Mandatos del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas; del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas; y de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

REFERENCIA:
AL CHL 4/2021

7 de junio de 2021

Excelencia,

Tenemos el honor de dirigirnos a Usted en nuestra calidad de Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas; Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas; y Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de conformidad con las resoluciones 41/6, 44/15 y 42/16 del Consejo de Derechos Humanos.

En este contexto, quisiéramos señalar a la atención urgente del Gobierno de Su Excelencia la información que hemos recibido en relación con **la violación sistemática del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas en Chile, en particular en relación con la distribución de pastillas anticonceptivas con errores de composición**.

Según la información recibida:

Existe en Chile una situación grave de discriminación contra las mujeres y niñas y violación de sus derechos a la salud sexual y reproductiva, debido a la existencia de pastillas anticonceptivas defectuosas. Estos graves hechos tienen lugar en el marco de un contexto de violaciones sistemáticas a la salud sexual y reproductiva, caracterizado por limitaciones en el acceso a anticonceptivos y barreras para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), entre otros.

Pastillas anticonceptivas defectuosas

Desde agosto de 2020, 27.689 blísteres defectuosos de pastillas anticonceptivas han sido retirados de circulación por el Instituto de Salud Pública (ISP). Los lotes de pastillas corresponden a cuatro tipos de pastillas de tres marcas diferentes de pastillas anticonceptivas, cada una con problemas de composición de distinto tipo (Anulette CD del laboratorio Silesia, Contimarvelon 20 del laboratorio Merck Sharp & Dohme (I.A) LLC, Minigest 15 del laboratorio Andrómaco, Minigest 20 del laboratorio Andrómaco).

En sus comunicados públicos emitidos desde el mes de agosto de 2020, las autoridades sanitarias del Estado chileno determinaron que los lotes de pastillas defectuosas constituían casos aislados que se han dado únicamente en algunas regiones del país, pero según la información recibida, las pastillas defectuosas se obtuvieron en distintas partes del país y fueron repartidas en varios centros de salud pública (Centros de Salud Familiar-CESFAM) y también en farmacias. La comercialización de pastillas anticonceptivas con defectos de composición

no parece ser una cuestión aislada. Según la información recopilada por organizaciones de la sociedad civil, por lo menos 276 890 blísteres han sido ingresados al mercado con defectos de composición desde septiembre de 2019.

El 24 de agosto de 2020, el ISP publicó la Alerta Farmacéutica de Retiro del Mercado Nº 26/202041, en la que se advertía que el producto (método anticonceptivo oral) "Anulette CD Comprimidos Recubiertos", de blíster con 28 comprimidos presentaba envases con disposición errada de algunos comprimidos o falta de éstos (placebo en ubicación de comprimido con principio activo/comprimido con principio activo en la ubicación de placebo - falta de comprimidos con principio activo y/o placebo). El titular del Registro Sanitario de estas pastillas era Laboratorios Silesia S.A., y eran fabricados en el Laboratorio Andrómaco S.A. de Chile. Las pastillas Anulette CD fueron las primeras en ser retiradas del mercado. Al respecto, es de suma importancia destacar que estas pastillas anticonceptivas son las que se distribuyen en los servicios de salud pública en Chile.

La segunda marca de pastillas en ser retiradas de circulación fueron las Minigest 15 y Minigest 20, el 5 de octubre de 2020. De acuerdo con lo reportado por el ISP, mientras éste se encontraba realizando estudios de estabilidad, identificó que, en estas dos marcas de anticonceptivos, la cantidad de principios activos incluidas en las dosis finales no era correlativa con el registro aprobado por la institución. Adicionalmente, se informó la suspensión temporal de los anticonceptivos por parte de Laboratorios Andrómaco S.A., el cual es el que elabora y distribuye los medicamentos. Según se ha determinado, los principios activos son fabricados por la empresa farmacéutica China, Sheijiang Xianju Pharmaceutical, y luego es el Laboratorio Andrómaco S.A. en Chile quien termina de componer la pastilla.

El 10 de octubre de 2020 se anunció el retiro de las pastillas Conti-Marvelon 20, por un error en el esquema de administración. El titular del Registro Sanitario de estas pastillas es Merck Sharp & Dohme (I.A.) y el laboratorio fabricante es Eurofarma Laboratorios S.A. de Brasil.

El 8 de septiembre de 2020, el ISP ordenó la modificación de la Resolución 3676, que decretaba la cuarentena de los medicamentos Anulette CD, bajo el argumento de que bastaba un examen visual de las pastillas para decretar que estaban en malas condiciones, además de considerar que había 382.871 mujeres tomando Anulette CD en el momento, y la cuarentena del medicamento les afectaba directamente su tratamiento, en lugar de proponer pastillas alternativas seguras para las mujeres y adolescentes afectadas.

Es imprescindible resaltar el hecho que – a pesar de que algunas mujeres adquirieron las pastillas anticonceptivas en farmacias – la mayoría y las principales afectadas por esta situación son las mujeres en situación de especial vulnerabilidad, es decir, mujeres de menores ingresos económicos y que reciben las pastillas anticonceptivas en los CESFAM, y demuestra que esta situación constituye una grave discriminación hacia las mujeres en términos generales, pero especialmente contra las mujeres de menos recursos económicos. Esta situación configura una clara situación de discriminación sistémica contra las

mujeres que además, resulta en la violación de diversos derechos humanos consagrados en convenios y normas internacionales de derechos humanos detallados en el anexo a la presente carta.

Las causas de estos hechos serían, por una parte, la falta de supervisión y vigilancia de las autoridades sanitarias del Estado chileno, de los laboratorios encargados de la producción y comercialización de las pastillas anticonceptivas. Por otra parte, la demora del ISP en retirar de circulación las pastillas anticonceptivas, como se evidencia, a continuación, en los casos de las mujeres que denunciaron su situación de embarazo no deseado/planeado a pesar de una toma regular y adecuada de pastillas. Las pastillas anticonceptivas defectuosas estuvieron disponibles en los servicios públicos de salud y en el mercado desde hace, por lo menos, un año. En este sentido, la demora en la actuación por parte del ISP contribuyó a poner en riesgo a más mujeres. La respuesta de las autoridades sanitarias parece haber sido insuficiente para contrarrestar las graves e irreversibles consecuencias de pastillas anticonceptivas defectuosas para la salud y la vida de las mujeres y adolescentes en edad fértil, afectando su salud física y mental, su calidad y proyecto de vida, pero también su situación socio-económica.

