28 de noviembre de 2012, disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf

dicha prohibición tenía si se consideraba el sexo, la discapacidad y la situación económica de la persona en cuestión. El Tribunal ordenó a Costa Rica incluir la FIV en su sistema de sanitario como un tratamiento contra la infertilidad, de acuerdo con el principio de no discriminación.

Las *Orientaciones técnicas de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad* ofrecen a los Estados medidas concretas para la realización de los derechos humanos en el terreno.²¹ Si bien el documento está centrado en la mortalidad y morbilidad materna, su utilidad se extiende a todo el sector de la salud, ya que proporciona directrices fundamentales para la rendición de cuentas, mediante el monitoreo, las evaluaciones, la supervisión y las medidas reparatorias. Además, proporciona orientación para un enfoque basado en el género y los derechos humanos aplicados a la planificación y la creación de presupuestos en el sector de la salud.

Más recientemente, la aprobación del protocolo facultativo por el que se crea un mecanismo de denuncias individuales relacionado al PIDESC, constituye un avance significativo para los derechos de las mujeres a la salud ya que el CDESC ha ejercido liderazgo en la promoción de las normas de derechos humanos en materia de salud e igualdad de género. El mecanismo representa una oportunidad significativa para un mayor acceso a la justicia en caso de violaciones de los derechos de las mujeres en el sector de la salud, así como una mayor profundización de la cuestión del género y el derecho a la salud.

La Agenda 2030

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados en septiembre de 2015,²² promueven

21 Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (OACDH) *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad* (2012) UN Doc. A/HRC/21/22, disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf

22 Véase ONU *La transformación de nuestro mundo: La Agenda*

explícitamente la igualdad de género y la realización de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, incluyendo el derecho universal a la salud.²³ Sin embargo, estas agendas también promueven la liberalización del comercio y de las inversiones en el contexto de la financiación privada internacional y las asociaciones público-privadas (APP) como estrategias clave para la financiación de estos objetivos. Las APP, ampliamente descriptivas de la colaboración entre los sectores público y privado para lograr una meta de política pública y que incluyen el financiamiento, la construcción y la operación privada de servicios o instalaciones públicas,²⁴ han sido utilizadas con frecuencia para proveer servicios sociales, particularmente en los ámbitos de la salud y la educación. Se ha observado que la promoción de la participación del sector privado en la prestación de servicios en áreas sociales clave ha tenido como objetivo la creación de “empresas muy rentables y prósperas que constituye una flagrante falta de respeto a las obligaciones de derechos humanos de los órganos internacionales”.²⁵ A menudo, esto ha conducido a una exacerbación de la desigualdad en el acceso a los servicios y ha profundizado las desigualdades sociales.

En particular, la privatización de los servicios de salud ha aumentado la desigualdad en materia de accesibilidad a la atención sanitaria, incluyendo el aumento de los pagos por parte de los y las pacientes para acceder a la misma.²⁶ Por ejemplo, en Filipinas, la privatización de varios hospitales públicos (de acuerdo con las directrices políticas del Banco Asiático de Desarrollo y el Banco Mundial

2030 para el Desarrollo Sostenible (2015). Para más información sobre los ODS, consulte: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

23 Véase, en concreto, los ODS 3, 5, 6 y 16.

24 Asia Pacific Forum on Women, Law and Development *Delivering Development Justice? Financing the 2030 Agenda for Sustainable Development (¿Logrando la justicia del desarrollo? Financiando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible)* (2015), Documento informativo para la Reunión del Grupo de Expertos “Empoderamiento de las mujeres y su relación con el desarrollo sostenible”, Nueva York, 2-4 de noviembre de 2015.

25 Asamblea General de la ONU *Informe del Relator Especial sobre el Derecho a la Educación: Protección del derecho a la educación contra la comercialización* (2015) Doc. ONU A/HRC/29/30.

26 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, Informe de misión a Vietnam* (2012) A/HRC/20/15/Add.2. Véase también ONU Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), párr. 91.

a lo largo de las décadas) ha sido relacionada por el Gobierno de Filipinas con el aumento de la tasa de mortalidad materna.²⁷ El acceso a los medicamentos y la prioridad de las inversiones se deciden con frecuencia siguiendo principios de financiación, lo cual ha provocado reducciones o el desmantelamiento de servicios esenciales para la salud de las mujeres que demostraban ser costosos y poco rentables.²⁸

Los recortes en el gasto público y la tercerización de los servicios públicos esenciales tienen un impacto directo sobre los derechos de las mujeres en diversas formas: en primer lugar, las mujeres dependen más que los hombres de los servicios públicos y de las garantías de seguridad social y, en segundo lugar, las mujeres son las que deben colmar los vacíos existentes en el suministro de servicios cuando éstos se reducen.

