



# Asamblea General

Distr. general  
29 de junio de 2018  
Español  
Original: inglés

## Consejo de Derechos Humanos

39º período de sesiones

10 a 28 de septiembre de 2018

Temas 2 y 3 de la agenda

**Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del  
Alto Comisionado y del Secretario General**

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

## **Seguimiento de la aplicación de las 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**

### **Nota de la Secretaría**

#### *Resumen*

El presente informe hace hincapié en diversas iniciativas relacionadas con la aplicación de las 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. También incluye observaciones sobre la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad en situaciones humanitarias.



## Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción .....	3
II. Actividades de difusión y promoción.....	3
III. Utilización de las orientaciones técnicas .....	4
A. Procesos con participación de múltiples interesados a nivel nacional .....	4
B. Legislación, planificación y presupuestación .....	5
C. Programas y fomento de la capacidad .....	6
D. Vigilancia, examen, supervisión y vías de recurso .....	6
IV. Dificultades para la aplicación de las orientaciones técnicas .....	7
V. Aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a las situaciones humanitarias.....	8
A. Panorama general.....	8
B. Elementos fundamentales .....	12
VI. Recomendaciones.....	18

## I. Introducción

1. En septiembre de 2012, el Consejo de Derechos Humanos aprobó su resolución 21/6, en la que acogía con beneplácito las 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. Se elaboraron dos informes de seguimiento de la aplicación, en 2014 (A/HRC/27/20) y en 2016 (A/HRC/33/24). En septiembre de 2016, en su resolución 33/18, el Consejo pidió a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) que preparase un informe sobre las buenas prácticas y los retos en la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la eliminación de la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, en particular mediante la utilización de las orientaciones técnicas. El presente informe se presenta atendiendo a esa petición.
2. A petición del Consejo, el ACNUDH organizó una mesa redonda en marzo de 2017, durante el 34º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, en la que se pudieron poner de relieve varias iniciativas positivas para hacer frente a la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad desde una perspectiva de derechos humanos. En los debates se subrayó la necesidad de mejorar la rendición de cuentas en la realización de los derechos humanos en el contexto de la salud materna, en particular, y de la salud sexual y reproductiva, en general.
3. Sobre la base de las comunicaciones recibidas por una amplia variedad de interesados<sup>1</sup>, en el presente informe se destacan las iniciativas, las buenas prácticas y los retos relacionados con la aplicación de las orientaciones técnicas y un enfoque basado en los derechos humanos en general.
4. En la segunda parte del informe, se examina la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad en situaciones humanitarias, una dimensión en la que no se centraron las orientaciones técnicas. Dado que la mayoría de las muertes maternas prevenibles se producían en situaciones de conflicto, desastres naturales y desplazamientos, era necesario seguir examinando de qué manera un enfoque basado en los derechos contribuiría a los esfuerzos humanitarios. El presente informe supone un primer paso en esa dirección.

## II. Actividades de difusión y promoción

5. Desde 2016 se han seguido dedicando esfuerzos a la difusión de las orientaciones técnicas. En todo el mundo, se hizo alusión a las orientaciones en numerosas publicaciones, informes y documentos, que también fueron ampliamente difundidas y promovidas por los interesados<sup>2</sup>. La Federación Internacional de Planificación Familiar y la Asociación Sueca para la Educación Sexual utilizaron sus redes mundiales para concienciar al público sobre las orientaciones técnicas, buscar información al respecto y promover su aplicación<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> La lista completa de las comunicaciones se puede consultar en [www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/FollowUpReport2018.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/FollowUpReport2018.aspx).

<sup>2</sup> Véase el Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas, *Old Challenges, New Hopes: Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health* (2016), pág. 9; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Monitoring human rights in contraceptive services and programmes* (Ginebra, 2017); B. Mason Meier y L. O. Gosti (eds.), *Human Rights in Global Health* (Oxford University Press, 2018); E. A. Friedman, "An Independent Review and Accountability Mechanism for the Sustainable Development Goals: The Possibilities of a Framework Convention on Global Health", en *Health and Human Rights Journal* (junio de 2016), págs. 129 a 140; P. Hunt, "Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health", en *Health and Human Rights Journal* (diciembre de 2016), págs. 109 a 130.

<sup>3</sup> Véanse también las comunicaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas de Uganda y de Roda.

6. El ACNUDH prosiguió su labor de difusión de las orientaciones técnicas mediante reuniones informativas, talleres y encuentros bilaterales con los Estados y otras partes interesadas en los planos nacional, regional e internacional.

7. Las orientaciones técnicas constituyen un componente fundamental de las actividades de promoción del ACNUDH en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluida su promoción durante el foro político de alto nivel. Además, desempeñaron un papel decisivo en el diseño de las medidas adoptadas por el ACNUDH para cumplir sus compromisos e informar sobre ellos en la Cumbre Humanitaria Mundial. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de los Derechos del Niño también siguieron instando a los Estados partes a que aplicasen las orientaciones técnicas en sus observaciones finales.

8. En un esfuerzo por hacer más accesibles las orientaciones para grupos específicos de interesados, el ACNUDH —en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y el Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos de la Universidad de Harvard— elaboró unas directrices prácticas dirigidas a la judicatura en torno a las principales consideraciones de la aplicación de un enfoque basado en los derechos a la salud sexual, reproductiva, materna, del recién nacido y de los niños menores de 5 años<sup>4</sup>. Ello se suma a las guías de reflexión mencionadas en informes anteriores, como las dirigidas a los encargados de formular políticas en materia de salud, las instituciones nacionales de derechos humanos y los trabajadores sanitarios.

9. El ACNUDH colaboró estrechamente con otros organismos de las Naciones Unidas para integrar las orientaciones técnicas en procesos más amplios de las Naciones Unidas, en particular la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, entre otras cosas convocando al Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, creado por la OMS y el ACNUDH. En su informe<sup>5</sup>, que se presentó en mayo y junio de 2017 ante la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo de Derechos Humanos, el Grupo de Trabajo planteó un enfoque holístico e integrado, en el que se afirmaba que la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes solo podría mejorarse mediante el respeto de los derechos humanos y con una voluntad política y un liderazgo firmes. Como resultado de la labor del Grupo de Trabajo, la OMS y el ACNUDH firmaron un marco de cooperación y están elaborando un programa de trabajo conjunto en apoyo de medidas para que continúen aplicándose las recomendaciones, que incluirá iniciativas para seguir promoviendo la aplicación de las orientaciones técnicas.

### III. Utilización de las orientaciones técnicas

#### A. Procesos con participación de múltiples interesados a nivel nacional

10. Las orientaciones técnicas apoyan la organización de procesos con participación de múltiples interesados para examinar las medidas relativas a los derechos humanos relacionadas con la salud sexual y reproductiva y establecer prioridades, y el ACNUDH ha facilitado esos procesos con sus asociados desde la aprobación de las orientaciones técnicas.

11. Por ejemplo, en Malawi, tras el diálogo entre múltiples interesados celebrado en 2015 en torno a la evaluación de los derechos humanos y el estudio nacional, se siguieron emprendiendo iniciativas para poner en práctica el plan de acción dimanante de ese proceso. Entre las iniciativas de seguimiento, destacan las siguientes: supervisar la

<sup>4</sup> Véase [www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/JudiciaryGuide.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/JudiciaryGuide.pdf).

<sup>5</sup> Puede consultarse en [www.who.int/life-course/publications/hhr-of-women-children-adolescents-report/en/](http://www.who.int/life-course/publications/hhr-of-women-children-adolescents-report/en/).

aplicación de las recomendaciones; trabajar en favor de la rendición de cuentas mediante reuniones de difusión en diez distritos; impartir formación para fortalecer la capacidad de los proveedores de servicios; y establecer informes en tiempo real y señales de alerta temprana cuando se produzcan violaciones en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Esos procesos también apoyaron diversas iniciativas de reforma legislativa, como la elevación de la edad para contraer matrimonio hasta los 18 años y las revisiones de la política nacional de salud sexual y reproductiva, por las que se aumentaron las partidas presupuestarias para anticoncepción y se estableció una estrategia para fortalecer las iniciativas de salud sexual y reproductiva basadas en la comunidad y en los jóvenes. Esa labor, que contó con el apoyo del UNFPA, fue coordinada por un equipo nacional de trabajo, establecido por la Comisión de Derechos Humanos de Malawi e integrado por organizaciones de la sociedad civil e instituciones del Estado.

