Ciudad de México, a 31 de enero de 2021.

**Secretaría del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer**

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

Palais Wilson

52, rue des Pâquis

CH-1201 Ginebra, Suiza

**ASUNTO: Comentarios de Ipas CAM al Borrador de la Recomendación General sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas**

A nombre de Ipas Centroamérica y México (Ipas CAM), organización internacional que busca ampliar el derecho al acceso a servicios de aborto seguro y de anticoncepción en la región en un marco de respeto a los derechos humanos, nos permitimos enviar por medio de la presente nuestros comentarios al texto del borrador de la Recomendación General sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas, conforme a la convocatoria publicada en la página del CEDAW (<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/Draft-GR-rights-indigenous-women-and-girls.aspx>).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dice** | **Debe decir** | **Justificación** |
| 59.Las mujeres y las niñas indígenas tienen un acceso limitado a los servicios sanitarios adecuados, incluidos los servicios y la información sobre salud sexual y reproductiva, y se enfrentan a la discriminación racial y de género en los sistemas sanitarios.  60.Los profesionales de la salud suelen ser insensibles a las realidades, la cultura y la visión del mundo de las mujeres indígenas, y rara vez ofrecen servicios que respeten su dignidad, privacidad, consentimiento informado y autonomía reproductiva. Las mujeres indígenas suelen tener dificultades para acceder a la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos de planificación familiar, la anticoncepción y el acceso a un aborto seguro y legal. Son víctimas frecuentes de la violencia de género en el sistema de salud, incluida la violencia obstétrica y las prácticas coercitivas como las esterilizacionesinvoluntarias o la anticoncepción forzada, y estas prácticas vulneran el derecho de las mujeres y niñas indígenas a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Estas prácticas también afectan negativamente a la salud física y mental de las mujeres.  **(…)** | 59.Las mujeres y las niñas indígenas tienen un acceso limitado a los servicios sanitarios adecuados, incluidos los servicios y la información sobre salud sexual y reproductiva, y se enfrentan a la discriminación racial y de género en los sistemas sanitarios.  **60. La penalización del aborto, incluso cuando el embarazo es producto de violación, cuando la salud o vida de la mujer está en riesgo o cuando se identifican defectos en el producto incompatibles con la vida es una forma de discriminación por género que afecta particularmente a las niñas y mujeres indígenas, obligándoles a continuar con embarazos que ponen en riesgo su salud y vida. Genera ambientes sanitarios adversos a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones seguras y de calidad, en el que los profesionales de la salud no buscan capacitarse sobre el tema, no se cuentan con los insumos necesarios para la prestación de los servicios y coloca a las mujeres en un permanente riesgo de ser criminalizadas durante la atención a emergencias obstétricas.**  **61.**Los profesionales de la salud suelen ser insensibles a las realidades, la cultura y la visión del mundo de las mujeres indígenas, y rara vez ofrecen servicios que respeten su dignidad, privacidad, consentimiento informado y autonomía reproductiva. Las mujeres indígenas suelen tener dificultades para acceder a la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos de planificación familiar, la anticoncepción y el acceso a un aborto seguro y legal. Son víctimas frecuentes de la violencia de género en el sistema de salud, incluida la violencia obstétricay las prácticas coercitivas como las esterilizaciones involuntarias o la anticoncepción forzada, y estas prácticas vulneran el derecho de las mujeres y niñas indígenas a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Estas prácticas también afectan negativamente a la salud física y mental de las mujeres.  **(…)** | Como ya lo reconcoe el texto de la recomendación, las condiciones particulares de rezago económico y educativo dentro de un contexto de violencia sistémica hacen de las niñas y las mujeres indígenas sean uno de los grupos de mujeres más vulnerables ante la criminalización del aborto.  La falta de acceso a servicios de aborto seguro y legal representa la pérdida de vidas de niñas y mujeres todos los años.  Entre el 2010 y el 2014, se practicaron 25 millones de abortos inseguros y numerosas mujeres y niñas murieron debido a prácticas insalubres y clandestinas.[[1]](#footnote-1) Se ha determinado que entre el 8% y el 11% de las muertes maternas en todo el mundo, están asociadas con prácticas de aborto inseguro, lo cual se traduce en la pérdida de 22,800 a 31,000 vidas cada año. En septiembre de 2019 la OMS manifestó[[2]](#footnote-2) que las medidas fundamentales para reducir la mortalidad materna incluyen garantizar el acceso a métodos y servicios de contracepción y garantizar el acceso a servicios de aborto seguros y a una atención de calidad tras procesos de aborto.  Existen regiones como América Latina y el Caribe con importante presencia de población indígena en territorios con altas cifras de mortalidad materna y cuyos Estados penalizan absolutamente el aborto (Nicaragua, El Salvador, Honduras).  Este Comité ha reconocido al interpretar el principio de no discriminación que el embarazo forzado, la penalización del aborto y las barreras en el acceso a un aborto seguro constituyen violencia de género.