

**Consejo de Derechos Humanos****50º período de sesiones**

13 de junio a 8 de julio de 2022

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,  
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,  
incluido el derecho al desarrollo****La violencia y su impacto en el derecho a la salud****Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona  
al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental,  
Tlaleng Mofokeng***Resumen*

En el presente informe, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, aborda la cuestión de qué personas se incluyen en el concepto de víctimas de la violencia y se detiene específicamente en la violencia que sufren las mujeres, los niños y niñas y las personas no binarias, así como en la violencia sexual relacionada con los conflictos y la violencia estructural. Para ello adopta el enfoque de la igualdad sustantiva y analiza la violencia y su impacto en el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental desde un punto de vista intersecante, antirracista y anticolonialista.

Para tratar de acabar con la violencia y responder a ella, la Relatora Especial propone un enfoque intersecante, no discriminatorio y de género (no binario) que entiende la violencia de género como un fenómeno que incluye cuestiones relativas a la sexualidad y cuyas víctimas pueden ser atacadas a causa de su orientación sexual —real o supuesta—, su identidad de género y sus características sexuales. La Relatora Especial subraya que la adopción de un enfoque no binario del género y de la violencia de género está bien arraigada en el derecho internacional de los derechos humanos.

Además, aclara las obligaciones legales que se plantean en el marco del derecho a la salud al abordar la violencia y ofrece ejemplos de respuestas, centrándose en las buenas prácticas.



## Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción: adopción del enfoque de la igualdad sustantiva para tratar la violencia y su impacto en el derecho a la salud .....	3
II. Metodología .....	4
III. Marco jurídico.....	5
IV. El género y la violencia de género: un enfoque inclusivo (no binario) .....	8
V. Las diversas formas de violencia.....	9
A. Violencia de género basada en la orientación sexual —real o supuesta—, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales .....	9
B. Violencia de género contra las mujeres .....	12
C. Violencia contra los niños y niñas .....	14
D. Violencia sexual relacionada con los conflictos .....	16
E. Violencia estructural o institucionalizada .....	17
F. Violencia contra el personal sanitario .....	19
VI. Ejemplos y buenas prácticas de respuestas a la violencia desde el punto de vista de la salud .....	19
VII. Conclusiones y recomendaciones.....	21

## I. Introducción: adopción del enfoque de la igualdad sustantiva para tratar la violencia y su impacto en el derecho a la salud

1. La salud y la violencia pueden intersectarse de múltiples maneras. Por un lado, la violencia tiene importantes consecuencias para la salud: puede provocar lesiones o la muerte, enfermedades mentales y el suicidio, y un mayor riesgo de problemas de salud crónicos<sup>1</sup>, que a su vez dan lugar a necesidades de atención sanitaria para las personas sobrevivientes<sup>2</sup>. Por otro lado, la violencia está muy presente en los propios sistemas sanitarios; en los establecimientos médicos, puede ser perpetrada por las personas que prestan servicios de salud o contra ellas<sup>3</sup>. En general, la violencia a manos de agentes tanto estatales como no estatales puede enraizarse en las instituciones cuando las autoridades públicas no actúan con la diligencia necesaria y toman pocas o ninguna medida para impedirla o responder a ella de forma adecuada<sup>4</sup>.

2. Con el paso del tiempo, la situación de la salud en todo el mundo se ha modificado de manera espectacular y otro tanto ha ocurrido con el propio concepto de salud, que ha pasado a abarcar problemas socialmente relacionados como la violencia y los conflictos armados<sup>5</sup>. La violencia adopta diversas formas: por ejemplo, en el seno de las familias, la violencia de pareja sigue siendo omnipresente, y se intensificó con los confinamientos decretados a causa de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)<sup>6</sup>; los actos de brutalidad de agentes del Estado, incluida la policía, perduran tanto en las democracias como en las dictaduras<sup>7</sup>; y la discriminación de los grupos marginados llega con frecuencia a niveles de violencia<sup>8</sup>. En todo el mundo, las lesiones provocadas por la violencia matan a 1,25 millones de personas cada año<sup>9</sup>, pero las muertes y la carga de morbilidad no se distribuyen uniformemente entre los países ni dentro de ellos, ya que algunas personas son más vulnerables que otras en función de las condiciones en que nacen, crecen, viven y envejecen<sup>10</sup>. Por ejemplo, las personas con discapacidad sufren tres veces más violencia física, sexual y emocional que las personas sin discapacidad<sup>11</sup>.

3. La Relatora Especial, Tlaleng Mofokeng, ha adoptado el enfoque de la igualdad sustantiva. En este sentido, ha priorizado el análisis de la violencia y su impacto en el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental desde un punto de vista intersecante, antirracista y anticolonialista<sup>12</sup>.

4. La igualdad sustantiva, enfoque que subraya la necesidad de garantizar una verdadera igualdad de resultados, resulta inalcanzable cuando prevalece la violencia. Las diversas

<sup>1</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/attacks-on-health-care-in-the-context-of-covid-19>; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* (2016) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>.

<sup>4</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *V. R. P., V. P. C. y otros vs. Nicaragua*, sentencia (excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), 2018.

<sup>5</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 10.

<sup>6</sup> Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Issue-brief-COVID-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf>.

<sup>7</sup> Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), “UN experts call for an end to police brutality worldwide” (11 de agosto de 2021). Véase <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=27376&LangID=E>.

<sup>8</sup> ACNUDH, <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/GroupsInVulnerableSituations.aspx>.

<sup>9</sup> Véase <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>.

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-WEI\\_Guidelines\\_Disability\\_GBV\\_SRHR\\_FINAL\\_19-11-18\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-WEI_Guidelines_Disability_GBV_SRHR_FINAL_19-11-18_0.pdf).

<sup>12</sup> A/HRC/47/28, párr. 9.

formas de violencia, que van desde la interpersonal hasta la social y estructural, suelen tener su origen en formas intersecantes de discriminación, no solo por motivos de edad, raza, clase, etnia, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, características sexuales y discapacidad, sino también en las situaciones de vulnerabilidad: pobreza, estado de salud o migración, falta de vivienda y consumo de drogas, acogimiento en establecimientos residenciales o situaciones de conflicto o posconflicto. No surgen en el vacío, sino en los contextos de desigualdad y de formas múltiples de discriminación.

5. Para poner fin a la violencia y responder a ella aplicando el enfoque de la igualdad sustantiva al derecho a la salud, se debe adoptar un planteamiento intersecante, no discriminatorio y de género (no binario)<sup>13</sup>. Si se quiere dar una respuesta holística a la violencia se han de abordar las formas en que esta se manifiesta en diferentes contextos (conflictos, desplazamientos y similares), en distintos lugares (por ejemplo, urbanos o rurales) y en personas diferentes en cuanto a su edad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, características sexuales y capacidades. Para ello se debe examinar más a fondo la interrelación de esa respuesta holística con la raza, la etnia, la condición de minoría, la condición política, social, económica o de otro tipo y la experiencia de las personas sobrevivientes de formas múltiples e intersecantes de discriminación. Se trata de abordar la violencia contra la persona, teniendo en cuenta las situaciones de vulnerabilidad, discriminación y exclusión vinculadas a la pertenencia a determinados grupos, categorías o situaciones, y evitando las respuestas basadas en categorías que olvidan las diferencias e intersecciones intragrupalas.

6. Al aplicar el enfoque de la igualdad sustantiva al derecho a la salud para responder a la violencia se han de conocer y atacar las principales causas más comunes de la violencia arraigadas en el patriarcado, los sistemas de opresión, el racismo sistémico, las desigualdades y los enfoques binarios del género. También se han de identificar las secuelas del colonialismo y la colonialidad.

7. Si queremos hacer realidad el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental, se debe establecer como prioridad la adopción de enfoques de prevención y respuesta a la violencia que tengan en cuenta la pluralidad de las experiencias humanas. Para lograr la igualdad sustantiva, las leyes y prácticas que posibilitan la violencia han de ser derogadas y denunciadas.

## II. Metodología

8. El presente informe se basa en la información recibida sobre el impacto de la violencia en el derecho a la salud, en el análisis de las comunicaciones conjuntas enviadas sobre este asunto y en la bibliografía en la materia.

9. Desde que se creó el cargo en abril de 2002, los sucesivos Relatores Especiales sobre el derecho a la salud han enviado 1.168 comunicaciones conjuntas sobre presuntas violaciones del derecho a la salud, de las cuales 766 estaban relacionadas con la violencia. Desde que asumió el cargo en 2020, la Relatora Especial ha enviado 144 comunicaciones conjuntas a 76 países de todas las regiones en relación con diversas formas de violencia contra mujeres, niñas, hombres, niños y personas no binarias. Las comunicaciones se referían, entre otros, a casos de presuntas violaciones del derecho a la salud en relación con la violencia derivada de los conflictos, incluida la violencia sexual<sup>14</sup>, y en el contexto de la violencia ejercida por las fuerzas del orden y durante la privación de libertad (también contra personas con discapacidad y niños y niñas)<sup>15</sup>, así como a violaciones del derecho a la salud

<sup>13</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 18.