12. Tras la consulta de múltiples interesados celebrada en Uganda en 2014, el ACNUDH siguió colaborando estrechamente con el Ministerio de Salud, el UNFPA, la OMS, la Comisión de Derechos Humanos de Uganda y la sociedad civil en las orientaciones técnicas, incluida la prestación de apoyo al Ministerio de Salud en el diseño y la elaboración de su estrategia multisectorial sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos para reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, que estaba a punto de concluir. La estrategia se basaba en un informe de síntesis elaborado en 2017 en el que se examinaban los programas e iniciativas multisectoriales existentes desde la perspectiva de los derechos humanos y se ponían de relieve varios problemas sistémicos, como la falta de coordinación y las deficiencias en materia de recursos humanos para la atención obstétrica de urgencia; la financiación insuficiente para equipo médico, instrumental y medicamentos; y la inadecuada gestión de la información a nivel de distrito. La estrategia tenía por objeto abordar esos desafíos desde una perspectiva de derechos humanos.

13. En sus comunicaciones, los Estados y las organizaciones de la sociedad civil destacaron las iniciativas de múltiples interesados para aplicar un enfoque basado en los derechos a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, Croacia señaló los esfuerzos de colaboración intersectorial para desarrollar marcos normativos y las iniciativas de colaboración con organizaciones no gubernamentales para promover el respeto de la salud sexual y reproductiva. Human Rights in Childbirth convocó reuniones y conferencias en todo el mundo en las que participaron múltiples interesados para debatir sobre los obstáculos al acceso a tratamientos vitales y sobre la calidad de la atención médica en las maternidades.

## **B. Legislación, planificación y presupuestación**

14. En sus comunicaciones, varios Estados y el UNFPA informaron de cómo se había aprovechado el enfoque basado en los derechos humanos en las iniciativas legislativas relativas a la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad<sup>6</sup>. La República Democrática del Congo, en su comunicación, destacó que había desarrollado su proyecto de ley sobre cobertura sanitaria universal basándose en las orientaciones técnicas.

15. El equipo de las Naciones Unidas en Malawi apoyó las actividades de concienciación sobre la magnitud y las consecuencias de los abortos en condiciones de riesgo emprendidas en apoyo del proyecto de ley sobre la interrupción del embarazo, que tenía por objeto ampliar los supuestos en que el aborto estaba permitido y que estaba siendo examinado por las autoridades competentes.

16. Varios Estados describieron en sus comunicaciones cómo habían adoptado en sus estrategias nacionales ciertos aspectos de las orientaciones técnicas<sup>7</sup>. En Uganda, algunas autoridades de distrito locales se habían comprometido también a dar prioridad a las asignaciones presupuestarias destinadas a los programas de salud materna. Las organizaciones de la sociedad civil destacaron también que había que prestar atención a los

<sup>6</sup> Véanse también las comunicaciones de Cuba, el Líbano, Mauritania y México.

<sup>7</sup> Véanse las comunicaciones de Albania, El Salvador, el Iraq, Mauritania, Mauricio y Omán.

grupos de población más marginados y su participación inclusiva en el proceso de planificación y presupuestación<sup>8</sup>.

### C. Programas y fomento de la capacidad

17. Se iniciaron numerosos programas e iniciativas de fomento de la capacidad en consonancia con las orientaciones técnicas y los principios de derechos humanos. Varios interesados, como Suecia y Turquía, destacaron algunas intervenciones sanitarias específicamente destinadas a las mujeres que tenían que hacer frente a barreras socioeconómicas<sup>9</sup>. La Federación Internacional de Planificación Familiar también puso en práctica programas y servicios para mujeres y niñas que vivían en la pobreza y destacó su enfoque programático, dirigido a lograr la participación de jóvenes voluntarios, lo que les permitía llegar a un número cada vez mayor de jóvenes.

18. El fomento de la capacidad de los principales interesados fue otro aspecto importante de la promoción de un enfoque basado en los derechos. La Oficina del ACNUDH en Uganda llevó a cabo tres sesiones de formación a nivel de distrito con personal médico y técnico de otro tipo sobre la aplicación de las orientaciones técnicas. En 2016, el ACNUDH reforzó también la capacidad de 25 organizaciones de la sociedad civil para supervisar, investigar y documentar denuncias de violaciones en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos e informar sobre ellas para orientar los litigios estratégicos y la promoción de políticas basadas en pruebas. Posteriormente, esas organizaciones llevaron a cabo investigaciones sobre la situación de la salud materna en sus regiones, y en 2017 se difundieron las principales conclusiones en un taller regional para funcionarios gubernamentales locales.

19. En sus comunicaciones, México, Portugal, la República Democrática del Congo, el Senegal, Turquía, el UNFPA de Burundi, Marie Stopes International, la Federación Internacional de Planificación Familiar y Women Enabled International informaron sobre las actividades de fomento de la capacidad o de sensibilización llevadas a cabo con trabajadores sanitarios, en particular sobre la aplicación del enfoque basado en los derechos humanos a la salud materna y sobre el respeto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad.

### D. Vigilancia, examen, supervisión y vías de recurso

20. Los interesados pusieron de relieve en sus comunicaciones los esfuerzos para vigilar, examinar y proporcionar vías de recurso en consonancia con las orientaciones técnicas. Chequia, Croacia, Eslovenia, Georgia, Honduras, Malta, Mauritania y México destacaron que habían puesto en práctica mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas relativos, por ejemplo, a la reunión de datos sobre salud materna teniendo en cuenta las cuestiones de género, los estudios de sondeos, los registros nacionales sobre salud reproductiva y los mecanismos para el seguimiento y el análisis de las muertes y las lesiones maternas. En su comunicación, Cuba también informó de la práctica de celebrar reuniones periódicas de debate técnico para estudiar cada uno de los casos de salud materna en los que había habido complicaciones a fin de detectar aquellos en los que la atención había resultado insuficiente, capacitar al personal y adoptar medidas organizativas y disciplinarias en situaciones en las que se hubieran vulnerado derechos. Mauricio señaló el establecimiento de un sistema de información sanitaria plenamente operativo, que incluía a todos los inscritos en el registro civil y reunía datos desglosados sobre salud sexual y reproductiva de manera diaria y sistemática. Marie Stopes International subrayó que había utilizado enfoques participativos para reunir datos cuantitativos y cualitativos sobre sus programas a fin de detectar y abordar las deficiencias existentes, integrando en las

<sup>8</sup> Véanse las comunicaciones presentadas por Marie Stopes International, la Asociación Sueca para la Educación Sexual y Women Enabled International.

<sup>9</sup> Véanse también las comunicaciones de Georgia, la Sociedad Intercontinental de Derechos Humanos y la Asociación Sueca para la Educación Sexual.

evaluaciones mensuales los comentarios recibidos y las entrevistas realizadas a las usuarias tras la prestación del servicio.

21. En lo que respecta a los mecanismos de derechos humanos, la Oficina del ACNUDH en Uganda había prestado apoyo a la Comisión de Derechos Humanos de Uganda en la creación de una base de datos pública para supervisar las recomendaciones y facilitar la presentación oportuna de informes a los mecanismos internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos. La base de datos incluía cuestiones relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y se puso en marcha de manera experimental en seis ministerios, departamentos y organismos mediante actividades de capacitación en el período 2016-2017. Human Rights in Childbirth también indicó que había prestado asistencia a agentes de la sociedad civil en la elaboración de informes paralelos y cartas de apoyo a los mecanismos internacionales y regionales de derechos humanos.