También se evidencia una negligencia por parte del Estado chileno en cuanto a las adjudicaciones de licitaciones a los laboratorios en cuestión, particularmente al laboratorio Silesia, titular del Registro Sanitario de las pastillas Anulette CD. Lo anterior, teniendo en cuenta que este laboratorio ya había tenido problemas en el pasado.

En febrero de 2021, el ISP sancionó a los Laboratorios Silesia y Andrómaco S.A. con una multa de 66 millones de pesos (más de 92,000 dólares de EEUU). Sin embargo, se considera, en primer lugar, que se trata de una suma sumamente baja, teniendo en cuenta el daño que se causó a las mujeres y, en segundo lugar, se enfatiza que dicha multa no está destinada a la reparación y resarcimientos de los daños a las mujeres que se han visto afectadas por esta situación. En efecto, el Estado chileno continúa sin ofrecer a las mujeres afectadas medidas de reparación o alguna alternativa económica proporcional al daño que se les ha causado, que las apoye en la realización de sus proyectos de vida.

270 mujeres afectadas por los lotes de pastillas anticonceptivas con problemas de composición se acercaron a una organización no gubernamental buscando asistencia legal, psicológica y social. Entre ellas, 269 quedaron embarazadas de manera no deseada o planificada. 84 de las víctimas de embarazos no planificados solicitaron presentar una denuncia específica. Las víctimas son:

[redacted]

[redacted]

Las víctimas se vieron forzadas a asumir un embarazo no deseado o que no estaba planificado, lo cual ha resultado en formas adicionales de discriminación contra estas mujeres, incluyendo: verse obligadas a enfrentarse a situaciones de angustia, depresión, y dolor físico; verse obligadas a renunciar a sus estudios; ser despedidas de sus trabajos o en riesgo de perder sus trabajos y empeorar su situación socio-económica (para muchas ya precaria) teniendo algunas a cargo varios hijos/as o parientes enfermos dependientes.

La circulación de pastillas anticonceptivas defectuosas ha puesto a las mujeres y adolescentes en edad fértil en Chile en un grave riesgo de violación de sus derechos humanos, y a violaciones ya concretadas, al estar expuestas a embarazos no deseados o planificados, y a que en esas circunstancias se enfrenten a barreras para acceder al aborto legal que está permitido en situaciones muy limitadas (véase sección siguiente).

Por lo menos tres de las víctimas, [redacted], [redacted] y [redacted] han solicitado, de manera infructuosa, acceder a la interrupción voluntaria del embarazo por causal riesgo de vida, por cuanto se trata de embarazos no deseados producto de la negligencia del Estado que ponen en riesgo la salud física y mental de las mujeres y también violan sus derechos a la igualdad, la dignidad y la autonomía, así como sus derechos económicos y sociales.

Debido a la negativa para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, una organización no gubernamental (ONG) interpuso un recurso de protección para que se garantice el acceso a la IVE a [redacted] en vista del riesgo para su vida dados sus intentos de suicidio desde el anuncio de su embarazo. En una ocasión anterior, la ONG interpuso este mismo recurso solicitando el acceso a

la IVE sin ningún resultado positivo, sino, por el contrario, con una respuesta negativa y dilatada indebidamente en tiempo, pues la resolución judicial tardó 16 semanas hasta la sentencia final. A la fecha, la Corte de Apelaciones aún no ha emitido una decisión a favor de la interrupción del embarazo, en aplicación de la causal riesgo de vida de la mujer despenalizada en virtud de la Ley 21.030. La víctima está a pocos días del parto. A estas alturas de su embarazo, independientemente de la decisión de las autoridades, ya no se podrá realizar un aborto.

Esta situación grave de violación sistemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas se sustenta en un problema fundamental relacionado con el acceso a la justicia para la protección del derecho a la salud, de acuerdo con el ordenamiento jurídico chileno y normas internacionales de derechos humanos.

Barreras en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

La Ley 21.030 (Ley IVE), promulgada en Chile en septiembre de 2017, modificó el Código Penal y el Código Sanitario con el propósito de garantizar el acceso a la IVE en las siguientes causales: 1) cuando la vida de la mujer se encuentra en riesgo; 2) cuando el feto tenga malformaciones incompatibles con la vida extrauterina; y 3) cuando el embarazo sea producto de violación sexual.

Sin embargo, desde la promulgación de la Ley y hasta la fecha, las mujeres y adolescentes en Chile continúan enfrentando diversas barreras en la práctica, para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Algunas de estas barreras, a su vez, se acentuaron en Chile debido a la situación sociopolítica del país a finales de 2019 y, actualmente, se han agravado aún más debido a la pandemia del COVID-19. Una de las principales barreras para acceder a la IVE en Chile ha sido la objeción de conciencia. Según lo regulado en la Ley 21.030, la objeción de conciencia puede realizarse en relación con cada una de las causales, y también puede ser tanto personal como institucional. La objeción de conciencia institucional únicamente puede ser alegada por establecimientos de salud privados, mientras que la objeción de conciencia individual debe ser comunicada de forma previa y escrita al director del establecimiento de salud, y de conformidad con la Ley 21.030, en casos en que la interrupción es impostergable para proteger la vida de la mujer (causal 1) el médico objetor debe realizar la IVE si no hay otro médico disponible. Sin embargo, en la práctica ocurre que, por ejemplo, instituciones públicas de salud cuentan con personal que es objetor de conciencia de forma individual en un 100% por lo que, en términos prácticos, las mujeres no tienen acceso real a la IVE en varios establecimientos de salud. Por otra parte, la información recopilada por una ONG muestra que también hay un alto número de objeciones de conciencia institucional. Por ejemplo, existe un total de 16 establecimientos de salud que son objetores para todas las causales, a saber: 10 establecimientos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1 de UC Christus Servicios Clínicos SpA, 1 de la Fundación Hospital Parroquial de San Bernardo, 1 de la Corporación Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día, y 3 de la Universidad de Los Andes.