Puntos clave a considerar

Las mujeres no son un grupo homogéneo dentro de un contexto específico, y tienen diferentes necesidades de salud tanto por sus diferencias biológicas, tales como sus capacidades reproductivas, como por los roles de género y los estereotipos que comportan riesgos para la salud con las que éstas últimas deben lidiar. Este documento no pretende abarcar todas las situaciones, sino que se centra en una serie de cuestiones clave y de recomendaciones basadas en los conocimientos y en la experiencia reciente de los miembros del Grupo de Trabajo.

Varios Estados han introducido fuertes leyes o políticas públicas relacionadas con la salud de las mujeres; sin embargo, frecuentemente no han asignado recursos financieros suficientes para ponerlas plenamente en práctica. Para cumplir con sus obligaciones de derechos humanos, estos programas deberán estar completamente cubiertos económicamente y aplicarse de manera equitativa, lo cual requiere un seguimiento con datos desagregado de sus resultados en función, al menos, del sexo, la raza, el estatus indígena, la edad, la ubicación geográfica y la discapacidad. También es necesario aumentar la transparencia en el acceso a los presupuestos

²⁷ Véase, en concreto, los ODS 3, 5, 6 y 16

²⁸ ONU *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* (1995), párr. 91.

para determinar las asignaciones, los usos y los gastos, acompañado leyes sólidas de derecho a la información para facultar a las comunidades y la sociedad civil a acceder a la información presupuestaria. Además, deben implementarse garantías de rendición de cuentas para hacer frente a los impactos negativos de la descentralización y de la privatización de los servicios públicos de salud.

Tal como han reconocido sentencias de varios casos litigados en cortes regionales e internacionales de derechos humanos, los Estados deben crear mecanismos para que las mujeres puedan reclamar la violación de su derecho a acceder a los servicios de salud sin demoras, especialmente a los servicios de salud reproductiva, ya sea en centros públicos o privados. Dichos mecanismos deben permitir que la opinión de las mujeres sea oída, así como emitir una decisión dentro de un plazo de tiempo que todavía le permita acceder a los servicios y que sea susceptible de recurso si dichos servicios le son denegados. Los Estados también deben prestar atención a los programas de monitoreo comunitarios, especialmente porque toman cuenta los foros de quejas ciudadanas y otros mecanismos.

Las leyes y las políticas públicas que criminalizan a las mujeres en función de su condición migratoria, área de trabajo, condición como portadoras del VIH, orientación sexual o identidad de género, entre otros factores, socavan el derecho a la salud de estas personas, ya que limitan o impiden su acceso a la atención básica. Por otra parte, a pesar de que se ha reconocido que la existencia de leyes que restringen el acceso a los servicios de salud específicos para mujeres constituyen una forma de discriminación, aún se implementan leyes y políticas restrictivas que siguen socavando el acceso de las mujeres a los servicios de salud y perpetúan la estigmatización y los estereotipos basados en el género y deben por tanto, ser anuladas.

Para lograr que las mujeres puedan tomar decisiones significativas sobre su salud, es fundamental que los Estados adopten medidas positivas para elevar la condición de la mujer, incluyendo la erradicación de las normas de género perjudiciales y los estereotipos, la garantía al acceso a la información y a los recursos para actuar sobre estas decisiones, así como

asegurarse de que los adolescentes reciben educación sexual.

Los sistemas de salud que funcionan inadecuadamente afectan desproporcionadamente a las mujeres, en particular aquellas que pertenecen a grupos marginados. Es fundamental que los Estados garanticen el acceso universal a los servicios de salud con personal debidamente capacitado y recursos adecuados para proporcionar una atención de calidad.

En un contexto de auge de la inversión privada y de los agentes económicos privados, es imprescindible que los mecanismos permitan que todas las partes interesadas tengan voz y que ofrezcan protección contra la influencia de intereses creados que puedan afectar de manera desproporcionada a los derechos de las mujeres a la salud y a otros derechos humanos.

Conclusión

Si bien ya se han realizado y siguen realizándose una serie de avances importantes en la intersección entre la salud y los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres, los problemas señalados anteriormente reflejan la continua discriminación directa e indirecta que sufren las mujeres en materia de disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención de salud. Adoptar un enfoque de igualdad sustantiva para que las mujeres disfruten de sus derechos relacionados con la salud, requiere de una cuidadosa consideración de las manifestaciones y de las estrategias a adoptar dichas cuestiones interrelacionadas.