<sup>14</sup> Comunicaciones núms. OTH 80/2020, PAN 1/2020, SRB 4/2020, SYR 3/2020, TUR 16/2020, BLR 9/2021, CHE 4/2021, EGY 13/2021, ERI 4/2021, ETH 2/2021, LBY 3/2021, POL 5/2021, TUN 6/2021, TUN 8/2021, AUS 1/2022, AUT 1/2022, DEU 1/2022, FRA 1/2022, GBR 1/2022, SWE 1/2022 y USA 2/2022.

<sup>15</sup> Comunicaciones núms. AZE 1/2020, BGD 7/2020, BOL 4/2020, CHN 21/2020, COM 1/2020, EGY 15/2020, EGY 16/2020, EGY 18/2020, IRN 21/2020, ISR 6/2020, KHM 9/2020, MDG 3/2020, MEX 14/2020, OTH 66/2020, QAT 2/2020, RUS 5/2020, SAU 13/2020, TUR 23/2020,

sexual y reproductiva<sup>16</sup> y de discriminación y violencia de género por motivos de orientación sexual —real o supuesta— e identidad y expresión de género<sup>17</sup>.

10. Durante la preparación del presente informe, la Relatora Especial hizo un llamado a las partes interesadas para que le enviaran contribuciones por escrito. La Relatora Especial expresa su agradecimiento por todas las contribuciones que se hicieron al informe<sup>18</sup>.

### III. Marco jurídico

11. La violencia es un obstáculo importante para la efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, y puede violar, según el contexto, una serie de derechos humanos, como los derechos a la vida, a la salud, a no sufrir discriminación, a la igual protección de la ley, a no ser objeto de torturas ni de tratos crueles, inhumanos o degradantes, y a unas condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo.

12. Poner fin a todas las formas de violencia contra la persona es un compromiso global contraído por los Estados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible<sup>19</sup>. También guarda relación con obligaciones jurídicas dimanantes del derecho internacional general y de los tratados de derechos humanos pertinentes, en virtud de los cuales los Estados pueden ser responsables por actos u omisiones de violencia, como la violencia de género o la violencia contra los niños y niñas, ya sea porque agentes del Estado cometen esas formas de violencia o porque determinados actos u omisiones de agentes privados se atribuyen al Estado. Un Estado también puede incumplir sus obligaciones en materia de derechos humanos cuando no actúa con la diligencia necesaria para impedir las violaciones de derechos o para investigar y castigar los actos de violencia, o indemnizar a las víctimas<sup>20</sup>.

13. El derecho a la salud es una parte importante del sólido marco de derechos humanos establecido para prevenir la violencia y proteger a todas las personas de todas sus formas, así como garantizar la rendición de cuentas y la reparación.

14. Tal y como ha aclarado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud contiene importantes libertades, como el derecho a controlar y tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la salud sin violencia, coacción ni discriminación, así como derechos fundamentales, como el derecho a la igualdad de acceso a los establecimientos, bienes y servicios sanitarios sin discriminación por ningún motivo. El

---

USA 31/2020, VEN 11/2020, VEN 5/2020, VEN 7/2020, ARE 1/2021, BGD 2/2021, BHR 2/2021, BHR 4/2021, BHR 5/2021, CAN 8/2021, CHN 12/2021, CHN 4/2021, CHN 5/2021, COM 1/2021, CPV 2/2021, DZA 2/2021, EGY 10/2021, EGY 12/2021, EGY 14/2021, EGY 15/2021, EGY 5/2021, EGY 8/2021, ERI 3/2021, IND 10/2021, IND 11/2021, IRN 12/2021, IRN 13/2021, IRN 14/2021, IRN 16/2021, IRN 18/2021, IRN 2/2021, IRN 31/2021, ISR 2/2021, KEN 5/2021, KGZ 3/2021, KHM 9/2021, MAR 6/2021, MDG 1/2021, NGA 2/2021, NGA 5/2021, NIC 3/2021, OTH 190/2021, OTH 250/2021, OTH 6/2021, PAK 10/2021, PAK 4/2021, PER 5/2021, SAU 6/2021, SGP 3/2021, SOM 1/2021, TGO 4/2021, TUR 1/2021, TUR 13/2021, TUR 9/2021, UGA 5/2021, USA 17/2021, VNM 6/2021, IRN 1/2022, ISR 1/2022 y SGP 1/2022.

<sup>16</sup> Comunicaciones núms. ARG 4/2020, BRA 9/2020, KEN 4/2020, KOR 8/2020, OTH 87/2020, SOM 1/2020, USA 34/2020, BRA 12/2021, BRA 5/2021, CHL 4/2021, CHN 6/2021, COL 1/2021, DEU 5/2021, DOM 2/2021, ESP 6/2021, GTM 13/2021, ISR 6/2021, MEX 2/2021, OTH 194/2021, OTH 195/2021, OTH 196/2021, OTH 197/2021, OTH 198/2021, OTH 199/2021, USA 22/2021, USA 25/2021 y VEN 1/2021.

<sup>17</sup> Comunicaciones núms. HUN 3/2020, OTH 88/2020, OTH 89/2020, POL 1/2020, ROU 3/2020, TZA 4/2020, BGR 1/2021, GHA 3/2021, GTM 10/2021 y HUN 1/2021.

<sup>18</sup> Pueden consultarse las contribuciones recibidas en <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/calls-input/call-contributions-violence-and-its-impact-right-health>.

<sup>19</sup> Resolución 70/1 de la Asamblea General, metas 5.2, 5.3, 16.1 y 16.2.

<sup>20</sup> Véanse la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. Véase también Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 31 (2004), párr. 8; y la resolución 56/83 de la Asamblea General, sobre la responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos (anexo, arts. 4 y 8).

derecho a la salud abarca y es influido por los factores determinantes básicos de la salud, como el acceso a agua segura y potable y al saneamiento, así como por otros determinantes sociales de la salud, como la diferencia de género. También inciden en el derecho los problemas sociales, en particular la violencia y los conflictos armados<sup>21</sup>. Los factores determinantes mencionados afectan a todas las personas. Para muchas mujeres, niñas y personas LGBTIQ+<sup>22</sup>, las normas sociales y culturales basadas en el género actúan como otro determinante social de la salud que incide enormemente en su disfrute del derecho a la salud y de otros derechos humanos.

15. El Comité ha afirmado que el derecho a la salud abarca la protección efectiva frente a toda forma de violencia, tortura y discriminación contra todas las personas y frente a todas las expresiones de violencia basadas en el género. Se deben tomar también medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a todas las personas de las prácticas y normas nocivas y de la violencia de género que les denieguen el pleno disfrute de su salud sexual y reproductiva<sup>23</sup>.

16. Aunque la protección abarca todas las formas de violencia contra la persona, el Comité se ha referido expresamente a la obligación de proteger de la violencia a las personas en situación de vulnerabilidad o marginación, en particular a las mujeres, los niños y niñas, las personas adolescentes y las personas mayores, y a quienes realizan trabajo sexual<sup>24</sup>. En este sentido, el Comité ha reconocido la violencia que sufren las mujeres a lo largo de su vida (por ejemplo, cuando tratan de abortar o de recibir asistencia después de un aborto)<sup>25</sup>, durante los conflictos y cuando son víctimas de la trata y de la explotación sexual<sup>26</sup>, así como la violencia contra los niños y niñas (por ejemplo, las prácticas nocivas, la trata y la explotación sexual)<sup>27</sup>, las personas LGBTI (por ejemplo, la cirugía y los tratamientos irreversibles e involuntarios practicados a lactantes o niños intersexuales)<sup>28</sup> y las personas con discapacidad<sup>29</sup>.

17. El Comité ha destacado la importancia de abordar y eliminar el impacto exacerbado de las formas múltiples e intersecantes de discriminación en el disfrute del derecho a la salud

<sup>21</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 8, 10 y 18, y observación general núm. 22 (2016), párr. 5.

<sup>22</sup> LGBTIQ+ es un acrónimo de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y *queer*. El signo más (+) representa a las personas con orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales diversas que se identifican con otros términos.

<sup>23</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 21, y observación general núm. 22 (2016), párrs. 22 y 29.

<sup>24</sup> *Ibid.*, observación general núm. 14 (2000), párr. 35, y observación general núm. 22 (2016), párr. 32. En sus observaciones finales sobre los informes periódicos segundo a quinto combinados de Kenya (E/C.12/KEN/CO/2-5, párr. 37), el Comité expuso su preocupación por la violencia doméstica generalizada en ese país; y en sus observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Noruega (E/C.12/NOR/CO/6), destacó la cuestión de la violencia contra las personas de edad en los hogares y los establecimientos para esas personas del país.