Adicionalmente, según la información recibida, en relación con la objeción de conciencia individual en hospitales públicos, entre un 12% y un 26% del personal contratado para servicios ginecológicos es objetor de conciencia. Además, dentro de la totalidad del personal médico, incluyendo técnicos paramédicos, profesionales no médicos, anestesistas y médicos, las tasas de objeción de conciencia de los médicos son las más altas, siendo 20,73% para la causal 1 (riesgo para la vida de la mujer), 28,57% para la causal 2 (malformación incompatible con la vida) y 50,52% para la causal 3 (violación sexual). Específicamente, para esta última causal, son objetores 46% de médicos gineco-obstetras, 22% de los anestesistas, 21% de los profesionales no médicos y 12% de los médicos. Lo anterior muestra que la situación de mujeres víctimas de violación sexual es sumamente preocupante, ya que un alto porcentaje de profesionales médicos se niega a practicar la IVE por esta causal. Si bien la objeción es una barrera para todas las causales, en el caso de la violencia sexual es aún más aguda.

Existen barreras adicionales en el acceso a la IVE para las víctimas de violencia sexual, que afectan particularmente a las niñas. De acuerdo a la normativa vigente en Chile, en menores de 14 años cualquier acto sexual siempre es considerado violación, por tanto, las niñas menores de 14 años de edad tienen derecho a acceder a la IVE automáticamente y en esos términos está redactado en la Guía Técnica Nº 197 sobre acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las 3 causales que regula la Ley 21.030. Sin embargo, en el 2019, según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas, ingresaron 649 niñas entre 10 a 13 años a programas de atención prenatal, mientras que solo 27 niñas menores de 14 años pudieron constituir causal por violación en el mismo período. Sumado a lo anterior, la Ley 21.030 creó una institución jurídica, denominada Autorización Judicial Sustitutiva, para que, en casos graves y urgentes, por vulneración de los derechos de las niñas ante la denegación del acceso al aborto legal por parte de sus representantes legales, pudiera el Tribunal de Familia autorizar la prestación médica en un plazo de 48 horas. Sin embargo, hasta el mes de marzo del año 2020, según cifras del Poder Judicial Chileno, solo han sido solicitadas 5 autorizaciones judiciales sustitutivas, de las cuales 3 fueron denegadas y 2 no fueron admitidas a tramitación. Así, el alto número de niñas víctimas de violación sexual y el bajo número de abortos legales, puede estar indicando una falta de acceso a la información sobre sus opciones, u otras barreras de acceso por la objeción de conciencia o los procedimientos de autorización judicial.

En el contexto de la pandemia, estas dificultades de acceso al aborto seguro y legal se agravaron, en un contexto de incremento de violencia de género debido a las medidas de aislamiento implementadas por las autoridades. En efecto, si bien a la fecha no se dispone de datos estadísticos oficiales, las cifras parciales disponibles evidencian la creciente demanda por atender situaciones de la violencia contra las mujeres y las niñas. De acuerdo con las cifras parciales, entre marzo y abril de 2020, los llamados a la línea de orientación telefónica en violencia de género incrementaron en un 80%, registrándose un aumento de 8.130 a 14.759 según datos oficiales. Por otra parte, las llamadas al Fono Familia de Carabineros también presentaron un aumento, de 119% entre marzo y abril de 2020, de las cuales el 50% correspondió a casos de violencia intrafamiliar.

De acuerdo con lo anterior, parece evidente que la violación sexual como una de las manifestaciones de la violencia de género puede tender a incrementar, y que las mujeres que busquen acceder a la IVE por esta causal se verán enfrentadas a varias barreras, inclusa la objeción de conciencia.

Por otra parte, una barrera adicional a la cual se enfrentan las mujeres en Chile para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo es la prohibición expresa de realizar publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, establecida en el artículo 119.4 de la Ley IVE. Esta prohibición, que se traduce en la obstaculización de proveer información a las mujeres sobre distintos aspectos relacionados con el acceso a la IVE, constituye una restricción que termina por impedir, en la práctica, el acceso real de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva. Esta situación se ve agravada en el contexto actual debido a las restricciones de movilidad y a las medidas tomadas por el gobierno para mitigar los efectos de la pandemia. Si no es posible proveer información a las mujeres sobre la forma, los lugares, o los servicios para acceder a la IVE, es imposible que en la práctica se logre acceder al servicio. En conclusión, se puede afirmar que, actualmente, no es posible el acceso real y efectivo al aborto legal y seguro, ya que la información sobre cómo acceder al derecho a la IVE no es pública ni está disponible por la prohibición legal existente.

Limitaciones sistémicas al acceso a anticonceptivos

Según la información recibida, también existen en el país problemas sistémicos en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos El estallido social de octubre de 2019 y el estado de emergencia vigente ese mes impactaron las prestaciones de servicios de salud y se evidenciaron barreras adicionales para el acceso a productos y servicios de salud sexual y reproductiva. Durante el mes de octubre de 2019, se comenzó a reportar en el Estado de Chile una preocupante escasez de suministros médicos en materia de salud sexual y reproductiva, como consecuencia de la situación sociopolítica. En efecto, el 14 de noviembre de 2019 el Ministerio de Salud decretó Alerta Sanitaria en seis regiones del país, incluyendo Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Maule, Metropolitana y Araucanía, y en las provincias de Concepción en la región de Biobío y de Llanquihue en Los Lagos. Dicha escasez de suministros incluyó métodos barrera como condones y pastillas anticonceptivas, y también de mifepristona y misoprostol para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

La compleja situación en materia de acceso a la IVE en Chile, así como la escasez de productos anticonceptivos efectivos se ha visto aún más impactada en el último año por motivos del COVID-19. Según encuestas realizadas por una ONG, la principal dificultad de acceso se debió a la falta de stock de medicamentos y productos, seguida por dificultad de acceso debido a que el lugar elegido no se encuentra prestando servicios y, finalmente, una tercera dificultad consistió en el aumento al precio de los anticonceptivos. Además, de acuerdo con una solicitud de información realizada por una ONG el 1 de abril de 2020, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) informó el 20 de mayo de 2020 que desde el mes de abril

no se habían distribuido anticonceptivos orales combinados ni anticonceptivos orales de progestina sola. Además, los 140 establecimientos respecto de los cuales el CENABAST reportó información, no recibieron anticonceptivos orales durante el mes de mayo. La escasez de suministros incluyó los medicamentos de misoprostol y mifepristona para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, como se indicó anteriormente. El 1 de abril de 2020 una ONG solicitó al CENABAST y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales información sobre el stock de Misotrol, mifepristona y anticonceptivos disponible en los servicios de salud hasta marzo, así como su distribución programada de enero a diciembre. El 20 de mayo el CENABAST informó que el Misotrol no se había distribuido en los servicios de salud del país desde el mes de marzo, lo que quiere decir que 71 establecimientos no habían recibido Misotrol -medicamento esencial para proveer un servicio que está garantizado por ley- en abril y mayo.