Otros recursos seleccionados

- Comité de la CEDAW, *Recomendaciones Generales* Núm. 24 (la mujer y la salud), Núm. 27 (las mujeres de edad), y Núm. 26 (las trabajadoras migratorias)
- Comité de la CEDAW y Comité de los Derechos del Niño, *Recomendación General conjunta Núm. 31 sobre las prácticas nocivas* (2014)
- Centro de Derechos Reproductivos, *Accountability for Discrimination Against Women in the Philippines: Key Findings and Recommendations from the CEDAW Committee's Special Inquiry on Reproductive Rights* (2015).
- Centro de Derechos Reproductivos, *Breaking Ground 2015: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights* (2015).
- Centro de Derechos Reproductivos, *Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe* (2015).
- Centro de Derechos Reproductivos, *Substantive Equality and Reproductive Rights: A Briefing Paper on Aligning Development Goals with Human Rights Obligations* (2014).
- Audrey Chapman, *The Impact of Reliance on Private Health Services on the Right to Health* (2014) 16(1) *Health and Human Rights Journal* 122.
- Audrey R. Chapman, 'The social determinants of health, health equity, and human rights' (2010) 12(2) *Health and Human Rights Journal* 17.
- Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos, *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*, Informe de la Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos (2012).
- Paul Hunt, et al, *Making the Case: What is the Evidence of Impact of Applying Human Rights-Based Approaches to Health?* (2015) 17(2) *Health and Human Rights Journal* 1.
- Tessa Khan, APWLD, *Delivering Development Justice? Financing the 2030 Agenda for Sustainable Development* (¿Logrando la justicia del desarrollo? Financiando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible), Documento informativo para la reunión del grupo de expertos de ONU Mujeres, en preparación de la 60ª sesión de la CSW, el "empoderamiento

de las mujeres y su relación con el desarrollo sostenible ‘ Nueva York, 2-4 de noviembre de 2015 (2015).

- Gillian Mac Naughton, *Untangling equality and non-discrimination to promote the right to health care for all* (2009) 11(2) *Health and Human Rights Journal* 47.
- Jyoti Sanghera, et al, *Human Rights in the New Global Strategy* (2015) *BMJ* 351.
- UNFPA, *Lessons from the First Cycle of the Universal Periodic Review: From Commitment to Action on Sexual and Reproductive Health and Rights* (Lecciones del primer ciclo del examen periódico universal: del compromiso a la acción en materia de derechos de la salud reproductiva y sexual) (2014).
- Asamblea general de la ONU, *Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (sobre la tipificación como delito de determinados servicios de salud sexual y reproductiva) (2011).
- 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*, (sobre la penalización de la transmisión del VIH) (2010).
- Organización Mundial de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, (Capítulo 13:Equidad de género)(2008).
- Alicia Ely Yamin, *Shades of dignity: Exploring the demands of equality in applying human rights frameworks to health* (2009) 11(2) *Health and Human Rights Journal* 1.

Anexo: referencias a la salud de las mujeres en observaciones finales del Comité de la CEDAW/CDESC:²⁹

CEDAW	CDESC
<p>Garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud Expresa su preocupación por la gama de obstáculos estructurales que impiden el acceso de las mujeres y de las niñas a la atención y a los servicios de salud adecuados, incluyendo la falta de infraestructura física adecuada y las limitaciones de los recursos humanos y financieros.³⁰</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomen medidas concretas para mejorar el acceso de las mujeres a una amplia gama de instalaciones y servicios de atención médica de calidad, incluyendo el cuidado de la salud sexual y reproductiva.³¹ • Adopten medidas para mejorar la infraestructura de salud con el fin de garantizar el acceso de las mujeres a la atención y a los servicios de salud.³² • Aumenten las asignaciones presupuestarias al sector de la salud.³³ 	<p>Expresa su preocupación por la gama de obstáculos estructurales que impiden el acceso de las mujeres y de las niñas a la atención y a los servicios de salud adecuados, incluyendo la falta de infraestructura física adecuada y las limitaciones de los recursos humanos y financieros, y la insuficiencia del presupuesto asignado al sector de la salud.³⁴</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomen medidas concretas para mejorar el acceso de las mujeres a una amplia gama de instalaciones y servicios de atención médica de calidad, incluidos los servicios de atención primaria de salud y servicios de salud sexual y reproductiva.³⁵ • Intensifiquen las medidas para aumentar las asignaciones presupuestarias al sector de la salud.³⁶
<p>Garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva Expresa su preocupación por la falta de acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar y el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos.³⁷ Expresa su preocupación por el hecho de que las mujeres requieren el consentimiento de su marido para someterse a ciertos procedimientos médicos o para tener acceso a ciertos servicios médicos.³⁸ Expresa su preocupación de que algunos Estados prohíben o restringen fuertemente los abortos, lo que lleva a las mujeres a recurrir a abortos clandestinos o en condiciones de riesgo.³⁹</p>	<p>Expresa su preocupación por la falta de acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva.⁴⁰ Expresa su preocupación por los informes sobre las esterilizaciones forzadas.⁴¹ Expresa su preocupación por el desequilibrio en la proporción de niños y niñas al nacer y su posible vinculación a los abortos selectivos en función del sexo debido a la discriminación contra las mujeres, como por ejemplo en la herencia, y en la preferencia por los hijos varones.⁴²</p>