22. En 2017, el Centro de Derechos Reproductivos de Kenya dio a conocer un informe público sobre la detención y el maltrato de mujeres que intentaban acceder a servicios de salud materna. El informe se basaba en una decisión del Tribunal Superior de 2015 en la que se había constatado la violación de derechos fundamentales<sup>10</sup>. Posteriormente, en 2018, el Centro apoyó la demanda presentada por una mujer embarazada que había sido verbal y físicamente agredida por el personal de un hospital, que permitió deliberadamente que diera a luz en el suelo. El Tribunal Supremo consideró que se había vulnerado el derecho a la salud y a la dignidad de la demandante.

#### **IV. Dificultades para la aplicación de las orientaciones técnicas**

23. Los numerosos ejemplos concretos de buenas prácticas que se han señalado anteriormente ilustran los importantes avances logrados a lo largo de seis años en la difusión y la aplicación de las orientaciones técnicas, si bien siguen existiendo dificultades. A pesar de que cada vez hay más actores familiarizados con las orientaciones, es evidente que hay que proseguir los esfuerzos para lograr una amplia difusión y una mayor conciencia de las orientaciones técnicas y de los enfoques basados en los derechos en general.

24. Varios interesados informaron sobre los retos que planteaban la estigmatización, los estereotipos, las barreras socioculturales o las prácticas discriminatorias y los abusos relacionados con la sexualidad de la mujer y la atención de la salud reproductiva, incluso por parte de los trabajadores sanitarios. También se pusieron de relieve las repercusiones particulares que ello tenía en las mujeres y las niñas en situaciones de vulnerabilidad y marginación.

25. Las limitaciones financieras y de recursos humanos e infraestructuras siguieron frustrando la plena aplicación de las orientaciones, y a menudo tuvieron que prestar asistencia las organizaciones de la sociedad civil. En sus comunicaciones, Mauritania, la República Democrática del Congo, el Senegal y el UNFPA de Burundi informaron de las dificultades para captar recursos financieros destinados a promover la salud materna o a garantizar el acceso a esta de las mujeres en zonas remotas o aisladas por la pobreza. La Comisión Nacional de Derechos Humanos de Nigeria observó también los problemas registrados para reducir las demoras en el acceso a atención obstétrica de urgencia y el hacinamiento en las salas de maternidad. Malí, Mauritania, Suecia y la organización de la sociedad civil Roda destacaron también la escasez de trabajadores sanitarios capacitados para la atención de la salud materna, en particular a nivel comunitario.

26. Las restrictivas políticas de financiación de los donantes, por ejemplo, en relación con el aborto, afectaron a la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil para hacer frente de manera efectiva a la mortalidad y morbilidad maternas utilizando un enfoque

<sup>10</sup> Centro de Derechos Reproductivos, “Detention and Abuse of Women Seeking Maternal Health Services: Fundamental Rights Violation” (Nairobi, 2017).

basado en los derechos humanos<sup>11</sup>. Por ejemplo, Family Health Options Kenya informó de la reducción de los recursos destinados a programas de salud dirigidos a mujeres y niñas marginadas en dos condados como consecuencia de los cambios en la política de los donantes.

27. Según varias comunicaciones, resultaba difícil lograr la coordinación adecuada de las respuestas y reunir de manera sistemática datos fidedignos y precisos sobre mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad que sirvieran para orientar las políticas y programas<sup>12</sup>.

28. Abordar la cuestión de la mortalidad y la morbilidad maternas como una preocupación de derechos humanos en situaciones humanitarias plantea dificultades particulares que requieren un análisis específico. Por lo tanto, las secciones restantes del presente informe se centran en las implicaciones de adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas en situaciones humanitarias<sup>13</sup>. Este análisis no exhaustivo indica que es necesario seguir trabajando en esta esfera.

## V. Aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a las situaciones humanitarias

### A. Panorama general

#### 1. La salud sexual y reproductiva en situaciones humanitarias

29. Las mujeres y niñas en edad reproductiva representaban más de una cuarta parte de los 100 millones de personas que precisaron asistencia humanitaria en 2015<sup>14</sup>. En esas situaciones, las mujeres y las niñas se enfrentan a riesgos mucho mayores de mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, y algunas fuentes sugieren que más de la mitad de las muertes maternas ocurren en esos contextos<sup>15</sup>. La naturaleza de estas crisis es cada vez más compleja y prolongada y la duración media de la estancia en campamentos de refugiados es de 20 años<sup>16</sup>. Algunos jóvenes y niños han vivido siempre en situación de crisis, lo que implica que han pasado toda la vida en contextos de riesgo elevado. Para esas personas, la falta de acceso a servicios e información de salud sexual y reproductiva tiene consecuencias especialmente graves, como los embarazos no deseados, los matrimonios precoces y forzados, las infecciones de transmisión sexual y el riesgo de violencia de género.

30. Las crisis humanitarias exacerban las formas preexistentes de discriminación y violencia de género y crean barreras adicionales para acceder a los servicios. Ante la adversidad y la inseguridad extremas, las mujeres y las niñas corren un riesgo particular de sufrir otros tipos de violencia, como la trata de personas, la esclavitud sexual, las violaciones, los embarazos forzados, las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil y el matrimonio forzado, y la violencia infligida por la pareja<sup>17</sup>. También se han documentado casos de mujeres y niñas embarazadas que han sido específicamente agredidas, atacadas,

<sup>11</sup> Comunicaciones de la Asociación Sueca para la Educación Sexual. Véase también PAI, “Access Denied: Uganda Preliminary Impacts of Trump’s Expanded Global Gag Rule” (Washington, D.C., 2018); e International Women’s Health Coalition, “Taking the Pulse of Trump’s Deadly Global Gag Rule” (6 de noviembre de 2017).

<sup>12</sup> Comunicaciones presentadas por El Salvador, Georgia, Mauritania, la República Democrática del Congo y Roda.

<sup>13</sup> Como reconoció el Consejo de Derechos Humanos en su resolución 35/16, las “situaciones humanitarias” incluyen las emergencias humanitarias, las situaciones de desplazamiento forzado y conflicto armado y los casos de desastres naturales. Cada tipo de emergencia puede tener consecuencias específicas para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, algo que va más allá del alcance del presente informe. Sin embargo, las bases del enfoque basado en los derechos humanos pueden aplicarse en general en todas las situaciones de emergencia.

<sup>14</sup> UNFPA, *Estado de la población mundial: refugio en la tormenta* (2015), pág. 63.

<sup>15</sup> OMS, *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015* (2015), pág. 26, xi.

<sup>16</sup> *Estado de la población mundial*, pág. 14.

<sup>17</sup> *Ibid.*, págs. 40 y 47 a 55; y resolución 1820 (2008) del Consejo de Seguridad.



violadas y golpeadas, incluso estando privadas de libertad<sup>18</sup>. Además, debido a la escasez de recursos y oportunidades, algunas mujeres y niñas recurren a las relaciones sexuales transaccionales como estrategia para sobrevivir. Todo lo anterior, sumado a un contexto de acceso limitado a los servicios, aumenta aún más la exposición potencial a infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo y mortalidad y morbilidad maternas<sup>19</sup>. En los casos en que se producen esas violaciones de los derechos humanos por actores estatales y no estatales, es habitual que las supervivientes sean estigmatizadas y marginadas; con todo, el acceso de las mujeres y niñas a mecanismos de rendición de cuentas o a recursos efectivos sigue siendo poco frecuente.