Por otra parte, sobre el stock de mifepristona, también medicamento esencial para la interrupción voluntaria del embarazo y el cual debe estar asegurado aún en contextos de crisis sanitaria, las organizaciones de la sociedad civil recibieron del CENABAST únicamente una respuesta parcial donde no se especifican las cantidades solicitadas, las cantidades entregadas o las fechas de distribución. En consecuencia, no es posible confirmar que los establecimientos de salud cuenten con las cantidades mínimas para ejecutar el procedimiento.

La última encuesta realizada por una ONG en junio de 2020, muestra que 45% de las encuestadas respondieron haber tenido alguna dificultad para acceder a algún servicio de salud sexual y reproductiva. La principal dificultad observada es el acceso a los métodos anticonceptivos, alcanzando un 74% de las respuestas. La principal razón de esa dificultad es que no se está prestando el servicio (41%) y en segundo lugar la falta de stock (39%). Es importante también destacar que un 38% no pudo acceder a métodos anticonceptivos porque éstos subieron de precio. Un 56% de las personas que tuvieron problemas para acceder a estos métodos, finalmente no pudieron acceder a ellos. Además, un 23,5% de las personas declaró no haber podido acceder a preservativos, principalmente por no querer acudir a los servicios de salud o por temor al contagio de COVID-19 (48%) y, además, porque éstos no se estaban entregando (38%). Es importante visibilizar que un 57% de las personas que tuvo este problema, declararon no haberlo podido resolver.

Sin querer prejuzgar la exactitud de la información recibida, quisiéramos expresar nuestra profunda preocupación en cuanto a la respuesta insuficiente por parte del Estado chileno para mitigar las barreras y deficiencias en materia de acceso a salud sexual y reproductiva y la negligencia en la manera de abordar las situaciones de riesgo a las que se enfrentan las mujeres. Nos preocupan particularmente las barreras considerables en el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de aborto, en contravención de las obligaciones internacionales del Estado chileno.

Quisiéramos reiterar la importancia de garantizar la calidad y eficacia de las pastillas anticonceptivas, a través de un exigente control de calidad de estas y, además, a través de una adecuada fiscalización de los laboratorios a cargo de su producción en caso de irregularidades. Es fundamental que el Estado garantice sistemáticamente y

bajo cualquier circunstancia el acceso a servicios y productos de salud sexual y reproductiva. El Estado también debe tomar medidas para erradicar las barreras considerables a la interrupción legal del embarazo en Chile, en aplicación de todas las causales previstas por la Ley 21.030. La IVE es un servicio de salud esencial y urgente en términos generales y, especialmente, para aquellas mujeres que se han visto afectadas por los hechos relatados en la presente comunicación.

Exhortamos al Estado a tomar todas las medidas necesarias para garantizar el acceso al aborto sin barreras de aquellas mujeres que decidan acceder a él derivado de una situación debida a la negligencia del Estado y a la acción de los laboratorios en la distribución de pastillas anticonceptivas defectuosas. Incitamos igualmente al Estado a acompañar las maternidades no planeadas a través de ayudas económicas para la crianza de los hijos e hijas derivadas de esta situación, de medidas de inclusión social, de empleo y de reinserción en el sistema educativo (para aquellas niñas y mujeres que paralizaron sus estudios a causa de estos embarazos) y de acceso a servicios médicos de calidad para ellas y sus hijos e hijas. Todo ello con el fin de que puedan cumplir con sus proyectos de vida, los cuales fueron impactados significativamente por los embarazos no deseados o planificados.

Insistimos también en la necesidad de levantar la prohibición de difusión de información sobre el acceso a la IVE que impide, en la práctica, el acceso real de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva. La situación expuesta en esta comunicación demuestra, una vez más, que los métodos anticonceptivos no son fiables a 100% y por consecuencia, con base en las buenas prácticas de otros países, inclusos países de la región latinoamericana y tal como lo recomendó el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y niñas, el Estado debería garantizar acceso a servicios de aborto durante el primer trimestre del embarazo, sin restricción alguna y más allá en casos de riesgo para la salud y la vida de las mujeres, en caso de malformación grave del feto y en casos de violación o incesto. Por otra parte, los hechos expuestos también demuestran que las legislaciones sobre el acceso al aborto limitadas a causales particulares, en la práctica, impiden el acceso a aborto, incluso dentro del marco legal establecido.

En relación con las alegaciones arriba mencionadas, sírvase encontrar adjunto el **Anexo de referencias al derecho internacional de los derechos humanos** el cual resume los instrumentos y principios internacionales pertinentes.

Es nuestra responsabilidad, de acuerdo con los mandatos que nos han sido otorgados por el Consejo de Derechos Humanos, intentar clarificar las alegaciones llevadas a nuestra atención. En este sentido, estaríamos muy agradecidos/as de tener su cooperación y sus observaciones sobre los asuntos siguientes:

1. Sírvase proporcionar cualquier información o comentario adicional en relación con las alegaciones mencionadas arriba.

2. Por favor, facilite detalles sobre el proceso de investigación relativo a las pastillas anticonceptivas que estaban siendo entregadas y comercializadas, y que podían tener defectos de composición.

3. Por favor, sírvase proporcionar información sobre la fecha exacta en la que las autoridades sanitarias recibieron las primeras notificaciones de pastillas defectuosas y las medidas iniciales que tomaron frente a la posibilidad de que existieran pastillas anticonceptivas con defectos de composición en el mercado.

4. Por favor, sírvase compartir información sobre los estudios de estabilidad realizados para el expendio de los anticonceptivos, incluyendo cuál es el proceso, las autoridades encargadas de fiscalizarlo y las normas que deben cumplirse para que la calidad de los medicamentos sea garantizada.