29 Este anexo es una lista no exhaustiva de las referencias realizadas a las mujeres y a la salud. Las siguientes observaciones finales del Comité de la CEDAW se analizaron para esta tabla: Congo, Eritrea, Malawi, México (2006); Belice, Hungría, Indonesia, Mozambique (2007); Bahrein, Uruguay (2008); Guinea Bissau (2009); Bangladesh, Kenia, Lesoto, Paraguay (2011); Afganistán, Camboya, Colombia, Moldavia, Serbia, Seychelles, Tayikistán (2013); Sri Lanka (2014); España, Uzbekistán (2015). Las siguientes observaciones finales del Comité DESC se analizaron para esta mesa: Albania, Kuwait (2013); China, Indonesia, Ucrania, Uzbekistán (2014); Gambia, Paraguay, Tayikistán (2015).

30 Malawi, México (2006); Mozambique (2007); Guinea Bissau (2009); Paraguay (2011); Afganistán, Tayikistán (2013).

31 Congo, Eritrea, Malawi, México (2006); Hungría, Indonesia, Mozambique (2007); Belice (2008); Bangladesh, Lesoto (2011); Afganistán, Serbia, Tayikistán (2013).

32 Guinea-Bissau (2009).

33 Afganistán (2013).

34 Albania (2013); China (2014); Gambia, Tayikistán (2015).

35 Indonesia, Ucrania (2014); Gambia (2015).

36 Albania (2013); China, Ucrania (2014); Gambia, Tayikistán (2015).

37 Eritrea, México (2006); Belice (2008); Guinea Bissau (2009); Kenia, Lesoto, Paraguay (2011); Camboya (2013); Sri Lanka (2014).

38 Bahrein (2008); Afganistán (2013).

39 Lesoto (2011); Afganistán, Seychelles (2013); Sri Lanka (2014).

40 Paraguay (2015).

41 China (2014).

42 Albania (2013).

CEDAW	CDESC
<p>Garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva Expresa su preocupación por los casos de esterilización forzada y el creciente uso de la esterilización o del aborto como método anticonceptivo en algunos Estados debido a la falta de disponibilidad y / o la falta de acceso a otras formas anticonceptivas.⁴³</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoren la disponibilidad de, y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres, incluida la planificación familiar, con el objetivo de evitar los embarazos precoces y los abortos clandestinos.⁴⁴ • Refuercen y amplíen los esfuerzos para aumentar el acceso a una amplia gama de servicios anticonceptivos seguros y asequibles,⁴⁵ y tomen medidas para evitar el uso de la esterilización o del aborto como un método anticonceptivo.⁴⁶ • Adopten y apliquen medidas eficaces para evitar abortos en condiciones de riesgo⁴⁷ y mejoren el acceso a abortos seguros⁴⁸ y a servicios de atención a la salud posterior al aborto eficaces.⁴⁹ • Refuercen los programas de educación sexual, las campañas de sensibilización, y los servicios de salud sexual y reproductiva para asegurarse de que las mujeres y los hombres puedan tomar decisiones informadas sobre el número e intervalo entre los nacimientos.⁵⁰ • Tomen las medidas adecuadas para garantizar que las mujeres puedan dar su consentimiento libre, previo e informado para los procedimientos y tratamientos médicos sin el consentimiento y / o autorización de cualquier otra persona, incluyendo la de sus maridos.⁵¹ • Deroguen las leyes que prohíben el aborto⁵² y revisen las leyes relativas al aborto para abolir las medidas punitivas impuestas por dichas leyes a mujeres que se hayan sometido a abortos.⁵³ 	<p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoren la disponibilidad de, y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres, incluida la planificación familiar.⁵⁴ • Refuercen y amplíen los esfuerzos para aumentar el acceso a una amplia gama de servicios anticonceptivos seguros y asequibles, y tomen medidas para evitar el uso del aborto como un método anticonceptivo.⁵⁵ • Adopten y apliquen medidas eficaces para evitar abortos en condiciones de riesgo y mejoren el acceso a abortos seguros y a servicios de atención a la salud posterior al aborto eficaces.⁵⁶ • Refuercen los programas de educación sexual, las campañas de sensibilización, y los servicios de salud sexual y reproductiva.⁵⁷ • Modifiquen la legislación sobre la prohibición del aborto para que sea compatible con otros derechos fundamentales, como el derecho de las mujeres a la salud, a la vida y a la dignidad.⁵⁸ • Adopten nuevas medidas para impedir de forma efectiva y tipificar penalmente la utilización de medidas coercitivas, como los abortos y la esterilización forzados, para aplicar la política de control de la natalidad; y adopten todas las medidas necesarias para que las víctimas reciban una indemnización adecuada.