<sup>25</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 26.

<sup>26</sup> *Ibid.*, párr. 30.

<sup>27</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; véanse, por ejemplo, las observaciones finales sobre los informes inicial a tercero de la República Unida de Tanzania (E/C.12/TZA/CO/1-3).

<sup>28</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 59; observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Bélgica (E/C.12/BEL/CO/5); y observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Kazajstán (E/C.12/KAZ/CO/2, párr. 48), en relación con la violencia en las escuelas contra los estudiantes LGBTI en ese país.

<sup>29</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Nueva Zelandia (E/C.12/NZL/CO/4), en relación con la protección de los niños y niñas con discapacidad, las mujeres maoríes y los niños y niñas contra la violencia. Véanse también las observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Australia (E/C.12/AUS/CO/5) relativas a la violencia contra las personas con discapacidad en las residencias y los establecimientos donde se las interna.

y en la igualdad sustantiva<sup>30</sup>, lo que —subraya la Relatora Especial— es de especial relevancia para las personas sobrevivientes de la violencia.

18. La obligación de respetar requiere que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el derecho a la salud, por ejemplo absteniéndose de aplicar tratamientos médicos coercitivos (como la esterilización forzada o la cirugía involuntaria a personas intersexuales) o absteniéndose de incurrir en brutalidad policial. Es importante destacar que la denegación del acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos, incluidas las personas sobrevivientes de la violencia, como resultado de la discriminación de hecho o de derecho, constituiría un incumplimiento de la obligación de respetar el derecho a la salud. Cuando las personas sobrevivientes de la violencia de género, incluida la violencia sexual, enfrentan esos obstáculos, también se incumple la obligación de respetar el derecho a la salud sexual y reproductiva<sup>31</sup>. Algunos ejemplos de esos obstáculos son la prohibición de los anticonceptivos o la criminalización de los abortos y de las relaciones sexuales consentidas entre personas adultas.

19. Como ya se ha señalado, la obligación de proteger requiere que los Estados ofrezcan protección contra todas las formas de violencia, lo que incluye impedir que terceras personas coaccionen a las mujeres para que se sometan a prácticas tradicionales como la mutilación genital femenina y que se inmiscuyan en el disfrute del derecho a la salud. La protección puede lograrse promulgando y aplicando leyes y políticas que prohíban la violencia y las prácticas discriminatorias, incluidas las prácticas nocivas y la violencia de género<sup>32</sup>.

20. El Comité ha destacado que si no se adoptan todas las medidas necesarias para proteger a las mujeres frente a la violencia, enjuiciar a los autores o desalentar las prácticas médicas o culturales tradicionales nocivas, se incumple la obligación de proteger el derecho a la salud. Los Estados violan el derecho a la salud cuando no adoptan medidas efectivas para impedir que terceras personas menoscaben el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, especialmente en relación con la violencia doméstica, la violación (incluida la violación conyugal), la agresión, los abusos y el acoso sexuales, también durante situaciones de conflicto, posteriores a conflictos y de transición; la violencia contra las personas LGBTIQ+ o las mujeres que tratan de abortar o de obtener asistencia posterior al aborto; prácticas nocivas como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y forzado, la esterilización forzada, el aborto forzado y el embarazo forzado; y la cirugía y los tratamientos médicamente innecesarios, irreversibles e involuntarios practicados a lactantes o niños intersexuales<sup>33</sup>.

21. La obligación de cumplir requiere que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otro tipo que sean necesarias para dar plena efectividad al derecho a la salud, por ejemplo mediante políticas, planes de acción o programas para prevenir la violencia, responder a ella y ofrecer reparación a sus víctimas<sup>34</sup>. En concreto, el Comité ha señalado que los Estados deben garantizar la atención de la salud física y mental a las víctimas de la violencia sexual y doméstica en todas las situaciones, en particular el acceso a servicios de prevención posterior a las agresiones, anticonceptivos de emergencia y servicios de aborto sin riesgo<sup>35</sup>, y emprender campañas de información, en particular con respecto a la salud sexual y reproductiva, las prácticas tradicionales y la violencia doméstica<sup>36</sup>. La Relatora Especial señala que esas obligaciones se

<sup>30</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 32.

<sup>31</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 32 a 34, y observación general núm. 22 (2016), párrs. 40 y 57.

<sup>32</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 35, y observación general núm. 22 (2016), párrs. 41 y 49 d).

<sup>33</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 51, y observación general núm. 22 (2016), párr. 59.

<sup>34</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 33, y observación general núm. 22 (2016), párr. 45.

<sup>35</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 45.

<sup>36</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 36, y observación general núm. 22 (2016), párr. 45.

aplican también a otras formas de violencia y observa que la provisión insuficiente de recursos públicos o su mala asignación —cuando impiden el disfrute del derecho a la salud de personas o grupos, en particular los que se encuentran en una situación de vulnerabilidad o marginación, como las personas sobrevivientes de la violencia—, o el hecho de que no se adopte un enfoque de género (no binario) en materia de salud equivaldrían a una violación del derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

22. La Relatora Especial destaca que toda persona o grupo víctima de una violación del derecho a la salud debe tener acceso a recursos judiciales efectivos o a otros recursos apropiados, tanto a nivel nacional como internacional<sup>37</sup>, y subraya que los programas de reparación para las personas sobrevivientes de la violencia sexual, en especial la violencia sexual relacionada con los conflictos, deben proporcionar acceso a los servicios de salud<sup>38</sup>.

#### IV. El género y la violencia de género: un enfoque inclusivo (no binario)

23. La Relatora Especial subraya la importancia fundamental de adoptar un enfoque no binario del género y de la violencia de género en el marco del derecho a la salud.

24. Esto no solo es lo correcto, aplicando un enfoque inclusivo y de igualdad sustantiva del derecho a la salud, sino que también se sustenta en un amplio conjunto de instrumentos, jurisprudencia y publicaciones sobre el derecho de los derechos humanos en los que “género” es el término utilizado para describir las construcciones socioculturales que asignan roles, comportamientos, formas de expresión, actividades y atributos según el significado que se da a las características sexuales biológicas<sup>39</sup>. La Relatora Especial coincide con el Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género en que no hay nada en esa definición que equipare los términos género y mujeres o sexo y género; subraya el análisis científico según el cual, en virtud del derecho internacional de los derechos humanos, el uso de los términos “género” e “identidad y expresión de género” incluye a todas las personas, comunidades y grupos; y celebra los avances logrados por distintos órganos internacionales y regionales de derechos humanos a este respecto<sup>40</sup>.

25. La violencia de género debe abordarse mediante un enfoque no binario que tenga en cuenta que se trata de un fenómeno que incluye cuestiones relativas a la sexualidad y cuyas víctimas pueden ser atacadas a causa de su orientación sexual —real o supuesta—, su identidad de género y sus características sexuales. La conceptualización binaria del género como algo estrictamente heteronormativo crea una suposición que determina la forma en que las personas LGBTIQ+ se desenvuelven en las estructuras sociales, políticas, económicas y jurídicas, incluidas las relacionadas directamente con la violencia de género<sup>41</sup>, y es una de las causas fundamentales de las formas especialmente brutales de violencia de género, delitos de odio y discurso de odio que sufren.

26. Las intersecciones de género y sexualidad muestran la violencia misógina como una cultura imperante de control y violencia patriarcales que afecta a todas las mujeres, personas

<sup>37</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 59.

<sup>38</sup> Corte Penal Internacional, *The Prosecutor v. Bosco Ntaganda*, núm. ICC-01/04-02/06, orden de reparaciones públicas de 8 de marzo de 2021, en la que la Corte reconoce que ciertas víctimas, incluidas las víctimas de violencia sexual o de género, así como las niñas y niños nacidos de una violación y de la esclavitud sexual, necesitan recibir inmediatamente, con carácter prioritario, atención médica física, psicológica o ambas (párrs. 87, 93, 214 y 240), y estima que las reparaciones son colectivas (párrs. 78 a 81, 186 y 193), [https://www.icc-cpi.int/CourtRecords/CR2017\\_05121](https://www.icc-cpi.int/CourtRecords/CR2017_05121). En el caso *Guatemala vs. Estelmer Francisco Reyes Girón y Heriberto Valdez Asig*, conocido como “caso Sepur Zarco”, el Tribunal de Alto Riesgo de Guatemala (sentencia núm. C-01076-2012-00021) ordenó que las reparaciones incluyeran la construcción de un centro de salud.

<sup>39</sup> A/HRC/47/27, párrs. 13 y 14.