5. Sírvase proporcionar información sobre cualquier medida que el Gobierno de Chile haya adoptado, o esté considerando adoptar, incluyendo políticas, legislación y reglamentos para proteger contra las violaciones de los derechos humanos por parte de las empresas en su territorio y/o jurisdicción, y para garantizar que las empresas lleven a cabo una debida diligencia en materia de derechos humanos para identificar, prevenir, mitigar y rendir cuentas de cómo abordan sus impactos sobre los derechos humanos a lo largo de sus operaciones, tal como se establece en los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre las Empresas y los Derechos Humanos

6. Por favor, proporcione información sobre: (i) bajo cuáles criterios se han adjudicado las licitaciones públicas a los laboratorios que proveen las pastillas anticonceptivas ofrecidas en los servicios públicos, a saber, Laboratorios Silesia; (ii) cómo se realiza el control de calidad de las pastillas anticonceptivas que son liberadas para consumo, ya sea a través de servicios públicos de salud o comercialización en farmacias; y (iii) información sobre la ruta de distribución de los anticonceptivos defectuosos que fueron entregados por el Ministerio de Salud, para poder medir el impacto en embarazos de forma previa y posterior a la distribución.

7. Sírvase proporcionar información sobre cualquier medida adoptada por el Gobierno de su Excelencia para garantizar que las víctimas afectadas tengan acceso a mecanismos de reparación eficaces, adecuados y oportunos por los abusos de los derechos humanos relacionados con actividades empresariales. En particular, por favor, sírvase proporcionar información sobre las intenciones del Estado de asegurar las reparaciones correspondientes a las víctimas y proporcionar el apoyo económico y psicosocial necesario para que las mujeres víctimas de embarazos y nacimientos no planificados debidos a la negligencia del Estado y a la acción de los laboratorios, puedan ver atendidas sus necesidades socio-económicas, las de sus hijos e hijas y cumplir con sus proyectos de vida. Indique por favor también sus intenciones de incluir todos los mecanismos de reparación aplicables, la compensación, la satisfacción, la rehabilitación y las garantías de no-repetición.

8. Por favor, indique si el Gobierno tiene intención de revisar la ley sobre el acceso legal a la interrupción del embarazo con base en las buenas prácticas de otros países, inclusos países de la región y a las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y niñas, dado que el marco legal actual limitado a causales interpretadas de manera muy estricta impide en la práctica el acceso a servicios de aborto.

Le estaríamos muy agradecidos si esta carta pudiese ser transmitida al Ministerio de Salud a la Subsecretaría de Salud Pública y al Centro Nacional de Abastecimiento (CENABAST).

Esta comunicación y toda respuesta recibida del Gobierno de su Excelencia se harán públicas a través del sitio web de comunicaciones en un plazo de 60 días. También estarán disponibles posteriormente en el informe que se presentará al Consejo de Derechos Humanos.

A la espera de su respuesta, quisiéramos instar al Gobierno de su Excelencia a que adopte todas las medidas necesarias para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas en Chile, en particular el derecho a acceder a métodos anticonceptivos de calidad y a servicios de aborto de conformidad con los compromisos internacionales del Estado chileno. Quisiéramos asimismo instarle a que tome las medidas efectivas para evitar que tales hechos se repitan.

El Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas queda a disposición de las autoridades chilenas para cualquier asistencia técnica que pueda ser de utilidad en este asunto.

Podremos expresar públicamente nuestras preocupaciones en un futuro cercano, ya que consideramos que las informaciones recibidas son suficientemente fiables para indicar que existe un asunto que justifica una atención inmediata. Además, consideramos que la opinión pública tiene que ser informada sobre las implicaciones potenciales relacionadas con las alegaciones arriba mencionadas. El comunicado de prensa indicará que hemos estado en contacto con el Gobierno de Su Excelencia para aclarar las cuestiones relevantes.

Le informamos de que también se enviará una carta sobre este asunto a los Gobiernos de Alemania, Brasil, China y Estados Unidos y a las empresas relacionadas con las citadas denuncias.

Acepte, Excelencia, la expresión de nuestra más distinguida consideración.

Elizabeth Broderick
Presidenta-Relatora del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas

Dante Pesce
Presidente-Relator del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas

Tlaleng Mofokeng
Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Anexo

Referencias al derecho internacional de los derechos humanos

En relación con las alegaciones, recordamos que la penalización del aborto y la falta de acceso adecuado a los servicios para la interrupción de un embarazo no planeado constituyen discriminación basada en el sexo, en contravención del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ratificado por Chile en 1972.

Quisiéramos recalcar que los derechos humanos fundamentales de las mujeres y niñas en Chile incluyen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva que está consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) ratificado por Chile en 1972. Esto comprende la obligación de todos los Estados Parte a garantizar que se tomen medidas para asegurar que los servicios de salud sean accesibles para toda/os, especialmente para los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General No. 14 destacó que el derecho a la salud entraña libertades. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales (párrafo 8).

Además, el Comité en su Observación General N º 14 sostuvo que la disposición para la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños, como se especifica en el artículo 12.2 (a) del PIDESC, se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información. El Comité destacó, además, la situación de las mujeres y el derecho a la salud, al señalar la necesidad de desarrollar y aplicar una estrategia nacional integral para promover el derecho de las mujeres a la salud a lo largo de toda su vida. Esta estrategia debe incluir, entre otras cosas, políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. El Comité afirmó además que el ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva.

Tal como lo recalca el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General No. 22, los establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todas las personas y grupos sin discriminación ni obstáculos.

Asimismo, hacemos referencia a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), ratificada por Chile en 1989 cuyo artículo 2 condena todas las formas de discriminación

contra la mujer, cuyo artículo 12 se refiere a las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la salud, incluido lo relacionado con la planificación familiar, y cuyo artículo 16 (1) se refiere a los derechos de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

En su Recomendación General 24, el Comité CEDAW afirma que "la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria" (párr. 11) y que "la obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de imponer trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud" (párr. 14).

El Comité CEDAW, en su Comentario General No. 35 sobre la violencia de género contra la mujer, ha reconocido que violaciones al derecho a la salud así como a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son formas de violencia de género que pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante (párrafo 18), y ha identificado las normas sociales que subyacen a la criminalización del aborto, como aquellas que imponen roles de género o castigan lo que se considera un comportamiento femenino inaceptable, como una de las causas de la violencia de género (párrafo 19).