## 2. Obligaciones en materia de derechos humanos

31. El derecho internacional de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario son dos conjuntos complementarios de normas jurídicas que se refuerzan mutuamente y comparten objetivos comunes en el sentido de que tratan de proteger la vida y la dignidad humanas y prohíben la discriminación. Las normas de derechos humanos relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, por lo tanto, siguen siendo aplicables en conflictos armados y otras situaciones humanitarias<sup>20</sup>. En condiciones estrictas, los Estados pueden suspender la aplicación de determinados derechos civiles y políticos en “situaciones excepcionales”<sup>21</sup>. No existe una cláusula similar para los derechos económicos, sociales y culturales, y los órganos creados en virtud de tratados han aclarado que, en situaciones de excepción, esos derechos siguen aplicándose y que las obligaciones básicas mínimas siguen siendo inderogables<sup>22</sup>.

32. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha articulado recientemente las normas de derechos humanos relacionadas con el derecho a la salud sexual y reproductiva en su observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva. La obligación del Estado de garantizar niveles unos mínimos esenciales de ese derecho incluye las obligaciones de derogar o eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstaculicen o menoscaben el acceso a la salud sexual y reproductiva; adoptar medidas para prevenir los abortos en condiciones de riesgo y prestar asistencia y ayuda psicológica con posterioridad a los abortos; velar por que todas las personas y grupos tengan acceso a una educación e información integrales sobre la salud sexual y reproductiva; proporcionar medicamentos, equipo y tecnologías esenciales para la salud sexual y reproductiva; y asegurar el acceso a recursos y reparaciones efectivos y transparentes, incluidos los administrativos y los judiciales, por las violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva. El Comité reconoce también la interdependencia entre ese y muchos otros derechos humanos, como el derecho a la vida, a no ser sometido a tortura, a la salud, a la vida privada y a la educación, así como la prohibición de la discriminación.

<sup>18</sup> ACNUDH, “Interviews with Rohingya’s fleeing from Myanmar since 9 October 2016”, informe de incidente grave (2017); puede consultarse en [www.ohchr.org/Documents/Countries/MM/FlashReport3Feb2017.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Countries/MM/FlashReport3Feb2017.pdf).

<sup>19</sup> Comité Permanente entre Organismos, Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género en la Acción Humanitaria (2015), pág. 5; *Estado de la población mundial*, pág. 38.

<sup>20</sup> Estas obligaciones se exponen en informes anteriores del Alto Comisionado, como A/HRC/33/24 y A/HRC/27/20. Véase también ACNUDH, serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos; puede consultarse en [www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx).

<sup>21</sup> Véase el artículo 4 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la observación general núm. 29 (2001) del Comité de Derechos Humanos relativa a la suspensión de obligaciones durante un estado de excepción, párrs. 4 y 11.

<sup>22</sup> Véanse Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 47; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 28 (2010), relativa a las obligaciones básicas de los Estados partes de conformidad con el artículo 2 de la Convención, párr. 11, y núm. 30 (2013) sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, párrs. 2 y 8; y ACNUDH, *Protection of economic, social and cultural rights in conflict* (Ginebra, 2015), párrs. 12 a 15.

33. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha explicado que la violencia de género incluye el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos<sup>23</sup>. Además, el Comité ha reconocido que las mujeres a menudo sufren más violencia sexual en situaciones de conflicto, lo que exige que se adopten medidas específicas de protección de las víctimas y sanción a los responsables, y ha pedido explícitamente a los Estados que garanticen el acceso a anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, en situaciones humanitarias<sup>24</sup>.

34. El derecho internacional humanitario, que se aplica únicamente en situaciones de conflicto armado, contiene una serie de obligaciones jurídicas derivadas de los Convenios de Ginebra, los Protocolos adicionales de los Convenios de Ginebra y el derecho internacional humanitario consuetudinario. Como mínimo, los Estados y las partes en conflicto tienen la obligación de prestar una atención especial a las mujeres embarazadas y a las madres de niños de corta edad en lo referente al suministro de alimentos, ropa, asistencia médica, evacuación y transporte, y de velar por que la protección y la atención debidas a los heridos y a los enfermos se preste también a las mujeres embarazadas<sup>25</sup>. Asimismo, esta atención deberá prestarse sin ningún tipo de discriminación. El derecho humanitario pone de relieve también que se han de respetar en todo momento las necesidades específicas de la mujer, incluida la protección contra todas las formas de violencia sexual<sup>26</sup>.

35. En el contexto de su agenda sobre las mujeres, la paz y la seguridad, el Consejo de Seguridad señaló la necesidad de facilitar el acceso sin discriminación a toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los relativos a los embarazos resultantes de violaciones<sup>27</sup>, e instó a los Estados a que prestaran servicios no discriminatorios y completos de salud, incluida la salud sexual y reproductiva<sup>28</sup>. Por último, la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 incluye el derecho de los refugiados a tener acceso a servicios de salud equivalentes a los de la población de acogida, como parte del derecho a la asistencia y socorro públicos.

### **3. Programas humanitarios, enfoque basado en los derechos humanos y salud y derechos sexuales y reproductivos**

36. Cuando se presenta una emergencia, distintos organismos de las Naciones Unidas, donantes y organizaciones internacionales y nacionales de la sociedad civil colaboran con el Gobierno para prestar socorro humanitario. La coordinación entre los actores y entre los diversos sectores es un paso fundamental para asegurar el respeto de los derechos de las poblaciones afectadas, entre ellos la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, y para identificar a los actores responsables de garantizar esos derechos. El enfoque de gestión por grupos mundiales es un sistema de coordinación mediante el cual los grupos temáticos tienen un mandato claro establecido por el Comité Permanente entre Organismos y funcionan a nivel mundial, regional y nacional, activándose a un nivel u otro en función

<sup>23</sup> Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 35 (2017) sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, párr. 18.

<sup>24</sup> *Ibid.* Véase también la recomendación general núm. 30 (2013) sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, párrs. 20 y 52.

<sup>25</sup> Convenio de Ginebra relativo a la Protección debida a las Personas Civiles en Tiempo de Guerra, arts. 16 a 18, 21 a 23, 38, 50, 89, 91 y 127; Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, arts. 8 a), 70, párr. 1, y 76, párr. 2; y norma 134 de la base de datos de derecho internacional humanitario consuetudinario del Comité Internacional de la Cruz Roja.

<sup>26</sup> Véanse la norma 119 y el comentario de la norma 93 de la base de datos de derecho internacional humanitario consuetudinario, que puede consultarse en <https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home>.

<sup>27</sup> Resolución 2122 (2013) del Consejo de Seguridad.

<sup>28</sup> Resolución 2106 (2013) del Consejo de Seguridad.

de la crisis humanitaria. Con el fin de mejorar la coordinación y la efectividad, cada grupo está liderado por una organización, que se encarga de la ejecución de los programas humanitarios adecuados en un sector particular. Hay 11 grupos temáticos mundiales, cada uno con sus propios componentes funcionales o esferas de responsabilidad. Si bien la salud y los derechos sexuales y reproductivos no constituyen un grupo en sí mismos, los grupos temáticos de salud y de protección, y en particular el subgrupo de violencia de género, abordan cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva<sup>29</sup>.

37. El Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis<sup>30</sup> elaboró el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios<sup>31</sup>, que se revisó y se actualizó en 2018 y se encontraba en las etapas finales de publicación en el momento en que se hizo público el presente informe. Integrado en las normas y principios de derechos humanos, el Manual ofrece orientación fidedigna sobre la prestación de servicios de salud reproductiva en todas las fases de una emergencia. Fundamentalmente, incluye pautas sobre la aplicación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos, que determina cuáles son las intervenciones que salvan vidas y da prioridad a la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva que son sumamente necesarios para prevenir la morbilidad y la mortalidad. Integrado en las orientaciones del Grupo de Acción Sanitaria Mundial, el paquete engloba una serie de intervenciones prioritarias que habrán de llevarse a cabo al inicio de una emergencia y que deberían ejecutarse en un plazo de 48 horas a través de medidas simultáneas y coordinadas, reforzadas a continuación con soluciones de atención sanitaria sostenibles y a más largo plazo. El paquete aspira a lograr resultados en ciertos objetivos clave, como la morbilidad y la mortalidad maternas; la violencia sexual; las infecciones de transmisión sexual/VIH; los embarazos no planeados, lo que incluye proporcionar anticonceptivos de uso voluntario; y la práctica de abortos sin riesgo en la medida en que la ley lo permita.