<sup>40</sup> *Ibid.*, párrs. 14 y 21 a 26.

<sup>41</sup> C. Ngwenya, *What is Africanness? Contesting Nativism in Race, Culture, and Sexualities* (Pretoria, Pretoria University Law Press, 2018), pág. 204.

LGBTIQ+ y niñas y niños. Si se pretende proteger contra la violencia adoptando únicamente un enfoque de género binario, se corre el riesgo de proteger únicamente a las mujeres y niñas cisgénero, ya sean heterosexuales, lesbianas o bisexuales, excluyendo a las mujeres transgénero y a otras personas percibidas como no conformes, y se puede asumir erróneamente que la violencia siempre es perpetrada por el género masculino.

27. La Relatora Especial subraya la necesidad de ampliar el alcance de la definición de “violencia de género” para incluir la violencia basada en la sexualidad, la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales, incluyendo así a todas las mujeres cisgénero<sup>42</sup>, *queer*, intersexuales y transgénero y a las personas con presentación femenina.

28. Como ha señalado la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, ninguna forma de violencia interpersonal contra las mujeres está exenta de violencia estructural, y la violencia contra las mujeres no es el problema de fondo, sino que ocurre porque se permite que existan otras formas de discriminación. Las opresiones patriarcales, racistas, capacitistas, homofóbicas, transfóbicas y capitalistas forman parte del espectro de la violencia y de las condiciones que facilitan, posibilitan y perpetúan la violencia.

29. La violencia de género puede definirse como todo acto perjudicial dirigido contra una persona a causa de su género, entendido este con arreglo a las identidades, atributos y roles construidos por las sociedades para las mujeres y los hombres y al significado social y cultural asignado a esas diferencias biológicas<sup>43</sup>. Puede incluir actos de maltrato físico y psicológico, amenazas, coacciones y privaciones económicas o educativas, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. La violencia de género se origina en las relaciones desiguales de poder existentes en el enfoque binario del género, que se refleja en las normas y expectativas sociales, y en las situaciones de desequilibrio de poder que posibilita el patriarcado.

30. Además del impacto bien documentado de la violencia de género en la salud, la negación habitual de la autonomía corporal de las mujeres y de las personas LGBTIQ+ no conformes con su género constituye una forma generalizada y omnipresente de violencia estructural e institucional de género.

## V. Las diversas formas de violencia

### A. Violencia de género basada en la orientación sexual —real o supuesta—, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales

31. En muchas sociedades, el género se entiende desde un prisma estrictamente binario que ha afianzado la conceptualización hegemónica de la sexualidad como estrictamente heteronormativa<sup>44</sup>. Mediante esta conceptualización heteronormativa del género y la sexualidad, la sociedad ha producido y reproducido estructuras, instituciones y normas sociales que son intrínsecamente “cisnormativas”, incluidas las relativas a los derechos humanos<sup>45</sup>.

32. La violencia ejercida por motivos de orientación sexual —real o supuesta—, identidad de género, expresión de género y características sexuales está muy extendida en todo el mundo<sup>46</sup>. Esta violencia es originada por el deseo de castigar a las personas cuya identidad, cuya expresión o cuyo cuerpo no se ajustan al sistema binario heteronormativo hombre/mujer, y se manifiesta en actos (ataques, detenciones, violaciones, torturas,

<sup>42</sup> Describe a las personas que sienten que su propio género está alineado con el sexo que se les asignó al nacer.

<sup>43</sup> Véase Corte Interamericana de Derechos Humanos, [https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea\\_24\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf), párr. 16.

<sup>44</sup> C. Ngwenya, *What is Africanness?*, pág. 204.

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> Véase [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Born\\_Free\\_and\\_Equal\\_WEB.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Born_Free_and_Equal_WEB.pdf), cap. 1.

asesinatos) que a menudo son cometidos o consentidos por agentes estatales. La violencia contra las personas LGBTIQ+ es institucionalizada por sistemas de prejuicios basados en leyes y políticas que impiden o prohíben el ejercicio de la propia personalidad. En muchos países, las leyes y prácticas discriminatorias vigentes en la actualidad dimanaban de los sistemas coloniales británico, español o francés, que introdujeron grandes cambios en muchas culturas precoloniales que estaban abiertas a la pluralidad de género y sexual<sup>47</sup>.

33. La Relatora Especial observa con preocupación que, en general, el personal sanitario de todo el mundo no suele estar capacitado para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales<sup>48</sup>. Como consecuencia de la violencia, la discriminación y el rechazo generalizados que enfrentan, incluso dentro de su familia y su comunidad, las personas jóvenes LGBTIQ+ sufren más trastornos de salud mental, y los intentos de suicidio son entre tres y siete veces más comunes en ellas que en las personas jóvenes heterosexuales. Las personas LGBTIQ+ sufren más ansiedad y depresión, consumen más tabaco y alcohol, y corren un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y muchas formas de cáncer<sup>49</sup>.

34. Factores como la etnia, la raza, el sexo, el género, la situación migratoria, la edad y la pobreza desempeñan un papel importante en la salud de una persona<sup>50</sup>. Sin embargo, todas estas disparidades en el disfrute del derecho a la salud están vinculadas a los prejuicios, el maltrato y la violencia que se derivan de la exclusión de los sistemas sociales, educativos y las economías formales en que la mayoría de las personas disfrutaban de protección profesional y personal. Por lo tanto, todas estas disparidades son evitables.

35. El maltrato y la violencia que sufren quienes realizan trabajo sexual en general afectan en una proporción significativa a personas LGBTIQ+, que además son objeto de otros actos de ese tipo a causa de su orientación sexual —real o supuesta—, su identidad de género, su expresión de género y sus características sexuales. En estas condiciones, la violencia que sufren las personas LGBTIQ+ que realizan trabajo sexual normalmente no se registra como violencia de género, lo cual afecta a la manera en que se entiende la violencia y a quiénes afecta<sup>51</sup>.

36. Muchas veces, las personas LGBTIQ+, incluidas las no binarias, no se sienten seguras denunciando la violencia a las autoridades por miedo a ser victimizadas una vez más. A menudo, la documentación oficial no permite registrar categorías de género distintas de las de hombre y mujer, lo que impide a esas víctimas de la violencia comunicar sus experiencias desde el punto de vista de su género.

37. La violencia contra las personas LGBTIQ+ se da tanto en los lugares públicos como en los privados, y pueden ejercerla agentes estatales (policía, milicias y similares)<sup>52</sup> y no estatales (como familiares, turbas, bandas y extremistas religiosos). Independientemente de quién sea responsable, esta violencia es consentida por los Estados cuando no la investigan ni la atacan.

38. El Comité de Derechos Humanos ha afirmado en numerosas ocasiones la obligación de los Estados de proteger a las personas atacadas por su orientación sexual o su identidad de género, que son motivos prohibidos de discriminación en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como a quienes defienden los derechos de las personas LGBTI. También ha denunciado con frecuencia los informes de actos de discriminación y violencia contra las personas LGBTI, incluso a manos de las fuerzas del orden, y los obstáculos que enfrentan esas personas para acceder a la justicia y a los recursos<sup>53</sup>. Además, ha establecido la obligación de los Estados de proteger a los individuos no solo contra las

<sup>47</sup> A/HRC/38/43 (2018) y A/HRC/47/27 (2021).

<sup>48</sup> Mariella Munyuzangabo y otras, “Delivery of sexual and reproductive health interventions in conflict settings: a systematic review” (BMJ Global Health vol. 5 (Suppl. 1), 2020), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7375437/>.

<sup>49</sup> Véase <https://www.hhrguide.org/2014/03/18/how-is-health-a-human-rights-issue-for-lgbti-persons/>.

<sup>50</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Violencia contra personas LGBTI* (2015).

<sup>51</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Vicky Hernández y otras vs. Honduras*, 2021.

<sup>52</sup> A/HRC/47/27 (2021).

<sup>53</sup> CCPR/C/KEN/CO/4, párr. 13; CCPR/C/KOR/CO/4, párrs. 14 y 15; CCPR/C/TGO/CO/5, párrs. 17 y 18; y CCPR/C/SLV/CO/7, párrs. 9 y 37.

violaciones de los derechos del Pacto por sus agentes, sino también contra los actos cometidos por personas o entidades particulares<sup>54</sup>. En este sentido, el Comité ha reconocido que el hecho de que los Estados partes permitan esos actos de personas particulares, o no actúen con la diligencia necesaria para impedirlos, castigarlos, investigarlos u ofrecer la correspondiente reparación por los daños causados, daría lugar a violaciones de esos derechos<sup>55</sup>. Además, el que un Estado parte no investigue las alegaciones de violaciones podría en sí constituir una violación separada del Pacto<sup>56</sup>.

39. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha fallado que los Estados deben actuar con diligencia para investigar la violencia sexual<sup>57</sup>. Ello significa que, en los casos de violencia sexual contra personas LGBTI, las autoridades del Estado han de tomar todas las medidas necesarias para determinar si la violencia estuvo motivada por prejuicios y discriminación<sup>58</sup>. El Tribunal ha fallado además que la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género cumple el elemento del “móvil” de la tortura, en la que además concurren los elementos de la gravedad y la intencionalidad<sup>59</sup>. Por lo tanto, la violencia sexual contra las personas LGBTI fundada en la discriminación puede constituir tortura. Además, el Tribunal ha decretado formas más holísticas de reparación por los actos de violencia sexual contra las personas LGBTI, entre las que figuran que el Estado proporcione a las personas sobrevivientes de esa violencia una compensación económica y servicios de rehabilitación física y psicológica; que se celebre una ceremonia pública para reconocer las responsabilidades del Estado; y que se proporcione formación al personal del sistema de justicia sobre los derechos de las personas LGBTI y la realización de investigaciones con la diligencia necesaria<sup>60</sup>.

40. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en los asuntos *M. C. y A. C. c. Rumania* (2012) e *Identoba y otros c. Georgia* (2015)<sup>61</sup>, falló que la falta de protección por los Estados de las personas que participaban en manifestaciones pacíficas por los derechos de las personas LGBTI frente a la violencia homofóbica y la falta de realización de investigaciones efectivas habían infringido la prohibición de la tortura y los tratos inhumanos o degradantes y la discriminación.

41. Los organismos internacionales competentes han dictaminado que las formas de violencia mencionadas y la falta de realización de investigaciones conformes con las normas de derechos humanos equivalen a violaciones del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>62</sup>. En un dictamen reciente, *O. N. y D. P. c. la Federación de Rusia*, relativo a una pareja de lesbianas que habían sufrido actos de violencia, insultos homofóbicos y amenazas de muerte de dos desconocidos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer determinó que se habían producido violaciones de la Convención<sup>63</sup>.

42. En un caso de 2021 de violencia policial contra una mujer transgénero en Honduras con resultado de muerte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos falló por primera vez que la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia

<sup>54</sup> Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 31 (2004), párr. 8.

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> *Ibid.*, párr. 15.

<sup>57</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Fernández Ortega y otros vs. México*, sentencia (excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), 2010.

<sup>58</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Azul Rojas Marín y otra vs. Perú*, sentencia (excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), 2020.

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> Véase <https://www.ejiltalk.org/discriminatory-torture-of-an-lgbti-person-landmark-precedent-set-by-the-inter-american-court-azul-rojas-marin-and-another-v-peru/>.

<sup>61</sup> Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-116847>; y <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-154400>.

<sup>62</sup> Véase <https://ilga.org/Treaty-Bodies-jurisprudence-SOGIESC>.

<sup>63</sup> CEDAW/C/75/D/119/2017.

contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) se aplicaba no solo a las mujeres cisgénero, sino también a las transgénero<sup>64</sup>.

## B. Violencia de género contra las mujeres

43. La violencia de género contra las mujeres afecta a las mujeres cisgénero y trans, y es una de las violaciones de los derechos humanos más frecuentes en todo el mundo<sup>65</sup>. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relativos a 161 países entre los años 2000 y 2018, una de cada tres mujeres en todo el mundo, es decir, alrededor de 736 millones de mujeres, son objeto de violencia física o sexual en la pareja, violencia sexual fuera de la pareja o de ambas cosas a lo largo de su vida<sup>66</sup>. La violencia de pareja es la forma más común de violencia contra las mujeres, ya que casi un tercio de las mujeres de todo el mundo de entre 15 y 49 años declaran haber sido objeto de violencia sexual o física por su pareja<sup>67</sup>.

44. A nivel mundial, no se dispone de muchos datos sobre la violencia de género contra las mujeres con discapacidad y sobre las prácticas nocivas y la violencia en la atención obstétrica<sup>68</sup>. Entre el 40 % y el 68 % de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad han sufrido violencia sexual antes de los 18 años<sup>69</sup>, y su esterilización forzada es una práctica común en todo el mundo<sup>70</sup>. Las vejaciones y la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto en establecimientos sanitarios y el posparto —cometidas por profesionales de la medicina y por el personal de partería, enfermería y otras personas integrantes del personal hospitalario—, conjuntamente conocidas como violencia obstétrica, están muy extendidas<sup>71</sup>.

45. La violencia de género contra las mujeres puede tener un enorme impacto en su salud, pues puede dar lugar a lesiones, embarazos no deseados, abortos inducidos, problemas ginecológicos, complicaciones obstétricas, infecciones de transmisión sexual —incluido el VIH—, enfermedades mentales como trastornos de ansiedad y depresiones, un aumento del consumo de drogas, suicidios y homicidios, entre otros problemas<sup>72</sup>. Los asesinatos de mujeres a causa de su sexo, su género o ambos —los femicidios— constituyen la forma más extrema de violencia y la manifestación más violenta de la discriminación contra las mujeres, y una forma especialmente grave de atentado contra el derecho a la vida<sup>73</sup>. Según la OMS, el 38 % de los asesinatos de mujeres son cometidos por la pareja<sup>74</sup>. Aunque más de 155 países han aprobado leyes sobre la violencia doméstica, a menudo no se hacen cumplir<sup>75</sup>. Los confinamientos durante la pandemia de COVID-19 aumentaron la exposición a la violencia y sus factores de riesgo<sup>76</sup>.

46. Entre los instrumentos de las Naciones Unidas figuran varios en los que se trata específicamente la violencia de género contra las mujeres<sup>77</sup>. Dichos instrumentos fueron

<sup>64</sup> Véase <https://www.ejiltalk.org/vicky-hernandez-et-al-v-honduras-a-landmark-victory-with-a-bitter-aftertaste/>.

<sup>65</sup> Véase <https://www.friendsofunfpa.org/what-is-gender-based-violence-gbv/>.

<sup>66</sup> Véase <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> Contribución del UNFPA.

<sup>69</sup> *Ibid.* Véase también <https://www.unfpa.org/publications/women-and-young-persons-disabilities>.

<sup>70</sup> A/72/133, párrs. 29 a 32.

<sup>71</sup> M. Hastings, “Pulling back the curtain on disrespect and abuse: the movement to ensure respectful maternity care”, Policy Brief (Health Policy Project, 2015); y A/74/137, párrs. 4 y 16.

<sup>72</sup> Véase <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

<sup>73</sup> Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36 (2019), párr. 61; y A/76/132, párr. 18.

<sup>74</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

<sup>75</sup> <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women>.

<sup>76</sup> *Ibid.*; contribución del UNFPA; y <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Issue-brief-COVID-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf>.

<sup>77</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 19 (1992); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (resolución 48/104 de la Asamblea General); e *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4 a 15 de

reforzados posteriormente con la Agenda 2030, cuyos objetivos y metas incluyen lograr la igualdad de género y eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas y el matrimonio precoz y forzado<sup>78</sup>.

47. En 2017, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer emitió su recomendación general núm. 35, por la que se actualizaba la recomendación general núm. 19, de 1992, y recordó que la violencia de género contra las mujeres y las niñas constituía una discriminación en virtud de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y, por tanto, era una violación de sus derechos humanos, y que estaba inseparablemente vinculada a otros factores, como la condición de lesbiana, bisexual, transgénero o intersexual; y la edad, la raza, la discapacidad, la salud o la situación socioeconómica<sup>79</sup>. El Comité también reconoció que las mujeres experimentaban formas variadas e intersecantes de discriminación y violencia de género de diferentes maneras y en diferentes grados. Además, afirmó que la prohibición de la violencia de género contra las mujeres había pasado a ser una norma imperativa del derecho internacional<sup>80</sup>, que podía constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante en determinadas circunstancias, en particular en los casos de violación, violencia doméstica o prácticas nocivas (entre otros), y que, en ciertos casos, algunas formas de violencia de género contra las mujeres también podían constituir delitos internacionales<sup>81</sup>.

48. Muchas veces, la violencia contra las mujeres que son lesbianas se ve desde el prisma singular de la heterosexualidad, borrándose las experiencias de esas mujeres. El hecho de que no se les preste un apoyo integral por parte de terceros se deriva de las actitudes heteropatriarcales, que son reproducidas por los terceros encargados de prestarles apoyo, lo que tiene el efecto de silenciar a las sobrevivientes de la violencia de pareja homosexual. Las lesbianas también mantienen en secreto la violencia en sus relaciones a causa de la homofobia y el heterosexismo: para algunas de ellas sigue siendo arriesgado revelar públicamente su homosexualidad, y puede resultarles peligroso revelar la violencia en un contexto ya opresivo<sup>82</sup>.