El Comité CEDAW, en sus recomendaciones generales No. 19 (1992) y No. 35 (2017) ya citada, define la violencia de género contra la mujer como aquella que menoscaba o anula el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mujer, y constituye una discriminación en el sentido del artículo 1 de la CEDAW, tanto si es perpetrada por un funcionario del Estado como por un ciudadano particular, en la vida pública o privada. Por lo tanto, el Comité considera que los Estados Partes tienen la obligación de actuar con la debida diligencia para investigar todos los delitos y proporcionar una indemnización adecuada sin demora. En la recomendación general No. 19, el Comité establece las medidas punitivas, rehabilitadoras, preventivas y de protección específicas que los Estados deben introducir para cumplir con esta obligación; en el párrafo 9, aclara que "en virtud del derecho internacional general y de pactos específicos de derechos humanos, los Estados también pueden ser responsables de actos privados si no actúan con la debida diligencia para prevenir las violaciones de los derechos o para investigar y castigar los actos de violencia, y para proporcionar una indemnización". La recomendación general No. 33 sobre acceso a la justicia de las mujeres (2015) y la recomendación general No. 35 (2017) sobre la violencia de género contra la mujer, que actualiza la recomendación general No. 19, subraya que los Estados Partes deben contar con un marco jurídico y de servicios jurídicos efectivo y accesible para hacer frente a todas las formas de violencia por razón de género contra la mujer. Deben proteger a las víctimas y supervivientes de la violencia por razón de género contra la mujer y velar por que tengan acceso a la justicia y a una reparación efectiva. Esa reparación debería incluir diversas medidas, tales como la restitución, indemnización monetaria, la prestación de servicios jurídicos, sociales y de salud, la rehabilitación y la satisfacción y garantías de no repetición. Tales reparaciones deben ser adecuadas, atribuidas con prontitud, holísticas y proporcionales a la gravedad del daño sufrido (párrafo 19 de la recomendación general No. 33 y párrafos 22 y 33,a de la recomendación general No. 35). Las acciones judiciales, medidas de protección y de apoyo y servicios para las víctimas deberían ser accesibles para todas las mujeres, en

especial para las afectadas por las formas interrelacionadas de discriminación y estar disponibles en todo el Estado parte.

De forma similar, a nivel del continente americano, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará" (ratificada por su Gobierno en 1996), establece en su artículo 7, a. y b. que los Estados Partes deben adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, entre otras, a través de abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, así como también al actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.

En sus observaciones finales del 2018 el Comité CEDAW recomendó al Estado chileno que amplíe el ámbito de aplicación de la Ley núm. 21.030 para despenalizar el aborto en todos los casos; aplique requisitos estrictos de justificación para impedir el uso general de la objeción de conciencia por los médicos que se niegan a practicar abortos, en particular en los casos de embarazos de adolescentes, y vele por que esas medidas se apliquen también al personal médico de las clínicas privadas; vele por que las mujeres, incluidas las niñas y las adolescentes menores de 18 años, tengan acceso al aborto en condiciones seguras y a servicios de atención posterior al aborto y por que los servicios sanitarios presten apoyo psicológico a las niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de violencia sexual; procure que los métodos anticonceptivos modernos sean asequibles y estén a disposición de todas las mujeres y las niñas, en particular en las zonas rurales o remotas (CEDAW/C/CHL/CO/7).

En su Recomendación General No. 20, el Comité sobre los Derechos del Niño instó a los Estados a que despenalicen el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo, así como a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto. En 2015, el Comité sobre los Derechos del Niño recomendó a Chile que despenalice el aborto, revise sus leyes para garantizar el interés superior de las adolescentes embarazadas y asegure, en la ley y en la práctica, el acceso de las niñas a abortos en condiciones de seguridad y a servicios de atención después del aborto, y que las opiniones de las niñas se escuchen y se tengan siempre en cuenta en las decisiones relativas a los abortos (CRC/C/CHL/CO/4-5).

En su informe al Consejo de Derechos Humanos sobre la salud y la seguridad de las mujeres (A/HRC/32/44, párrafos 79-80), el Grupo de Trabajo enfatizó que penalizar la interrupción del embarazo instrumentaliza los cuerpos de las mujeres, niega su autonomía y pone en peligro sus vidas y su salud. El tratamiento del aborto como una cuestión penal a menudo produce consecuencias colaterales dañinas así como la estigmatización de la mujer lo que a su vez produce más discriminación y abuso. Además, la prohibición del aborto causa aún más daño a las mujeres económicamente desfavorecidas, cuyos recursos limitados incrementan sus posibilidades de embarazos no deseados, les impiden acceder a cualquier método de aborto seguro ni a buscar tratamiento por complicaciones que puedan sobrevenir lo que a su vez las pone en más riesgo de ser procesadas criminalmente. En relación a la objeción de conciencia por

parte de proveedores de servicios de salud, el Grupo de Trabajo considera que su deficiente regulación constituye un obstáculo para el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva. En los casos en los que la normativa interna permite la objeción de conciencia, el Estado tiene la obligación de velar por que no se limite el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva y por que la objeción sea una práctica personal y no institucional.

Tal como lo enfatizó el Grupo de Trabajo en su documento de posición sobre *Autonomía, igualdad y salud reproductiva de las mujeres en los derechos humanos internacionales: entre el reconocimiento, reacciones adversas y las tendencias regresivas*, es en un contexto de creciente fundamentalismo y reacciones adversas contra los derechos humanos de las mujeres que se está dando el discurso actual sobre la interrupción del embarazo a nivel nacional, regional e internacional. Quisiéramos recordar que los derechos humanos de las mujeres incluyen los derechos a la igualdad, la dignidad, la autonomía, la información, la integridad física y el respeto a la vida privada y al más alto estándar posible de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, sin discriminación; así como el derecho a no sufrir tortura ni tratos crueles, inhumanos y degradantes.