[[3]](#footnote-3)  Respecto de la penalización del aborto, el CEDAW ha recomendado en reiteradas ocasiones a los Estados legalizar el aborto al menos en los casos de violación, incesto, riesgo para la vida y/o la salud mental de la mujer o malformación grave del feto.[[4]](#footnote-4)  Como lo reconoce el texto del Borrador de la Observación General, las niñas y mujeres indígenas enfrentan mayores riesgos a la violencia sexual.  Resultan particularmente preocupantes los casos de las niñas y adolescentes que no pueden acceder a servicios de aborto seguros y son forzadas a continuar con embarazos de alto riesgo de morbilidad y mortalidad maternas asociados a embarazos a temprana edad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el embarazo representa un alto riesgo para la salud y vida de las niñas y adolescentes además de que contribuye a los ciclos intergeneracionales de enfermedad y pobreza. Las complicaciones durante el embarazo y parto son la principal causa de muerte en niñas de entre 15 y 19 años de edad en el mundo. 99% de estas muertes son de mujeres en países de bajo y mediano desarrollo. Las niñas y adolescentes embarazadas de entre 10 a 19 años de edad enfrentan mayores riesgos de eclampsia, endometriosis puerperal e infecciones sistemáticas que las mujeres de entre 20 y 24 años.[[5]](#footnote-5)  También, se ha reconocido a nivel internacional el efecto perjudicial que la imposición de legislación restrictiva al aborto tiene en los contextos sanitarios debido al estigma que se asocia a este servicio de salud. La penalización del aborto impide a las y los profesionales de la salud el acceso a información objetiva y basada en evidencia y les disuade de brindar incluso servicios de atención post-aborto, la cual por definición se trata de emergencias médicas que requieren atención inmediata.[[6]](#footnote-6)  Los sistemas de salud en contextos con restricciones legislativas al aborto enfrentan una gran complejidad al deber articular la forma de operar otros servicios de salud sexual y reproductiva a los cuales están llamados los profesionales de la salud en el cumplimiento de sus obligaciones, como la atención de emergencias obstétricas durante el embarazo, pero que de la misma forma le pone en riesgo de ser sancionado al encontrarse constantemente fiscalizado para verificar si su trabajo se realiza en el marco de la legalidad o no. En este sentido, los impactos son múltiples, tanto para los sistemas de salud, como para el personal que brinda los servicios, quienes igualmente tienen un riesgo individual de recibir sanciones que impactan su vida profesional, económica e incluso su libertad.  A este respecto el Comité de Derechos Humanos ha reconocido que “En ocasiones, los profesionales de la salud han denegado a las mujeres el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva autorizados por la ley, o simplemente se han negado a tratar a mujeres que sufrían complicaciones derivadas de un aborto clandestino practicado en otro lugar. Debido al estigma que pesa sobre el aborto, los trabajadores del sector de la salud también han proporcionado información errónea a las mujeres”.[[7]](#footnote-7)  Dadas las implicacioones de la penalización del aborto en los derechos de las niñas y mujeres indígenas reconocidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, particularmente su derecho al estándar más alto de salud sin discriminación, nos parece que esta Recomendación General representa una importante oportunidad para recomendar a los Estados la revisión de sus legislación en la materia para su despenalización. |
| Recomendación general nº 39 sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas  63.El Comité recomienda a los Estados Partes:  (…)  (f)Adoptar medidas para prevenir todas las formas de violencia de género, la discriminación, los estereotipos de género y los prejuicios raciales en la prestación de servicios sanitarios; | Recomendación general nº 39 sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas  63.El Comité recomienda a los Estados Partes:  (…)  (f)Adoptar medidas para prevenir todas las formas de violencia de género, la discriminación, los estereotipos de género y los prejuicios raciales en la prestación de servicios sanitarios, **especialmente revisar su legislación de aborto para permitir el acceso a este servicio de salud cuando el embarazo es producto de violación, cuando la salud o vida de la mujer está en riesgo o cuando se identifican defectos en el producto incompatibles con la vida y garantizar la disponibilidad de recursos humanos e insumos de salud necesarios para su provisión.** |



1. Guttmacher Institute, “Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access”, 2018, págs. 10 y 33. [↑](#footnote-ref-1)
2. OMS, Informe Mortalidad Materna, 19 de septiembre de 2019. [↑](#footnote-ref-2)
3. Recomendación general núm. 35, apartado 18. [↑](#footnote-ref-3)
4. Informe de investigación de Irlanda del Norte, apartado 60. *Véase también:* Comité de Derechos Humanos, Observación general núm. 36 (2018) sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, sobre el derecho a la vida, CCPR/C/GC/36, 30 de octubre de 2018 (en lo sucesivo, «**Observación general núm. 36** **del Comité de Derechos Humanos**”), apartado 8. [↑](#footnote-ref-4)
5. World Health Organization, Adolescent Pregnancy, (23th February 2018). Disponible en https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy [↑](#footnote-ref-5)
6. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, de conformidad con las resoluciones 15/22 y 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, criminalización de la salud sexual y reproductiva, A/66/254, 3 de agosto de 2011. [↑](#footnote-ref-6)
7. Ibídem [↑](#footnote-ref-7)