38. El ciclo de programación humanitaria<sup>32</sup> establece una serie de medidas para ayudar a preparar, gestionar y ejecutar la respuesta humanitaria. El ciclo consta de cinco elementos interrelacionados: evaluación y análisis de las necesidades; planificación de la respuesta estratégica; movilización de recursos; aplicación y seguimiento; y evaluación y revisión colegiada operacional. El ciclo de políticas que se explica en las orientaciones técnicas (planificación, preparación del presupuesto, aplicación, vigilancia, examen y vías de recurso, y cooperación internacional) es comparable al ciclo de programación humanitaria. Las orientaciones técnicas presentan el concepto de “ciclo de rendición de cuentas”, que pone de relieve que las medidas orientadas a garantizar la rendición de cuentas deben aplicarse en todas las etapas del ciclo de políticas, no solo en respuesta a presuntas violaciones. Ese concepto se aplica también al ciclo de programación humanitaria y puede complementar los marcos existentes de rendición de cuentas en contextos humanitarios<sup>33</sup>.

39. Abordar la mortalidad y morbilidad maternas en situaciones humanitarias con un enfoque basado en los derechos humanos supone atender los llamamientos de la comunidad humanitaria en favor de un enfoque holístico e integrado, que trate de superar la brecha entre las actividades humanitarias y de desarrollo. En muchos casos, la aparición de una crisis exacerba las deficiencias ya existentes en unos sistemas sanitarios que no cumplían las normas de derechos humanos en términos de salud y derechos sexuales y reproductivos. Ofrecer una respuesta holística supondría prestar atención al refuerzo de los sistemas sanitarios antes, durante y después de las crisis, y velar por que no sean reemplazados por medidas a corto plazo cuando surja una crisis<sup>34</sup>. Este enfoque holístico requiere también que

<sup>29</sup> Véase la comunicación presentada por el UNFPA de Burundi, en la que se señaló que la falta de un grupo de trabajo subsectorial sobre salud sexual y reproductiva constituía un reto y que era necesario mejorar la coordinación de las intervenciones, entre otras cosas en relación con la recopilación de datos y su utilización.

<sup>30</sup> Véase <http://iawg.net/>.

<sup>31</sup> Puede consultarse en <http://iawg.net/resource/inter-agency-field-manual-on-reproductive-health-in-humanitarian-settings-2010/>.

<sup>32</sup> Véase [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/hpc\\_reference\\_module\\_2015\\_final\\_.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/hpc_reference_module_2015_final_.pdf).

<sup>33</sup> Véase también el Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas, pág. 12.

<sup>34</sup> Véase A/70/709, párr. 110.

se examinen intervenciones y programas que se hayan definido de manera muy restrictiva, lo que puede deberse a necesidades de financiación o de programación, pero que puede también dar lugar a que se consoliden paradigmas aislados y se pasen por alto las experiencias de ciertas categorías de mujeres y niñas. Por ejemplo, los programas contra la violencia de género que facilitan el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva para las víctimas de la violencia, si bien posiblemente excluyan a aquellas que no hayan acudido a ellos en calidad de víctimas; o la vigilancia de derechos humanos centrada de manera muy restrictiva en la violencia sexual relacionada con los conflictos, dejando a un lado el análisis de las violaciones de los derechos humanos relacionadas con la violencia infligida por la pareja o las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Cada vez con más frecuencia, los defensores humanitarios y de los derechos humanos piden que se adopten enfoques inclusivos que trasciendan los marcos dicotómicos y sitúen a las mujeres y las niñas en el centro de la respuesta, capten la totalidad de las experiencias de cada mujer y niña, que trascienden el contexto de la crisis, y garanticen la continuidad de la atención en términos de acceso a los servicios.

## **B. Elementos fundamentales**

### **1. Una atención de la salud sexual y reproductiva amplia, disponible, accesible, aceptable y de calidad**

40. Al igual que en otros contextos, un enfoque basado en los derechos humanos en situaciones humanitarias sirve para identificar quiénes tienen derechos (titulares de derechos) y qué libertades y derechos los asisten en virtud del derecho internacional de los derechos humanos, así como cuáles son las obligaciones de los responsables de velar por que los titulares de derechos disfruten de estos (garantes). Este enfoque reconoce que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos que han de ser respetados, también en situaciones humanitarias, y que no son cuestiones de caridad. En el contexto de las situaciones humanitarias, también es pertinente el papel de los actores privados, reconociendo que el Estado, o la Potencia ocupante, sigue teniendo el deber de velar por que los actores privados no cometan violaciones de los derechos humanos<sup>35</sup>. Es importante señalar también que, en determinadas circunstancias, en particular cuando un grupo armado con una estructura política identificable ejerce un control significativo sobre el territorio y la población, los actores no estatales están obligados a respetar los derechos humanos internacionales<sup>36</sup>. En esta sección, se explican los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y en qué medida puede ser necesario proseguir el análisis de esos requisitos de derechos humanos en el marco de situaciones humanitarias.

41. Debe garantizarse la disponibilidad de las políticas y los programas humanitarios dotándolos de instalaciones, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva operativos en cantidad y variedad suficientes. Ello implica, por ejemplo, disponer de personal sanitario formado y capacitado, además de unos servicios integrales en materia de salud sexual y reproductiva. Cuando una crisis inhibe la capacidad del Estado para prestar servicios integrales de salud sexual y reproductiva, el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos, junto con el contenido básico del derecho a la salud sexual y reproductiva enunciado en la observación general núm. 22, constituye una práctica importante y un punto de partida para determinar a qué servicios se ha de dar prioridad. Estos servicios deben prestarse sin discriminación<sup>37</sup> y entrañan el establecimiento y la aplicación de enfoques integrados y vías de derivación claras. También es fundamental garantizar que las personas y sus comunidades sean conscientes de que tienen a su disposición esos servicios y que sepan desde dónde pueden acceder a ellos. Las situaciones humanitarias complican la capacidad de garantizar la disponibilidad de servicios, lo que requiere prestar una atención especial a

<sup>35</sup> Véase, por ejemplo, la Misión de Asistencia de las Naciones Unidas para el Iraq (UNAMI)/ACNUDH, informe sobre la promoción y protección de los derechos de las víctimas de violencia sexual capturadas por el EIIL o en zonas controladas por el EIIL en el Iraq (2017), párr. 45.

<sup>36</sup> ACNUDH, *International legal protection of human rights in armed conflict* (2011), págs. 23 a 37; y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 30, párr. 16.

<sup>37</sup> Véase también la comunicación del UNFPA en la República Democrática del Congo.

intervenciones que puedan maximizar eficiencias, como la delegación de tareas o las intervenciones iniciadas por el usuario en la atención sanitaria.

42. Además, los servicios, instalaciones e información en materia de salud sexual y reproductiva proporcionados tanto por el sector público como por el privado deben ser física y económicamente accesibles para todas las personas y comunidades afectadas, incluidas las comunidades de acogida, haciendo especial hincapié en identificar a las mujeres y niñas en las situaciones más vulnerables y marginadas y darles acceso a ellos. Ello implica garantizar que esos servicios y los factores determinantes subyacentes, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, también para las mujeres y las niñas con discapacidad. La accesibilidad es un problema importante en situaciones de crisis, ya que la infraestructura se debilita y la capacidad de las personas para desplazarse, especialmente la de las mujeres y las niñas, se ve limitada como consecuencia de la inseguridad y de las restricciones de circulación impuestas<sup>38</sup>. Por ejemplo, si bien se están poniendo en marcha importantes iniciativas para garantizar la salud maternoinfantil en la República Democrática del Congo, tras decenios de conflicto el sistema de atención sanitaria está seriamente dañado, con muchos centros sanitarios sin electricidad ni agua y sin capacidad para prestar servicios esenciales, como la atención obstétrica de urgencia<sup>39</sup>.