El derecho de una mujer o niña a tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y sus funciones reproductivas se encuentra en el centro mismo de su derecho fundamental a la igualdad y la privacidad, con respecto a cuestiones íntimas de integridad física y psicológica. La igualdad en la salud reproductiva incluye el acceso, sin discriminación, a anticonceptivos económicamente accesibles y de calidad, incluida la anticoncepción de emergencia. Los países donde las mujeres tienen derecho a la interrupción del embarazo y se les proporciona acceso a la información y a todos los métodos anticonceptivos, tienen las tasas más bajas de interrupción del embarazo. Desafortunadamente, según la OMS, se estima que 225 millones de mujeres se ven privadas de acceso a anticonceptivos modernos esenciales. La decisión de continuar o interrumpir un embarazo es fundamental y principalmente decisión de la mujer, ya que puede determinar toda su vida personal y familiar futura y tiene un impacto crucial en el goce de las mujeres a otros derechos humanos. En consecuencia, y siguiendo las buenas prácticas de muchos países, el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas ha llamado a que se permita a las mujeres interrumpir un embarazo de forma voluntaria durante el primer trimestre y más aún en casos de violación, embarazo infantil y adolescente y riesgo para la salud o vida de la mujer (ver A/HRC/32/44 y también el informe del Grupo sobre su visita oficial a Chile (A/HRC/29/40/Add.1)).

Además, el derecho a la igualdad en el más alto estándar posible de atención médica y el derecho a la no discriminación en el acceso a los servicios de cuidado de la salud, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar, requieren una protección específica. Consecuentemente, tanto el Comité de la CEDAW como el WGDAW determinaron que el derecho a la interrupción del embarazo de forma segura es un derecho de igualdad para las mujeres. La OMS ha demostrado que, en países donde la interrupción voluntaria del embarazo está restringida por la ley y/o no está permitida, la interrupción del embarazo de forma segura es un privilegio de las personas con mayores recursos económicos, mientras que aquéllas con recursos limitados no tienen más remedio que recurrir a prácticas inseguras. Según un nuevo estudio, 25 millones (o el 45%) de todos los abortos que ocurrieron cada año en todo el

mundo entre 2010 y 2014, se realizaron de forma insegura. La evidencia muestra que en países donde el aborto está completamente prohibido o se permite sólo para salvar la vida de la mujer o su salud física, únicamente 1 de cada 4 abortos fueron seguros, mientras que en países donde el aborto es legal por más causales, casi 9 de cada 10 abortos fueron seguros (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/abortion-safety-estimates/en/). Un artículo publicado anteriormente mostró que estos abortos inseguros ocasionaron 47,000 muertes al año, y que no hay evidencia de que las leyes restrictivas reduzcan la tasa de incidencia de abortos. Esto resulta en una discriminación severa contra las mujeres económicamente desfavorecidas (https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year).

Tal como lo enfatizó el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas, en el discurso actual, es necesario colocar los derechos humanos de las mujeres en el centro de las consideraciones de políticas sobre la interrupción del embarazo. Entre 1950 y 1985, casi todos los países democráticos liberalizaron sus leyes sobre el aborto por motivos de derechos humanos de las mujeres, incluida la igualdad, la salud y la seguridad. De gran importancia resulta que una Corte Constitucional de la región Latinoamericana, al basar su decisión en el derecho de las mujeres a la salud, la vida y la igualdad, determinó que el derecho legal a la vida se limita a los seres humanos nacidos y estableció la distinción entre el valor de la vida, incluida la vida fetal, y un derecho legal a la vida (https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-988-07.htm)

La penalización de la interrupción del embarazo impide a los funcionarios de salud de llevar a cabo una interrupción segura del embarazo, incluso cuando es legal, lo que aumenta el número de mujeres que buscan soluciones clandestinas e inseguras: En última instancia, la criminalización causa un daño grave a la salud y los derechos humanos de las mujeres al estigmatizar un procedimiento médico seguro y necesario. Quisiéramos llamar la atención sobre el hecho de que negar el acceso a la interrupción legal y segura del embarazo a mujeres cuya vida corre peligro si el embarazo continúa, es una forma de feminicidio.

La interrupción del embarazo debe ser realizada por proveedores de servicios médicos calificados y en un entorno seguro. Los datos de la OMS han demostrado claramente que la criminalización de la interrupción del embarazo no reduce el que las mujeres recurran al aborto. Por el contrario, es probable que aumente el número de mujeres que buscan soluciones clandestinas e inseguras. Los países donde las mujeres obtuvieron el derecho a la interrupción del embarazo en los años setenta u ochenta y tienen acceso a información y a todos los métodos anticonceptivos, tienen las tasas más bajas de interrupción del embarazo. En última instancia, la criminalización perjudica gravemente la salud y los derechos humanos de la mujer al estigmatizar un procedimiento médico seguro y necesario.

El Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas ha llamado a los Estados a que garanticen que el acceso al cuidado de la salud, incluida la salud reproductiva, sea autónomo, económicamente accesible y eficaz. Esto requiere una serie de medidas con respecto a la interrupción del embarazo: anular condicionamientos en la atención de la salud de mujeres y niñas sujetos a la autorización de terceros; impartir capacitación a profesionales de la salud, incluyendo en igualdad

de género y no discriminación, respeto de los derechos de las mujeres y trato digno; proporcionar cobertura no discriminatoria hacia las mujeres por parte de los seguros médicos, sin cargos adicionales para cubrir la salud reproductiva; incluir la anticoncepción de elección y la interrupción del embarazo en la atención médica universal o subvencionar la provisión de estos tratamientos y medicamentos para garantizar que sean accesibles; restringir la objeción de conciencia del proveedor directo de la intervención médica y permitir la objeción de conciencia sólo cuando se pueda encontrar una alternativa para que la paciente acceda al tratamiento dentro del tiempo necesario para la realización del procedimiento; ejercer el debido proceso para asegurar que los diversos actores y proveedores de salud corporativos e individuales que brindan servicios de salud o producen medicamentos lo hagan de manera no discriminatoria y establezcan pautas para la igualdad de trato de las pacientes en sus códigos de conducta; proporcionar educación sexual integral, inclusiva y apropiada para la edad basada en evidencia científica y derechos humanos, para niñas y niños, como parte de los programas escolares obligatorios. La educación en sexualidad debe prestar especial atención a la igualdad de género, la sexualidad, las relaciones, y la paternidad responsable y el comportamiento sexual para prevenir los embarazos en edad temprana (https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.aspx)

Quisiéramos reiterar que gran parte de la discriminación que enfrentan las mujeres en su derecho al acceso a los servicios de salud y la consecuente mala salud por causas prevenibles, incluida la mortalidad y morbilidad materna, puede atribuirse a la instrumentalización y politización de los cuerpos y la salud de las mujeres. Criminalizar la interrupción del embarazo, es una de las formas más perjudiciales de instrumentalizar y politizar los cuerpos y las vidas de las mujeres, sometiéndolas a riesgos para su vida o su salud, y privándolas de autonomía en la toma de decisiones.