43 Colombia, Moldavia, Serbia (2013); Uzbekistán (2015).

44 Eritrea, Malawi, México (2006); Indonesia (2007); Belice (2008); Guinea Bissau (2009); Kenia, Paraguay (2011); Colombia (2013); Sri Lanka (2014).

45 Malawi, México (2006); Hungría (2007); Belice (2008); Bangladesh, Kenia, Lesoto, Paraguay (2011); Moldavia, Seychelles (2013); Uzbekistán (2015).

46 Colombia, Serbia (2013); Uzbekistán (2015).

47 México (2006); Belice, Uruguay (2008); Bangladesh, Kenia, Paraguay (2011), Sri Lanka (2014).

48 México (2006); Paraguay (2011); Colombia, Moldavia (2013).

49 Colombia (2013).

50 México (2006); Hungría, Mozambique (2007); Belice, Uruguay (2008); Kenia, Lesoto, Paraguay (2011); Moldavia (2013).

51 Bahreín (2008); Colombia, Moldavia (2013); Uzbekistán (2015).

52 Lesoto (2011).

53 Afganistán, Seychelles (2013); Sri Lanka (2014).

54 China, Indonesia (2014); Gambia, Paraguay (2015).

55 Albania (2013); China (2014); Paraguay (2015).

56 Albania (2013).

57 Paraguay (2015).

58 Paraguay (2015).

CEDAW	CDESC
<p>Abordar los efectos de los conflictos armados Expresa su preocupación por el impacto negativo de los conflictos armados sobre la mortalidad y morbilidad materna e infantil, y el acceso de las mujeres a servicios de salud (incluido el acceso a la atención obstétrica de emergencia y a servicios relacionados con la salud).⁵⁹</p>	
<p>Garantizar el acceso de los grupos vulnerables de mujeres a servicios de salud Expresa su preocupación por la falta de acceso a servicios de salud y por las constantes desigualdades en materia de disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios de salud que experimentan los grupos vulnerables de mujeres y niñas, incluidas las mujeres migrantes,⁶⁰ las mujeres pobres,⁶¹ las mujeres con discapacidades,⁶² las mujeres mayores,⁶³ las mujeres indígenas⁶⁴ y las mujeres rurales.⁶⁵ Expresa su preocupación por los informes sobre las esterilizaciones forzadas, en particular de mujeres con discapacidad,⁶⁶ mujeres rurales y mujeres romaníes.⁶⁷</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoren el acceso de las mujeres rurales a los servicios de salud,⁶⁸ y garanticen que las mujeres rurales no se enfrentan a obstáculos para acceder a servicios e información sobre planificación familiar.⁶⁹ • Mejoren el acceso a servicios de salud asequibles de las mujeres mayores,⁷⁰ de las mujeres pobres y de las mujeres con discapacidad.⁷¹ 	<p>Expresa su preocupación por la falta de acceso a servicios de salud y por las constantes desigualdades en materia de disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios de salud que experimentan las personas y los grupos desfavorecidos y marginados, incluidas las personas con discapacidades, los refugiados, los solicitantes de asilo,⁷² las minorías étnicas y las personas en las zonas rurales.⁷³</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoren el acceso de las personas y grupos desfavorecidos y marginados a los servicios de salud.⁷⁴ • Mejoren el acceso de las mujeres rurales a los servicios de salud, incluido el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva⁷⁵ y el acceso a los centros de salud.⁷⁶ • Tomen las medidas necesarias para garantizar que las solicitantes de asilo tengan pleno acceso a la atención médica de emergencia gratuita.⁷⁷
<p>Abordar los estereotipos negativos y las prácticas tradicionales perjudiciales Expresa su preocupación por la persistencia de relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres y de normas específicas de género,⁷⁸ que pueden reducir la capacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras y aumentar su vulnerabilidad ante la infección de una variedad de enfermedades de transmisión sexual o el VIH/SIDA.⁷⁹</p>	<p>Expresa su preocupación por la práctica continuada de la mutilación genital femenina⁸⁰ y por la falta de legislación que prohíba la práctica de la mutilación genital femenina en algunos Estados.⁸¹</p>