43. La accesibilidad también engloba el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La información debe ser precisa y presentarse en un formato accesible para todas las personas afectadas por una crisis, teniendo en cuenta la edad, el idioma, la discapacidad y otros factores pertinentes. Como la organización Ipas destacó también en su comunicación, además de amplias campañas de información y concienciación, los jóvenes de todos los contextos necesitan también una educación sexual integral, apropiada para su edad, culturalmente aceptable, objetiva y fiable.

44. En vista de lo anterior, todos los servicios, bienes, instalaciones e información en materia de salud sexual y reproductiva han de centrarse en todo momento en los usuarios particulares de la sanidad y en sus experiencias, opiniones y necesidades. También deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad; han de ser sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida; deben estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate; y han de ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados (aceptables) para las personas. Por ejemplo, debe garantizarse la disponibilidad una amplia gama de opciones anticonceptivas, sin escatimar esfuerzos para determinar cuáles son las opciones preferidas por las mujeres y niñas, ya que la experiencia de algunos países indica que las mujeres a menudo optan por métodos de acción prolongada cuando estos están disponibles y son de buena calidad. En la mayoría de situaciones humanitarias, si se es que llegan a ofrecerse servicios anticonceptivos, lo más habitual es pautar métodos anticonceptivos de corta duración<sup>40</sup>. Es importante señalar que los enfoques paternalistas de los trabajadores sanitarios, basados en su ideología personal y no en pruebas sanitarias, son contrarios a los requisitos de derechos humanos, que en cambio valoran el respeto de la autonomía de las mujeres y las niñas en la adopción de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. La aceptabilidad y la calidad también exigen respetar la privacidad y la confidencialidad del usuario, lo que incluye informarle sobre cómo se preserva la confidencialidad de su información y garantizar la disponibilidad de espacios seguros con fines de asesoramiento, examen y tratamiento, a fin de promover la adopción de decisiones informadas y sin coerción ni la presencia e influencia de terceros.

45. A pesar de los progresos logrados, la realidad de las crisis humanitarias muestra que las mujeres y niñas siguen enfrentándose a importantes obstáculos para acceder a servicios

<sup>38</sup> Véase el documento A/HRC/10/35, relativo a las restricciones a la libre circulación, en particular de las mujeres embarazadas en los puestos de control. En cuanto a la falta de acceso a los servicios, véase ACNUDH, nota 18 *supra*, págs. 23 y 31.

<sup>39</sup> [www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2014.pdf](http://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2014.pdf), pág. 35; véase también la comunicación del UNFPA en la República Democrática del Congo.

<sup>40</sup> *Estado de la población mundial*, pág. 65.

de calidad debido al colapso de los sistemas de salud, los costos prohibitivos, la falta de información y de poder de decisión, la falta de privacidad, la inseguridad, las restricciones a la circulación y el temor a nuevos actos de violencia por haber buscado atención médica<sup>41</sup>. El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos no suele aplicarse plenamente, y el acceso de ciertos grupos, como los adolescentes, sigue siendo un problema<sup>42</sup>. Por ejemplo, las mujeres y niñas, y entre ellas las que han sido víctimas de la violencia sexual, pueden tener que enfrentar obstáculos insuperables para acceder a servicios de aborto sin riesgos cuando quienes han de prestar el servicio tienen ideas erróneas sobre la legalidad del procedimiento<sup>43</sup> o cuando se estima que el aborto no está incluido en la asistencia médica esencial<sup>44</sup>. En el contexto de la violencia sexual y de género, factores como la estigmatización, la inseguridad, la escasez de espacios seguros confidenciales, los requisitos obligatorios de presentación de informes y la falta de claridad con respecto a las vías de derivación disuaden a las víctimas y supervivientes de buscar la atención médica adecuada<sup>45</sup>. Siguen sin establecerse prioridades, además del desconocimiento asociado del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos por parte de los actores clave, y de las dificultades registradas en términos de recursos, logística, enfoques aislados y coordinación, incluidas unas vías de derivación eficaces<sup>46</sup>. Asimismo, la prestación de servicios sanitarios se complica con las restricciones a la libertad de circulación impuestas tanto a mujeres y niñas (también durante el embarazo) como a los agentes humanitarios que se ocupan de la prestación de estos servicios<sup>47</sup>.

46. Con un enfoque basado en los derechos humanos se analiza también un ciclo de programación desde la perspectiva de los principios de derechos humanos de no discriminación e igualdad, participación y empoderamiento, sostenibilidad y asistencia internacional, transparencia y rendición de cuentas<sup>48</sup>.

## 2. No discriminación e igualdad

47. La discriminación contra la mujer es un factor que contribuye a que no se dé prioridad a los servicios que solo necesitan las mujeres, como los relacionados con la salud materna y la salud sexual y reproductiva en general, lo que refleja las jerarquías sociales sobre quiénes importan y quiénes no. La situación se agrava aún más por las múltiples formas interseccionales de discriminación, en particular por motivos de edad, origen étnico, raza, religión y situación migratoria<sup>49</sup>. Por ejemplo, el acceso a los anticonceptivos suele estar limitado en situaciones humanitarias. En los lugares donde existen esos servicios, a las adolescentes y las mujeres y niñas solteras les resulta particularmente difícil acceder a ellos debido a las normas de género prevalecientes en relación con la actividad sexual fuera del matrimonio en muchos contextos, así como a la influencia de las actitudes de los

<sup>41</sup> *Ibid.*, págs. 38 a 40, y las comunicaciones presentadas por la OMS y la Federación Internacional de Planificación Familiar.

<sup>42</sup> Véase, por ejemplo, la comunicación presentada por la OMS; y Grupo de Trabajo Interinstitucional, *2017 Evaluation of the Use of Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (2017), págs. 14 a 16. Puede consultarse en [http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/01/Report-on-the-Use-of-the-IARH-Kits\\_11.2017.pdf](http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/01/Report-on-the-Use-of-the-IARH-Kits_11.2017.pdf).

<sup>43</sup> Según el UNFPA, “el 99% de la población mundial reside en países donde el aborto está permitido en determinadas circunstancias”. *Estado de la población mundial*, pág. 68. Véase también UNAMI/ACNUDH, párr. 46.

<sup>44</sup> Véase T. McGinn y S. Casey “Why don’t humanitarian organizations provide safe abortion services?” en *Conflict and Health* (2016); A. Radhakrishnan, “Protecting safe abortion in humanitarian settings: overcoming legal and policy barriers”, en *Reproductive Health Matters* (noviembre de 2017), págs. 40 a 47.

<sup>45</sup> Véase, por ejemplo, A/HRC/31/46 (2016), párr. 38.

<sup>46</sup> M. Onyango, B. Hixon, S. McNally, “Minimum Initial Service Package for reproductive health during emergencies: time for a new paradigm”, en *Global Public Health* (2013), págs. 342 a 356. Véase también el *Estado de la población mundial*, págs. 43, 44 y 68.

<sup>47</sup> Véanse las comunicaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Nigeria, la OMS, el Centro de Derechos Reproductivos, la Federación Internacional de Planificación Familiar, Marie Stopes International y Women Enabled International.

<sup>48</sup> Véase también Centro de Derechos Reproductivos, “Ensuring sexual and Reproductive health and rights of women and girls affected by conflict” (Nueva York, 2017), págs. 28 y 29.

<sup>49</sup> Véase, por ejemplo, A/HRC/32/18, párrs. 38 y 39.

trabajadores sanitarios y los proveedores de servicios<sup>50</sup>. Asimismo, y como también lo enfatizó el Global Respectful Maternity Care Council en su comunicación, las mujeres y las niñas embarazadas sufren con frecuencia maltrato y abuso tanto a nivel individual como estructural, lo cual a menudo es impulsado por factores como las deficiencias infraestructurales, la ruptura de existencias y el estrés, el exceso de trabajo y la falta de remuneración de los proveedores.