49. El Comité también ha reconocido que las violaciones de los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, como la esterilización forzada, 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, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, son formas de violencia de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante<sup>83</sup>.

50. A este respecto, la Relatora Especial subraya que las prácticas que equivalen a violencia obstétrica, como la inmovilización de mujeres con esposas durante el parto, o la detención posterior al parto de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad para pagar los gastos de hospitalización<sup>84</sup>, constituyen una violación de los derechos humanos y una forma de violencia de género contra las mujeres, y en el caso de prácticas como la separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto<sup>85</sup> o las cesáreas no necesarias desde el punto de vista médico practicadas sin el consentimiento de la mujer<sup>86</sup>, también pueden equivaler a tortura y malos tratos. La Relatora Especial subraya

septiembre de 1995 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexos I y II.

<sup>78</sup> Resolución 70/1 de la Asamblea General; véase también <https://sdgs.un.org/goals/goal5>.

<sup>79</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 19 (1992), párrs. 1, 6 y 7, actualizada por la recomendación general núm. 35, párr. 12.

<sup>80</sup> *Ibid.*, párr. 2.

<sup>81</sup> *Ibid.*, párr. 16.

<sup>82</sup> Lethabo Mailula y Letlhogonolo Mokgoroane, “The bloody rainbow: the creation of the second closet – lesbian Blackwomxn, intimate partner violence and third parties’ responses”, *Acta Juridica*, vol. 2020, núm. 1 (septiembre de 2020), pág. 267.

<sup>83</sup> *Ibid.*, párr. 18; y A/HRC/31/57, párr. 43.

<sup>84</sup> A/74/137, párrs. 12, 22 y 23.

<sup>85</sup> *Ibid.*, párr. 20; véase también CAT/C/IRL/CO/2, párrs. 29 y 30; CCPR/C/IRL/CO4, párr. 11; y CEDAW/C/IRL/CO/6-7, párr. 15 a).

<sup>86</sup> A/74/137, párr. 24.

también la correlación existente entre la criminalización del aborto<sup>87</sup> y los abortos practicados en condiciones de riesgo, y lamenta que tres de cada cuatro abortos en África y América Latina se practiquen en condiciones de riesgo, y que hasta el 13,2 % de todas las muertes maternas sean atribuibles a ese tipo de abortos<sup>88</sup>. Le preocupa que, en algunas jurisdicciones en las que el aborto está penalizado, las autoridades empleen disposiciones de notificación obligatoria para justificar que se obligue al personal médico a violar la confidencialidad con su paciente, con consecuencias muy peligrosas para el derecho a la salud, como quedó demostrado en el caso *Manuela y otros vs. El Salvador* ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos<sup>89</sup>.

51. En virtud de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y del derecho internacional general, los Estados también son responsables de la violencia de género resultante de los actos u omisiones de sus agentes estatales y de los agentes no estatales. La responsabilidad del Estado respecto de la violencia de género ejercida por agentes estatales incluye la obligación de impedir esos actos y de investigar, enjuiciar y aplicar las sanciones legales o disciplinarias que procedan, así como de proporcionar reparación. El Estado es responsable de los actos u omisiones de agentes no estatales imputables al Estado, o si incumple su obligación de adoptar con diligencia todas las medidas apropiadas para impedirlos o investigarlos y enjuiciar y castigar a sus autores, y proporcionar reparación a las víctimas<sup>90</sup>.

### C. Violencia contra los niños y niñas

52. La Relatora Especial coincide con el Comité de los Derechos del Niño y subraya que la violencia contra las niñas y niños jamás es justificable y que toda violencia contra los niños y niñas se puede evitar<sup>91</sup>.

53. La infancia se reconoce como un período protegido, hasta los 18 años, durante el cual se debe permitir que los niños y niñas crezcan, aprendan, jueguen, se desarrollen y maduren con dignidad<sup>92</sup> y de forma coherente con la evolución de sus capacidades<sup>93</sup>. Durante la infancia, la autonomía personal de los niños y niñas se está desarrollando y, por lo tanto, su independencia y participación deben ser respetadas<sup>94</sup>. Las niñas y niños son muy vulnerables a la violencia, lo que hace peligrar su salud y su derecho a la salud.

54. Según la OMS, la violencia contra los niños y niñas tiene consecuencias para su salud tanto a corto como a largo plazo. La violencia puede causar la muerte, provocar lesiones graves y perjudicar el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso, lo que puede afectar negativamente el desarrollo cognitivo. Las niñas y niños expuestos a la violencia adoptan conductas negativas de afrontamiento y son más propensos a fumar y a consumir alcohol y drogas. También tienen mayores tasas de ansiedad, depresión, otros problemas de salud mental y suicidio. Abandonan en mayor proporción los estudios, tienen más dificultades para encontrar y mantener un trabajo y corren un mayor riesgo de, en la edad adulta, ser víctimas o autores de violencia interpersonal o autoinfligida<sup>95</sup>.

55. La Convención sobre los Derechos del Niño, el tratado de derechos humanos más ratificado de la historia, protege el derecho de todas las niñas y niños de todo el mundo a no sufrir discriminación, violencia y abandono. El Comité de los Derechos del Niño entiende que la violencia es toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, según se define en el

<sup>87</sup> Véase <https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws>.

<sup>88</sup> Véase OMS (2021), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.

<sup>89</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Manuela y otros vs. El Salvador*, 2021.

<sup>90</sup> *Ibid.*, párrs. 22 a 26.

<sup>91</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13 (2011), párr. 3 a).

<sup>92</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1577, núm. 27531.

<sup>93</sup> *Ibid.*

<sup>94</sup> Gerison Lansdown, "The evolving capacities of the child", *Innocenti Insights*, núm. 11 (2005).

<sup>95</sup> Véase <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children#:~:text=Result%20in%20negative%20coping%20and,mental%20health%20problems%20and%20suicide>.

artículo 19, párrafo 1, de la Convención. El Comité ha afirmado la obligación de los Estados de atacar y eliminar la violencia contra los niños y niñas<sup>96</sup>, compromiso que fue reforzado por la Agenda 2030<sup>97</sup>, en concreto su meta 16.2.

56. Se calcula que faltan en el mundo 140 millones de niñas como consecuencia de la práctica de la selección del sexo por prejuicios de género<sup>98</sup>. Según el informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños y niñas, en todo el mundo se estima que uno de cada dos niños y niñas de entre 2 y 17 años sufre alguna forma de violencia cada año, que uno de cada tres sufre violencia emocional y que unos 120 millones de niñas son sometidas a contactos sexuales forzados antes de los 20 años<sup>99</sup>. Además, la pandemia de COVID-19 ha afectado la violencia contra las niñas y niños y ha provocado un aumento de las llamadas a las líneas de ayuda por maltrato infantil. También se ha registrado un aumento de la explotación sexual en línea y del ciberacoso<sup>100</sup>.

57. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), más de 650 millones de mujeres vivas en la actualidad contrajeron matrimonio cuando eran niñas, y más de un tercio de esas uniones tuvieron lugar antes de que la mujer cumpliera 15 años. La preocupación por el matrimonio infantil en los contextos humanitarios ha ido en aumento<sup>101</sup>.

58. El matrimonio infantil está prohibido por el derecho internacional<sup>102</sup> y es una forma de violencia sexual y de género<sup>103</sup> que afecta de forma desproporcionada a las niñas, exponiéndolas al riesgo de sufrir violencia sexual, aunque los niños también pueden ser víctimas del matrimonio infantil<sup>104</sup>. Si bien la prevalencia del matrimonio infantil ha disminuido en todo el mundo —de una de cada cuatro niñas casadas hace un decenio a aproximadamente una de cada cinco en la actualidad—, la práctica sigue estando muy extendida<sup>105</sup> y se da en todas las regiones del mundo. El matrimonio infantil tiene consecuencias negativas para el disfrute del derecho a la salud, en particular la salud sexual y reproductiva, y el derecho a la educación.

59. Aunque durante la infancia (y más tarde en la edad adulta) las personas intersexuales pueden tener múltiples problemas, el más acuciante es la práctica actual de la mutilación genital intersexual, que constituye una notable violación de los derechos humanos y debe cesar.

60. La mutilación y ablación genital femenina, por la que se entiende en general cualquier procedimiento que implique la extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos u otras lesiones en los órganos genitales femeninos por razones no médicas, es una práctica perjudicial y otra forma de violencia de género<sup>106</sup>. Aunque gran parte de las investigaciones sobre la mutilación y ablación genital femenina se han centrado en las comunidades que la practican en África, también se da en América Latina, Asia y Oriente Medio<sup>107</sup>. Los países también deben hacer frente a la prevalencia de la práctica en las comunidades de la diáspora y a los impactos que tiene en las niñas y mujeres inmigrantes<sup>108</sup>. La práctica de la mutilación

<sup>96</sup> Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13 (2011), párrs. 4 y 13.