59 Congo (2006); Afganistán (2013); Sri Lanka (2014).

60 Colombia (2013); España (2015).

61 Colombia (2013).

62 Colombia, Serbia (2013).

63 Moldavia (2013).

64 México (2006).

65 Congo, Eritrea, Malawi (2006); Guinea Bissau (2009); Bangladesh, Kenia, Lesoto (2011); Tayikistán (2013); Camboya, Tayikistán (2013).

66 Tayikistán (2013).

67 Moldavia (2013).

68 Congo, Eritrea (2006); Hungría; Indonesia (2007); Afganistán, Colombia (2013).

69 Eritrea (2006); Bangladesh, Lesoto (2011).

70 Colombia, Moldavia (2013).

71 Colombia, Serbia (2013).

72 Ucrania (2014).

73 China, Indonesia (2014); Tayikistán (2015).

74 China (2014); Tayikistán (2015).

75 Ucrania (2014); Gambia, Paraguay (2015).

76 Uzbekistán (2014).

77 Ucrania (2014).

78 Afganistán (2013).

79 Kenia, Lesoto (2011).

80 Indonesia, Ucrania (2014); Gambia (2015).

81 Gambia (2015).

CEDAW	CDESC
<p>Abordar los estereotipos negativos y las prácticas tradicionales perjudiciales</p> <p>Expresa su preocupación por la alta incidencia de la mutilación genital femenina en algunos Estados y por la falta de legislación destinada a erradicar esta práctica.⁸²</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analicen las pautas de comportamiento de las comunidades, y específicamente de las mujeres, para identificar lo que impide que las mujeres usen los servicios de salud existentes y tomen las medidas apropiadas.⁸³ • Lleven a cabo campañas de sensibilización para eliminar las actitudes patriarcales y las creencias culturales que impiden el libre acceso de las mujeres a los servicios de salud y a métodos anticonceptivos.⁸⁴ • Promulguen una legislación que prohíba explícitamente la mutilación genital femenina, se aseguren de que los responsables sean enjuiciados y debidamente condenados, y pongan en práctica actividades de sensibilización para cambiar las percepciones culturales relacionadas con la mutilación genital femenina.⁸⁵ • Establezcan servicios de apoyo para satisfacer las necesidades de salud y psicosociales de las mujeres y niñas que son víctimas de mutilación genital femenina.⁸⁶ 	<p>Abordar los estereotipos negativos y las prácticas tradicionales perjudiciales</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promulguen una legislación que prohíba explícitamente la mutilación genital femenina, y garanticen su aplicación estricta así como implementen actividades de sensibilización para cambiar las percepciones culturales relacionadas con la mutilación genital femenina.⁸⁷ • Intensifiquen los esfuerzos dirigidos a impedir y combatir todas las prácticas que son perjudiciales para las mujeres y las niñas.⁸⁸ • Adopten medidas para prevenir todas las formas de discriminación contra las mujeres, y que combatan las prácticas consuetudinarias así como los estereotipos y actitudes patriarcales.⁸⁹
<p>Abordar la prevalencia del VIH/SIDA</p> <p>Expresa su preocupación por la prevalencia de la pandemia del VIH/SIDA entre las mujeres,⁹⁰ la alta incidencia de muerte como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA,⁹¹ y la estigmatización y la discriminación de las mujeres que viven con el VIH/SIDA.⁹²</p>	<p>Expresa su preocupación por la prevalencia del VIH/SIDA⁹³ la alta incidencia de muerte como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA, incluida la tuberculosis,⁹⁴ y la estigmatización y la discriminación de las mujeres que viven con el VIH/SIDA.⁹⁵</p>