48. Aplicar el principio de no discriminación y de igualdad significa, por tanto, prestar especial atención a las mujeres y las niñas que presentan un mayor riesgo de quedarse rezagadas. También ayuda reconocer y abordar las causas fundamentales de las violaciones en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y de la violencia de género tanto en la esfera pública como en la privada. Por ejemplo, en el Brasil, el brote del virus de Zika afectó particularmente a las jóvenes y niñas de color de la región más pobre del país<sup>51</sup>. Entre las causas fundamentales de su vulnerabilidad al Zika y de la falta de opciones sexuales y reproductivas, se incluía no solo la discriminación de que eran objeto por motivos de sexo y origen étnico, sino también las privaciones que sufrían debido a su situación socioeconómica y sus condiciones de vida.

### 3. Participación y empoderamiento

49. Muchas instituciones siguen considerando a las mujeres y niñas como víctimas intrínsecamente vulnerables que necesitan protección y como beneficiarias pasivas de la asistencia. Sin embargo, las mujeres y las niñas intervienen en múltiples esferas, como defensoras de los derechos humanos, prestadoras de servicios de salud y primeros auxilios, combatientes o miembros de grupos armados o movimientos de resistencia, activistas ambientales, supervivientes y participantes activas en procesos de paz formales e informales<sup>52</sup>. Además de asegurar una gestión eficaz de la acción humanitaria que refleje las opiniones, experiencias y necesidades de las mujeres y las niñas, un enfoque basado en los derechos humanos, como, por ejemplo, los principios de la acción humanitaria, reconoce que las mujeres y las niñas tienen derecho a participar en las decisiones que afectan a su vida, también en lo referente a la salud y los derechos sexuales y reproductivos<sup>53</sup>. Ello podría incluir su participación en los comités de los campamentos y en los mecanismos de toma de decisiones y de coordinación que se ocupan, directa o indirectamente, de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

50. La formación de alianzas sólidas con grupos locales de mujeres y el apoyo financiero a los mismos también son fundamentales para la prestación eficaz de servicios de salud. Ello facilita la comprensión de la influencia que tienen los valores, las prácticas y las creencias en la salud sexual y reproductiva en una comunidad y, en consecuencia, ayuda a diseñar, aplicar y evaluar políticas y programas culturalmente aceptables e inclusivos, al tiempo que fomenta la confianza con las comunidades locales y garantiza el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>54</sup>.

### 4. Sostenibilidad y asistencia internacional

51. La asistencia internacional debe estar orientada a fortalecer los sistemas sanitarios nacionales y apoyar al Estado para que reanude y mantenga sus responsabilidades fundamentales como garante de derechos. También es fundamental respaldar los esfuerzos encaminados a superar la brecha entre las actividades humanitarias y de desarrollo. Como ha observado el UNFPA, garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las adolescentes contribuirá enormemente al logro del objetivo de un desarrollo

<sup>50</sup> *Estado de la población mundial*, pág. 42.

<sup>51</sup> Human Rights Watch, *Neglected and Unprotected: The Impact of the Zika Outbreak on Women and Girls in Northeastern Brazil* (2017), pág. 8.

<sup>52</sup> Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 30, párr. 6.

<sup>53</sup> *Ibid.* Véase también el Marco de Sendái para la Reducción del Riesgo de Desastres (2015); *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (2015).

<sup>54</sup> ActionAid, “On the frontline: Catalyzing women’s leadership in humanitarian action” (Johannesburgo, Sudáfrica, 2016).

inclusivo y equitativo, y puede dar paso a sociedades más resilientes, más capaces de resistir a las crisis y reconstruirse de maneras que conduzcan a una resiliencia todavía mayor<sup>55</sup>.

52. La sostenibilidad de las intervenciones aumentará cuando las comunidades y las personas afectadas participen y las asuman como propias para reclamar sus derechos y apoyar la capacidad de los actores nacionales y locales para cumplir sus obligaciones. Se puede considerar la posibilidad de fomentar la capacidad de los proveedores nacionales de servicios de salud, entre otras cosas, mediante cursos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, la delegación de tareas en el sistema de salud que atiende a la población en situaciones humanitarias y la participación de las sociedades profesionales nacionales y regionales de las zonas afectadas<sup>56</sup>. La sostenibilidad también exige una mayor atención a las distintas formas en que las crisis exacerban los riesgos de determinadas personas y grupos de población.

53. El Manual de Campaña Interinstitucional subraya la necesidad de que todos los agentes humanitarios, incluidos los Estados, colaboren y velen por que se produzca lo antes posible la transición del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos hacia la integración de unos servicios amplios de salud sexual y reproductiva en la atención primaria de la salud. Idealmente, debería hacerse en un plazo de entre tres y seis meses, pero también puede lograrse en semanas. Un enfoque basado en los derechos humanos establece además que, cuando los Estados y otros actores estén en condiciones de avanzar hacia la atención integral de algún aspecto particular de la salud sexual y reproductiva, incluso al inicio de una emergencia, deben hacerlo lo más rápidamente posible.

54. A pesar de la tendencia al alza de la financiación de la salud reproductiva en situaciones de emergencia, existen todavía importantes lagunas en relación con: a) una financiación que tenga en cuenta las cuestiones de género en todos los sectores humanitarios; b) el compromiso político de aumentar los presupuestos para los grupos excluidos; c) la labor para satisfacer la necesidad de servicios mínimos; y d) la capacidad limitada o la falta de voluntad de algunos donantes y Gobiernos para destinar recursos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas de una emergencia<sup>57</sup>.

## 5. Transparencia y rendición de cuentas

55. La rendición de cuentas en materia de derechos humanos abarca todo el ciclo de programación y entraña formas múltiples, participativas y transparentes de vigilancia, examen y supervisión, incluidas las administrativas, sociales, políticas, jurídicas y de rendición de cuentas de múltiples agentes humanitarios. Además de los procedimientos judiciales, existen otros mecanismos y procesos para garantizar la rendición de cuentas, como, por ejemplo, las instituciones nacionales de derechos humanos, los comisionados de salud, los consejos locales de salud elegidos democráticamente, las audiencias públicas, los comités de los campamentos, las evaluaciones de necesidades e impacto, la reunión y análisis de datos y la supervisión comunitaria de las finanzas y la calidad asistencial en los puntos de prestación de servicios<sup>58</sup>. Como sucede con los sistemas de salud, los mecanismos de rendición de cuentas suelen fallar en situaciones de crisis, si es que siquiera existían antes de la emergencia. Es necesario prestar más atención a la determinación de enfoques innovadores y eficaces para promover la rendición de cuentas, también en la esfera social, en situaciones humanitarias.

56. Los mecanismos de examen independientes, empleados de manera segura y ética, pueden desempeñar un papel fundamental identificando a las personas que corren mayor riesgo de quedar rezagadas, abordando las causas profundas de las violaciones y garantizando la igualdad de acceso para todos. Entre ellos, pueden incluirse órganos de investigación, como las comisiones de investigación y las misiones de estudio de la situación creadas conforme al mandato recibido de diversos órganos de las

<sup>55</sup> *Estado de la población mundial*, pág. 76.

<sup>56</sup> Comunicación de la OMS.

<sup>57</sup> *2017 Evaluation of the Use of Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations*, pág. 15. *Estado de la población mundial*, pág. 14.

<sup>58</sup> Véase <http://governance.care2share.wikispaces.net/Social+Accountability>.



Naciones Unidas, que pueden desempeñar un papel fundamental en la promoción de un programa integrado que reconozca las violaciones de los derechos humanos que sufren las mujeres y las niñas en situaciones de crisis y responda a ellas. Por ejemplo, esos órganos pueden proporcionar un análisis crítico de las tendencias relativas a las violaciones en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, valorar si las vías de derivación y el seguimiento en la práctica son adecuados y tienen en cuenta las opiniones, la experiencia y las necesidades de las personas afectadas y si existen recursos efectivos cuando los servicios de salud sexual y reproductiva son insuficientes. Hasta ahora, las preocupaciones acerca de los derechos humanos en la esfera de la salud sexual y reproductiva rara vez se han tenido en cuenta, o solo se han abordado de pasada, en la labor de esos órganos<sup>59</sup>.