<sup>97</sup> Resolución 70/1 de la Asamblea General.

<sup>98</sup> Contribución del UNFPA.

<sup>99</sup> <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>.

<sup>100</sup> *Ibid.*

<sup>101</sup> Véase la resolución 35/16 del Consejo de Derechos Humanos.

<sup>102</sup> Véase A/HRC/26/22, párrs. 7 a 16, A/73/257 y A/71/253.

<sup>103</sup> Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño (2019), aprobadas de manera conjunta, sobre las prácticas nocivas, párrs. 7 y 8.

<sup>104</sup> C. Misunas y otras, “Child marriage among boys in high-prevalence countries: an analysis of sexual and reproductive health outcomes” *BMC International Health and Human Rights* (2019).

<sup>105</sup> Contribución del UNFPA.

<sup>106</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596442>, pág. 4.

<sup>107</sup> *Ibid.*, pág. 1; y <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

<sup>108</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596442>, pág. 7.

y ablación genital femenina afecta negativamente el disfrute por las mujeres y las niñas del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental<sup>109</sup> y debe ser eliminada.

#### D. Violencia sexual relacionada con los conflictos

61. Partiendo de su histórica resolución 1325 (2000), sobre las mujeres y la paz y la seguridad, el Consejo de Seguridad aprobó las resoluciones 1820 (2008), 1888 (2009) y 1960 (2010), en las que se aborda la cuestión de la violencia sexual relacionada con los conflictos y se solicita al Secretario General que vigile el cumplimiento e informe al Consejo para designar una Representación Especial que dirija la actuación interinstitucional contra la violencia sexual relacionada con los conflictos. De acuerdo con las resoluciones mencionadas, se estableció la estructura necesaria para vigilar, analizar e informar sobre la violencia sexual relacionada con los conflictos<sup>110</sup>. En resoluciones posteriores, el Consejo permitió una mayor conceptualización de la cuestión, situó esta forma de violencia en un lugar destacado de sus prioridades y exigió medidas a las entidades dedicadas a la paz, la seguridad, la política, los derechos humanos, la ayuda humanitaria y el desarrollo<sup>111</sup>.

62. En las zonas de conflicto, la violencia sexual relacionada con los conflictos se utiliza como táctica de guerra, tortura y terrorismo<sup>112</sup>, y las partes en conflicto la utilizan para conseguir una multitud de fines políticos, sociales o económicos<sup>113</sup>.

63. La violencia sexual relacionada con los conflictos tiene enormes consecuencias para la salud de millones de personas en todo el mundo, especialmente para las mujeres y niñas, pero no solo<sup>114</sup>. Cuando los territorios se militarizan a causa de la presencia de grupos armados legales o ilegales, el modelo de masculinidad adquiere un mayor protagonismo, de manera que las mujeres y niñas se ven aún más subyugadas por el personal militar y no militar, lo que crea mayores obstáculos para la igualdad, y no digamos para el derecho a la salud<sup>115</sup>.

64. También se carece de información sobre la existencia de servicios de salud sexual y reproductiva para las poblaciones desplazadas fuera de los campamentos, para las poblaciones no desplazadas durante el conflicto o para los casos de necesidad no señalados<sup>116</sup>. Los Estados inmersos en un conflicto no suelen tener suficiente personal sanitario cualificado y formado para tratar a las personas sobrevivientes de la violencia sexual<sup>117</sup>.

65. Aunque la desigualdad de poder y la hostilidad entre los diferentes grupos étnicos y socioeconómicos no fueron inventados por el colonialismo, la colonialidad ha tenido un profundo impacto en los sistemas jerárquicos —sociales y políticos— de los Estados poscoloniales de todo el mundo<sup>118</sup>. Existen muchas zonas de conflicto en un contexto poscolonial, pues la organización de los grupos étnicos precoloniales agravó las tensiones entre los diferentes grupos étnicos en los Estados poscoloniales independientes<sup>119</sup>. El impacto de la colonización en la estabilidad política y social de esos Estados debe incorporarse en el análisis de sus esfuerzos para combatir la violencia sexual relacionada con los conflictos, y de su capacidad para establecer una infraestructura eficaz de apoyo a las personas sobrevivientes de la violencia sexual y para evitar que esta se repita<sup>120</sup>.

66. En su informe más reciente sobre la violencia sexual relacionada con los conflictos, el Secretario General informó sobre los acontecimientos ocurridos en 2020 y destacó que la

<sup>109</sup> *Ibid.*, pág. 9.

<sup>110</sup> <https://www.stoprapenow.org/wp-content/uploads/2021/11/UN-Action-Summary-Report-2009-%E2%80%932019-Milestones-and-Key-Achievements-1.pdf>.

<sup>111</sup> Resoluciones del Consejo de Seguridad 2106 (2013), 2242 (2015), 2331 (2016) y 2467 (2019).

<sup>112</sup> S/2021/312, párr. 5.

<sup>113</sup> *Ibid.*, párrs. 10 a 16.

<sup>114</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75179/WHO\\_RHR\\_HRP\\_12.18\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75179/WHO_RHR_HRP_12.18_eng.pdf?sequence=1).

<sup>115</sup> Véase <https://www.ohchr.org/en/Issues/Women/WRGS/Pages/PeaceAndSecurity.aspx>.

<sup>116</sup> M. Munyuzangabo y otras, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7375437/>.

<sup>117</sup> A/HRC/47/28, párr. 56.

<sup>118</sup> *Ibid.*, párr. 9.

<sup>119</sup> Jack Paine, *Ethnic Violence in Africa: Destructive Legacies of Pre-colonial States* (2019).

<sup>120</sup> *Ibid.*

pandemia de COVID-19 había exacerbado el impacto de los conflictos en todo el mundo. Documentó casos de violencia sexual en el Afganistán, donde los talibanes y las fuerzas armadas y la policía afganas cometieron actos de violencia sexual contra mujeres, niñas y niños; en la República Centroafricana, con crecientes niveles de violencia tras las elecciones presidenciales y legislativas de diciembre de 2020; y Colombia, el Iraq, Libia, Malí, Myanmar, la República Árabe Siria, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Somalia, el Sudán, Sudán del Sur y el Yemen<sup>121</sup>.

67. La Relatora Especial acoge con satisfacción el enfoque centrado en las personas sobrevivientes articulado por el Consejo de Seguridad en la resolución 2467 (2019), y coincide con el Secretario General en que las personas sobrevivientes no pueden ser tratadas como un grupo homogéneo y que sufren diferentes perjuicios basados en desigualdades intersecantes, que pueden agravarse con el tiempo si no se les da una respuesta adaptada<sup>122</sup>. En 2021, la Acción de las Naciones Unidas, red de 19 entidades de las Naciones Unidas que suman sus fuerzas para poner fin a la violencia sexual relacionada con los conflictos, elaboró un nuevo marco estratégico (2020- 2025) con un enfoque integral centrado en las personas sobrevivientes que incluye la prevención de la violencia sexual relacionada con los conflictos atacando sus causas profundas<sup>123</sup>.

## E. Violencia estructural o institucionalizada

68. Por violencia sistémica o institucional se entienden las prácticas institucionales, leyes o procedimientos que afectan negativamente a grupos o individuos desde el punto de vista psicológico, mental, cultural, económico, espiritual o físico. Este tipo de violencia tiene su origen dentro o fuera del Estado, y es un obstáculo importante para la efectividad del derecho a la salud.

69. La creciente atención que se está prestando a los derechos humanos en las situaciones de violencia estructural es positiva, y se basa en la labor de investigación y análisis de este tema en el sector de la salud, así como en las familias, la educación y las escuelas, realizada desde que el término fue acuñado en 1969 por Johan Galtung<sup>124</sup>. Lo que Nancy Scheper-Hughes describió como los “pequeños actos habituales de violencia normalizada en las instituciones estatales y sociales” tiene un grave impacto acumulado en la integridad y la agencia de las personas<sup>125</sup>. No basta con concebir la violencia desde un punto de vista estrictamente interpersonal o individual, centrado exclusivamente en un lado de la distinción trazada por Galtung entre “que te maten” (violencia directa) y “que te dejen morir” (violencia estructural)<sup>126</sup>. La violencia intrínseca que existe en las estructuras sociales del racismo, el capacitismo, el patriarcado y el clasismo y en su día a día son evidentes para cualquier persona que esté sometida a ellas.

70. La violencia estructural es una forma sutil y a menudo invisible de violencia normalizada mediante las leyes, las políticas y la institucionalización de ciertas prácticas<sup>127</sup> que tienen sus raíces en la herencia del colonialismo, el racismo, el *apartheid* y las desigualdades socioeconómicas estructurales<sup>128</sup>. Crea barreras injustas que están diseñadas social y sistémicamente para marginar a individuos y grupos por motivos de raza, clase y género, limitando así la efectividad del derecho a la salud para muchos grupos de personas<sup>129</sup>.