82 Eritrea (2006); Indonesia (2007); Guinea Bissau (2009); Kenia (2011).

83 Congo (2006).

84 Malawi (2006); Afganistán (2013).

85 Eritrea (2006); Indonesia (2007); Guinea Bissau (2009); Kenia (2011).

86 Kenia (2011).

87 Gambia (2015).

88 Gambia (2015).

89 Albania (2013).

90 Malawi (2006); Belice, Uruguay (2008); Kenia, Lesoto (2011); Camboya, Tayikistán (2013); Sri Lanka (2014).

91 Belice (2008).

92 Camboya, Tayikistán (2013).

93 Ucrania, Uzbekistán (2014).

94 China (2014); Paraguay, Tayikistán (2015).

95 China (2014).

CEDAW	CDESC
<p>Abordar la prevalencia del VIH/SIDA Expresa su preocupación por la falta de acceso al tratamiento antirretroviral para las mujeres que viven con el VIH/SIDA.⁹⁶ Expresa su preocupación por la vinculación directa entre las prácticas tradicionales perjudiciales y la propagación del VIH/SIDA.⁹⁷</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adopten medidas de gran alcance para combatir la pandemia del VIH / SIDA, tomen fuertes medidas preventivas y aseguren que las mujeres y niñas infectadas por el VIH / SIDA no son discriminadas y reciben asistencia adecuada.⁹⁸ Los Estados también deberían incluir una perspectiva de género en sus políticas y programas sobre el VIH / SIDA.⁹⁹ • Garanticen la aplicación efectiva de sus estrategias contra el VIH/SIDA, si dichas estrategias ya han sido desarrolladas.¹⁰⁰ • Mejoren la difusión de información sobre los riesgos y las formas de transmisión del VIH/SIDA.¹⁰¹ • Proporcionen un mayor acceso al tratamiento antirretroviral a las mujeres y hombres que viven con el VIH / SIDA, incluidas las mujeres embarazadas.¹⁰² • Proporcionen información estadística y analítica detallada sobre las mujeres y el VIH / SIDA en su próximo informe periódico.¹⁰³ 	<p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adopten medidas de gran alcance para combatir la pandemia del VIH/SIDA, y mejoren la difusión de información sobre los riesgos y las formas de transmisión del VIH/SIDA.¹⁰⁴ • Adopten medidas para derogar o modificar las leyes o políticas para garantizar que las personas que viven con el VIH / SIDA no son discriminadas y pueden acceder a los servicios de salud.¹⁰⁵ • Mejoren la difusión de información sobre los riesgos y las formas de transmisión del VIH/SIDA.¹⁰⁶ • Garanticen la aplicación efectiva de sus estrategias contra el VIH/SIDA, si dichas estrategias ya han sido desarrolladas.¹⁰⁷ • Proporcionen un mayor acceso al tratamiento antirretroviral a las mujeres y hombres que viven con el VIH / SIDA, incluidas las mujeres embarazadas.¹⁰⁸
<p>Abordar la mortalidad materna Expresa su preocupación por la alta tasa de mortalidad materna, que es causada principalmente por la práctica de abortos en condiciones de riesgo o clandestinos.¹⁰⁹ Expresa su preocupación por los hechos de que los Estados no han desarrollado estrategias para la reducción de la mortalidad materna y de que las políticas de salud materna no incluyen la atención a las complicaciones derivadas del aborto en condiciones de riesgo.¹¹⁰</p>	<p>Expresa su preocupación por las tasas de mortalidad materna e infantil.¹¹¹</p> <p>Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomen las medidas legislativas y administrativas necesarias para prevenir la mortalidad y la morbilidad materna.¹¹² • Adopten medidas para reducir las tasas de mortalidad materna e infantil mediante la mejora de la calidad, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud.¹¹³

96 Serbia (2013).

97 Malawi (2006).

98 Mozambique (2007); Uruguay (2008); Guinea Bissau (2009); Colombia, Tayikistán (2013).

99 Belice (2008); Kenia (2011); Tayikistán (2013).

100 Congo, Malawi (2006); Kenia, Lesoto (2011).

101 Congo, Malawi (2006); Kenia, Lesoto (2011).

102 Colombia, Moldavia, Serbia (2013).

103 Congo (2006).

104 China, Ucrania, Uzbekistán (2014); Tayikistán (2015).

105 China (2014).

106 China (2014).

107 Congo, Malawi (2006); Kenia, Lesoto (2011).

108 Ucrania (2014).

109 Eritrea, Malawi, México (2006); Indonesia, Mozambique (2007); Belice, Uruguay (2008); Guinea Bissau (2009); Bangladesh, Kenia, Lesoto, Paraguay (2011); Afganistán, Camboya, Tayikistán (2013); Sri Lanka (2014).