57. Sigue habiendo escasez de datos fidedignos sobre la accesibilidad, disponibilidad y adecuación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para todas las mujeres y niñas afectadas<sup>60</sup>. Además, hay una laguna en los datos y la documentación efectiva sobre la eficacia de las intervenciones, con inclusión de un enfoque basado en los derechos, y su seguimiento y atención ininterrumpida después de las derivaciones<sup>61</sup>. Las razones que dificultan la reunión de datos adecuados son, entre otras, las dificultades para acceder a todos los segmentos de la sociedad y desglosar los datos, la falta de garantías de confidencialidad, la escasez de financiación y la resistencia a la coordinación y los enfoques integrados normalizados, incluso en las metodologías<sup>62</sup>.

58. Las mujeres y las niñas afectadas por una emergencia tienen un papel que desempeñar en la vigilancia de la prestación de servicios. En este contexto, es esencial la concienciación y el desarrollo de su capacidad para reivindicar sus derechos. También deben establecerse mecanismos de rendición de cuentas dentro de las instituciones de atención de la salud a fin de que los comentarios de los usuarios de los servicios de salud puedan orientar los exámenes de la prestación de servicios, entre otras cosas, mediante la elaboración, aplicación y supervisión de un plan de acción como respuesta. Además, los datos y análisis contextuales de los agentes humanitarios, incluidas las evaluaciones que ayudan a orientar su programación, también podrían compartirse con los grupos de mujeres para reforzar su demanda de rendición de cuentas.

59. La transparencia en las políticas, la programación y la coordinación entre los distintos sectores es fundamental para una rendición de cuentas efectiva. Los titulares y los garantes de derechos han de comprender claramente, entre otras cosas: quién ofrece qué servicios; cómo se coordinan esos servicios; por qué unos servicios tienen prioridad sobre otros; los lugares donde se proporcionan y cómo llegar a ellos; cómo y quién financia ciertos servicios y por qué; hasta cuándo seguirán prestándose esos servicios; qué servicios se persiguen y si existe un plan de salida; a quiénes no llegan los servicios; y los motivos de cada una de esas decisiones.

60. Por último, el principio de la rendición de cuentas garantiza que los titulares de derechos puedan solicitar reparación cuando los garantes no hayan cumplido sus obligaciones. Los recursos no se limitan a las intervenciones de los tribunales, puesto que los sistemas judiciales nacionales pueden estar gravemente comprometidos o debilitados o ser por completo inexistentes. El acceso a unos recursos efectivos debe reconocer las barreras específicas que han de salvar las mujeres y niñas para acceder a la justicia y eliminarlas. Ello implica establecer procesos confidenciales y no sesgados para recibir y tratar las quejas y hacer cambios significativos en los servicios. Por último, un recurso

<sup>59</sup> Véase, por ejemplo, el informe de las conclusiones detalladas de la comisión de investigación sobre los derechos humanos en Eritrea, párrs. 123 a 125; puede consultarse en [www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/CoIEritrea/Pages/ReportCoIEritrea.aspx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/CoIEritrea/Pages/ReportCoIEritrea.aspx); y A/HRC/25/63, párr. 60.

<sup>60</sup> Véase en este contexto, ACNUDH, *Guidance note on the application of a human rights-based approach to data collection* (2016); puede consultarse en [www.ohchr.org/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData.pdf).

<sup>61</sup> Véanse en ambos casos las comunicaciones de la República Democrática del Congo, Malí, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Nigeria y la OMS. Véase Blanchet y otros “Evidence on public health interventions in humanitarian crises”, *The Lancet* (8 de junio de 2017).

<sup>62</sup> Comunicación presentada por la Federación Internacional de Planificación Familiar.

efectivo también debe incluir reparaciones integrales, transformadoras en materia de género y centradas en la víctima o superviviente.

## VI. Recomendaciones

61. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos toma nota con reconocimiento de las numerosas iniciativas que han emprendido interesados de todo el mundo para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a la reducción de la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Habida cuenta del valor de las orientaciones técnicas para complementar y fundamentar la preparación y la respuesta ante situaciones de emergencia en un mundo que se enfrenta a crisis humanitarias cada vez más complejas y prolongadas, con efectos desproporcionados y devastadores en la mortalidad y la morbilidad maternas, el Alto Comisionado recomienda que el Consejo siga ocupándose de esa importante cuestión. En particular, el Alto Comisionado observa que sería necesario redoblar los esfuerzos a fin de entender mejor cómo puede aplicarse en situaciones humanitarias un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad.

62. Se formulan las siguientes recomendaciones a los Estados, los agentes humanitarios y demás interesados, según proceda:

- a) Difundir y promover la aplicación de las orientaciones técnicas y los instrumentos conexos elaborados por el ACNUDH lo más ampliamente posible en los planos nacional y subnacional, así como en los planos internacional y regional;
- b) Adaptar las leyes y políticas relativas a la salud sexual y reproductiva, incluidas las políticas de asistencia internacional, a las normas internacionales de derechos humanos;
- c) Incluir un análisis sobre la manera en que el Estado ha aplicado las orientaciones técnicas en la presentación de informes a los mecanismos de derechos humanos internacionales y regionales, en particular en el contexto de la Agenda 2030 y de la Cumbre Humanitaria Mundial;
- d) Garantizar un enfoque integrado más holístico que sitúe a cada mujer y niña en el centro de la preparación y la respuesta humanitaria, y que reconozca la necesidad de superar los enfoques aislados y la programación fragmentada;
- e) Dar prioridad a la plena aplicación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Reproductiva cuando se presenten emergencias humanitarias, prestando especial atención a las mujeres y niñas en situaciones de vulnerabilidad, y velar por que la transición hacia servicios integrales de salud sexual y reproductiva se produzca lo antes posible;
- f) Establecer unas vías claras de derivación centradas específicamente en las particularidades de cada usuaria de los servicios sanitarios y en sus puntos de vista, experiencias y necesidades, y lograr que esas vías de derivación sean conocidas por las poblaciones afectadas, promuevan un enfoque integrado y presten atención a la continuidad en la asistencia y el seguimiento;
- g) Asegurar la participación significativa de las mujeres y niñas en la identificación y determinación de las necesidades, las prioridades de financiación y servicios, los procesos para el acceso y la prestación de servicios, y la respuesta a las crisis, en reconocimiento de su capacidad de actuación;
- h) Financiar y promover la recopilación de datos fiables, transparentes, colaborativos y desglosados sobre la disponibilidad, accesibilidad, adecuación y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres y niñas de las poblaciones afectadas, incluidas las poblaciones de acogida;
- i) Considerar la integración sistemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los mandatos de los órganos de investigación establecidos por el

Consejo de Derechos Humanos, incluidas las comisiones de investigación y las misiones de estudio de la situación, y promover un programa integrado que reconozca y responda a las constantes violaciones de los derechos humanos que sufren las mujeres y las niñas en situaciones de crisis y a sus consecuencias, como los desplazamientos de población y las condiciones de vida en contextos y situaciones humanitarios;

j) Integrar el concepto de “ciclo de rendición de cuentas” en todo el ciclo de programación humanitaria, entre otras cosas, mediante formas múltiples, participativas y transparentes de vigilancia, examen y supervisión, incluidas las administrativas, sociales, políticas y jurídicas;

k) Garantizar la transparencia de las políticas, la programación y la coordinación entre sectores y grupos temáticos en una respuesta humanitaria, por ejemplo, mediante el intercambio de información precisa proporcionada en formatos accesibles a todas las personas afectadas por una crisis, especialmente las mujeres y las niñas.

---