En este contexto, también quisiéramos referirnos al informe del anterior Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/66/254), que reitera que la criminalización de servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres genera y perpetúa estigmas; restringe su capacidad para hacer pleno uso de los productos de salud sexual y reproductiva disponibles, servicios e información; niega su plena participación en la sociedad; dificulta su acceso a los servicios de salud; y afecta el empoderamiento de las mujeres. Por otra parte, la criminalización del aborto tiene un impacto negativo en la salud física y mental de las mujeres y puede aumentar la probabilidad de que mujeres recurran a abortos clandestinos.

A este respecto, nos gustaría subrayar que, como el anterior Relator Especial sobre el derecho a la salud ha señalado (A/HRC/32/32), las y los adolescentes de todo el mundo se enfrentan a discriminación y barreras para acceder a la información, servicios y productos necesarios para proteger su salud sexual y reproductiva, lo que resulta en violaciones de su derecho a la salud. Con el fin de lograr el objetivo de 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, los Estados deberían adoptar una política de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género y no discriminatoria para los y las adolescentes e integrarla en estrategias y programas nacionales.

Más específicamente, las y los adolescentes deben tener garantizado el acceso a información, servicios y bienes de salud sexual y reproductiva de forma confidencial y no discriminatoria que responda a sus necesidades, incluida la planificación familiar, métodos modernos de anticoncepción, asesoramiento, atención previa a la concepción, atención materna, infecciones de transmisión sexual, diagnóstico y tratamiento, y aborto seguro. Los servicios de salud sexual y reproductiva de los adolescentes deben ser acogedores y abiertos a las y los adolescentes, sin prejuicios, y garantizar la privacidad y confidencialidad.

En su informe al Consejo de Derechos Humanos sobre Reafirmación de la igualdad y lucha contra los retrocesos, el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas reiteró su compromiso con el principio de defensa de la libertad de religión o de creencias como derecho humano que debe protegerse, y lamentó los crecientes cuestionamientos de la igualdad de género en nombre de la religión. Se suma a otros mecanismos internacionales de derechos humanos reiterando que la libertad de religión o de creencias nunca debería aducirse para justificar la discriminación contra la mujer. En un momento en que el mundo debería avanzar incesantemente hacia una igualdad cada vez mayor y hacia la eliminación de la discriminación, los propios activistas que defienden los derechos de las mujeres se encuentran a menudo enfrentados a quienes recurren a justificaciones engañosas basadas en la tradición, la cultura, la religión o la soberanía estatal para impedir que las mujeres ocupen en condiciones de igualdad el lugar que les corresponde por derecho propio en la sociedad y la familia o que ejerzan pleno control sobre su cuerpo y su integridad personal. Pese al principio expuesto en la Declaración y el Programa de Acción de Viena en el sentido de que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí, el Grupo de Trabajo ha observado que agentes conservadores y grupos fundamentalistas se esfuerzan por minar las bases en que se funda el sistema de derechos humanos en su conjunto. Los derechos humanos de las mujeres son derechos fundamentales que no pueden subordinarse a consideraciones de orden cultural, religioso o político (véase A/HRC/38/46).

Por último, nos gustaría destacar que los Principios Rectores de la ONU sobre las empresas y los derechos humanos (A/HRC/17/31), recibieron un apoyo unánime por el Consejo de Derechos Humanos en junio de 2011, y son relevantes para el impacto de las actividades empresariales sobre los derechos humanos. Estos Principios Rectores se basan en el reconocimiento de:

"a. Las actuales obligaciones de los Estados de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos y las libertades fundamentales;

b. El papel de las empresas como órganos especializados de la sociedad que desempeñan funciones especializadas y que deben cumplir todas las leyes aplicables y respetar los derechos humanos;

c. La necesidad de que los derechos y obligaciones vayan acompañados de recursos adecuados y efectivos en caso de incumplimiento."

Según los Principios Rectores, los Estados deben proteger contra las violaciones de los derechos humanos cometidas en su territorio y/o su jurisdicción por terceros, incluidas las empresas.

La obligación de proteger, respetar y cumplir los derechos humanos, reconocida en el derecho convencional y consuetudinario, implica el deber del Estado no sólo de abstenerse de violar los derechos humanos, sino de ejercer la debida diligencia para prevenir y proteger a las personas de los abusos cometidos por agentes no estatales (véase, por ejemplo, Comité de Derechos Humanos, Observación General Nº 31, párrafo 8).

Es un principio reconocido que los Estados deben proteger contra los abusos de los derechos humanos cometidos por las empresas en su territorio. Como parte de su deber de protección contra los abusos de los derechos humanos relacionados con las empresas, los Estados "deben adoptar las medidas apropiadas para prevenir, investigar, castigar y reparar esos abusos mediante políticas adecuadas, actividades de reglamentación y sometimiento a la justicia" (Principio Rector 1). Esto requiere que los Estados "enuncien claramente que se espera de todas las empresas domiciliadas en su territorio y/o jurisdicción que respeten los derechos humanos en todas sus actividades" (Principio Rector 2). Además, los Estados deben "hacer cumplir las leyes que tengan por objeto o por efecto hacer respetar los derechos humanos a las empresas..." (Principio Rector 3). Los Principios Rectores también exigen a los Estados que garanticen a las víctimas el acceso a un recurso efectivo en los casos en que se produzcan impactos adversos sobre los derechos humanos relacionados con las actividades empresariales.

Además, el Principio 26 estipula que "los Estados deben adoptar las medidas apropiadas para asegurar la eficacia de los mecanismos judiciales nacionales cuando aborden las violaciones de derechos humanos relacionadas con empresas, en particular considerando la forma de limitar los obstáculos legales, prácticos y de otros tipos que puedan conducir a una denegación del acceso a los mecanismos de reparación".

Se puede considerar que los Estados han incumplido sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos cuando no adoptan las medidas adecuadas para prevenir, investigar y reparar las violaciones de los derechos humanos cometidas por agentes privados. Aunque los Estados tienen generalmente discreción para decidir estas medidas, deben considerar toda la gama de medidas preventivas y de reparación permisibles.