110 Uruguay (2008); Kenia (2011).

111 Indonesia, Ucrania, Uzbekistán (2014); Gambia, Tayikistán (2015).

112 Paraguay (2015).

113 Albania (2013); Ucrania, Uzbekistán (2014); Gambia, Paraguay, Tayikistán (2015).

CEDAW	CDESC
<p>Abordar la mortalidad materna Pide a los Estados parte que: tomen las medidas necesarias para identificar las causas de y reducir la mortalidad materna mediante el desarrollo de planes de intervenciones integrales que incluyan la asistencia prenatal y postnatal adecuada, el acceso a personal capacitado para el parto, el acceso a la atención obstétrica de emergencia, así como programas de educación y de sensibilización.¹¹⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aborden las disparidades observadas en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud materna, implementando programas de formación previa, programas de formación continua, supervisión y acreditación de las instalaciones, entre otras cosas.¹¹⁵
<p>Abordar las enfermedades y afecciones específicas</p>	<p>Expresa su preocupación por la prevalencia de la tuberculosis, la insuficiencia de medicamentos contra la tuberculosis, las deficientes actividades de control de la infección, los bajos impactos de las actividades de detección y la prestación de servicios inadecuados a nivel de atención primaria.¹¹⁶</p> <p>Pide a los Estados parte que: intensifiquen los esfuerzos para mejorar las políticas y estrategias para la prevención y detección de la enfermedad, y garanticen de que hay suficientes y accesibles tratamientos y medicamentos especializados contra la tuberculosis.¹¹⁷</p>
<p>Abordar los problemas de salud mental</p>	<p>Expresa su preocupación por la tasa de problemas de salud mental, incluyendo altas tasas de suicidio, trastornos afectivos, la esquizofrenia y la psicosis relacionada con el alcohol,¹¹⁸ y la falta de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de atención de salud mental.¹¹⁹</p> <p>Pide a los Estados parte que: aborden las causas fundamentales de la prevalencia y del aumento de los problemas de salud mental y aumenten la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de atención de salud mental y del personal calificado.¹²⁰</p>
<p>Recopilación de datos desglosados Expresa su preocupación por falta de datos desglosados sobre la salud de la mujer y sobre la insuficiente atención prestada a los servicios de atención de la salud reproductiva de la mujer, y alienta a los Estados a recopilar y proporcionar dichos datos.¹²¹</p>	

114 Eritrea (2006); Mozambique (2007); Guinea Bissau (2009); Bangladesh, Kenia, Lesoto, Paraguay (2011); Afganistán, Tayikistán (2013); Sri Lanka (2014).

115 Indonesia (2014).

116 Ucrania (2014).

117 Ucrania, Uzbekistán (2014).

118 Paraguay (2015).

119 Indonesia (2014).

120 Paraguay (2015).

121 Bangladesh (2011).

CEDAW	CDESC
<p>Recopilación de datos desglosados Pide a los Estados parte que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilen y analicen datos desglosados sobre las necesidades de salud de las mujeres, el acceso a los servicios de salud y los indicadores medibles para lograr la realización de los derechos de salud de las mujeres.¹²² • Proporcionen información estadística y analítica detallada sobre las medidas adoptadas para mejorar el acceso de las mujeres a la información y a los servicios de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar, así como sobre el impacto de estas medidas.¹²³ 	

¹²²Moldavia (2013); Sri Lanka (2014).

¹²³Congo (2006); Hungría, Mozambique (2007).

La Red-DESC y su Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC

La Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Red-DESC) conecta a más de 270 ONG, organizaciones de base y activistas de 70 países facilitando el intercambio estratégico, generando solidaridad, y coordinando actividades de incidencia colectiva para garantizar la justicia social y económica a través de los derechos humanos. Los y las miembros de la Red DESC definen estrategias comunes y promueven acciones conjuntas principalmente mediante Grupos de Trabajo internacionales, como el Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC que está compuesto por más de 40 integrantes –ONG, movimientos sociales o activistas individuales– que trabajan en todas las regiones para promover los DESC de las mujeres y la igualdad sustantiva. El Grupo de Trabajo, a través del compromiso con los órganos de las Naciones Unidas, el desarrollo de capacidades y la promoción en distintos ámbitos, trabaja colectivamente para garantizar que las experiencias de las mujeres y sus análisis sean fuente relevante para la elaboración de las políticas nacionales e internacionales y para nuevos desarrollos normativos.

Para formular comentarios sobre este documento informativo o para saber más acerca del Grupo de Trabajo sobre Mujeres y DESC, por favor, póngase en contacto con wescr@escr-net.org o visite <https://www.escr-net.org/es/mujeres>



International Network for Economic, Social & Cultural Rights
 Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
 Réseau international pour les droits économiques, sociaux et culturels
 الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية



370 Lexington Ave Suite 700 10017 NYC (NY)



+1-212-681-1236



info@escr-net.org



www.escr-net.org