<sup>121</sup> S/2021/312 (2021).

<sup>122</sup> S/2020/487, párr. 14.

<sup>123</sup> Véase <https://stoprapenow.org/wp-content/uploads/2021/04/UN-Action-Strategic-Framework-2020-2025-2021.pdf>.

<sup>124</sup> Johan Galtung, “Violence, peace and peace research”, *Journal of Peace Research*, vol. 6, núm. 3 (1969), págs. 167 a 191.

<sup>125</sup> S. Hamed, S. Thapar-Björkert, H. Bradby y B. M. Ahlberg, “Racism in European health care: structural violence and beyond”, *Qualitative Health Research*, vol. 30, núm. 11 (2020), <https://doi.org/10.1177/1049732320931430>, pág. 1664.

<sup>126</sup> *Ibid.*, pág. 1666.

<sup>127</sup> J. Z. Rucell, “Violence and colonial conditioning in South Africa’s reproductive health system”, tesis doctoral, Universidad de Leeds, 2017.

<sup>128</sup> P. Farmer, “An anthropology of structural violence”, *Current Anthropology* (2004), págs. 305 a 325.

<sup>129</sup> Véase J. Z. Rucell, 2017.

La violencia estructural, con profundas raíces en las definiciones patriarcales, hegemónicas y coloniales de la sociedad y el orden social, está profundamente entrelazada con la violencia sexual y de género y con la negación del acceso de las personas sobrevivientes a la atención sanitaria y los servicios médicos<sup>130</sup>. Incluye situaciones como la denegación del aborto, la morbilidad materna evitable, la criminalización del trabajo sexual, la esterilización sancionada por el Estado y la mutilación genital intersexual sancionada por el Estado<sup>131</sup>. Estos casos de violencia estructural se observan tanto en el Norte Global como en el Sur Global.

71. La violencia estructural, cuando se sufre a manos de las fuerzas del orden o durante la privación de libertad, crea barreras similares al derecho al más alto nivel posible de salud. En todo el mundo, la brutalidad e impunidad policiales contribuyen a que no se denuncien casos de violencia sexual y de género y a que se perpetúe este tipo de violencia a manos de agentes y organismos encargados de aplicar la ley. Estos problemas se dan especialmente en los contextos en que se criminaliza el aborto, las relaciones entre personas del mismo sexo, la condición de persona transgénero o el trabajo sexual<sup>132</sup>, o se consiente la violencia de género. La criminalización da pie a que se cometan abusos y a la explotación. Las condiciones en que se realiza el trabajo sexual exponen a las personas que se dedican a él a contraer infecciones de transmisión sexual, pero también a sufrir actos de violencia, extorsión e intimidación de sus clientes y de la policía, casi siempre sin posibilidad de recurso. Según los datos de un estudio realizado en Sudáfrica, hasta el 12 % de las trabajadoras sexuales que ejercen en las calles de Ciudad del Cabo han sido violadas por agentes de policía<sup>133</sup>.

72. En entornos de reclusión como las prisiones, los centros de detención de inmigrantes y los hospitales o establecimientos psiquiátricos, donde hay personas privadas de su libertad durante un tiempo, los riesgos de violencia y la exposición a ella se multiplican. En los entornos de control estatal y encarcelamiento, las condiciones suelen estar masculinizadas y ser heteronormativas, lo que perjudica excepcionalmente a las mujeres y las minorías sexuales<sup>134</sup>. Distintos estudios de casos relativos al Afganistán, Honduras, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Sudán del Sur y Túnez ponen de relieve que la adopción de un enfoque de “justicia centrada en la persona sobreviviente” —con un sistema jurídico que responda a la violencia sexual con consecuencias para los autores y apoyo para las personas sobrevivientes, y que transforme las normas sociales perjudiciales— puede evitar de forma significativa la perpetración de actos de violencia doméstica y de género<sup>135</sup>.

73. Otro elemento de la violencia estructural, que a menudo se pasa por alto, es el espacio como producto social que se construye sobre la base de valores y la producción social de significados<sup>136</sup>. A los espacios y edificios se les pueden aplicar distintos tipos de sesgos raciales, sexuales y de género para incluir a algunas personas y excluir a otras. Es necesario cuestionar la perspectiva particular de las personas que participan en la creación de los espacios, pues sus creencias y aspiraciones se incorporan en la construcción de los espacios, concebidos conforme a los intereses y comodidades de una elite adinerada, blanca, masculina, heterosexual y sin discapacidad<sup>137</sup>. El uso del espacio tiene ramificaciones que afectan el tratamiento de las mujeres, las personas *queer*, con discapacidad, pobres, negras y otras personas marginadas.

74. La violencia espacial incluye la planificación espacial discriminatoria. Históricamente, la legislación de muchos países en los que se implantó la segregación dictaba que las personas marginadas permanecieran alejadas de los centros urbanos, donde vivía la ciudadanía blanca y adinerada. La herencia de esos sistemas aún persiste, y muchas personas

<sup>130</sup> A/HRC/17/26, párr. 24; A/66/215, párr. 83; y contribución de Sexual Rights Initiative.

<sup>131</sup> Véanse las contribuciones de Sexual Rights Initiative, Global Justice Centre, Organization Intersex International Europe, OutRight Action International, Women and Harm Reduction International, Human Rights Society of Maranhão (SMDH) y Validity.

<sup>132</sup> Contribuciones de Belarusian Helsinki Committee; Women’s Legal Centre, Her Rights Initiative y Sexual Rights Initiative (conjunta); y Network of LGBTI Litigants of the Americas.

<sup>133</sup> Contribución conjunta de Women’s Legal Centre, Her Rights Initiative y Sexual Rights Initiative.

<sup>134</sup> Contribución de Dignity.

<sup>135</sup> Contribución de la Organización Internacional para el Derecho del Desarrollo.

<sup>136</sup> Henri Lefebvre, *The Production of Space* (Blackwell, 1991).

<sup>137</sup> Nirmal Puwar, “The archi-texture of Parliament: flaneur as method in Westminster”, *The Journal of Legislative Studies*, vol. 16, núm. 3 (2010), págs. 298 a 312.

tienen que desplazarse durante varios días para recibir servicios médicos, lo que aumenta el costo de su atención. Esas comunidades viven en zonas donde el aire, el agua y el suelo están contaminados, y en espacios de alta densidad, lo que provoca una mala ventilación. La desigualdad resultante en la planificación y asignación del espacio es una forma de violencia, pero se le suele atribuir un carácter circunstancial.

75. Hablar del espacio entraña hablar también de la arquitectura, pues los edificios son diseñados teniendo en cuenta las necesidades de quienes los conciben<sup>138</sup>. Este fenómeno puede observarse en la cantidad de edificios cuyo diseño no está adaptado a las personas con discapacidad, no atiende la necesidad de las personas *queer* de disponer de baños de género neutro, no está pensado para las niñas y niños, no atiende las necesidades de todas las personas que menstrúan, ignora a las personas mayores y frágiles y excluye a las personas sin hogar. Estos ejemplos son un reflejo de la violencia estructural y social que no solo pone barreras a las personas que quieren acceder a los servicios, sino que también les impide sentirse parte de la sociedad.

## F. Violencia contra el personal sanitario

76. El 3 de mayo de 2016, el Consejo de Seguridad aprobó la resolución 2286 (2016), sobre la protección de las personas civiles en los conflictos armados y del personal médico. En los cinco años siguientes a la resolución, la Safeguarding Health in Conflict Coalition documentó 4.094 ataques contra la asistencia sanitaria, en los cuales 681 miembros del personal médico murieron, 1.424 resultaron heridos y 201 fueron secuestrados. Durante ese período, un miembro del personal sanitario fue secuestrado o herido cada dos días, y matado cada tres días. A la Relatora Especial le preocupa que sigan produciéndose ataques contra establecimientos médicos y personal sanitario en los conflictos prolongados o recientes. Desde que estalló el conflicto en la República Árabe Siria (en marzo de 2011) hasta marzo de 2022, Physicians for Human Rights documentó la muerte violenta de 942 miembros del personal médico<sup>139</sup>. Desde el comienzo de la guerra en Ucrania, el 24 de febrero de 2022, la OMS ha registrado 58 ataques contra establecimientos médicos, con 16 miembros del personal médico afectados. La Relatora Especial observa también que, además de los ataques relacionados con los conflictos, se han señalado ataques contra miembros del personal sanitario relacionados con la pandemia de COVID-19<sup>140</sup>.

77. La Relatora Especial subraya que el derecho a la salud incluye el derecho a unas condiciones laborales saludables. Es fundamental apoyar sin falla la salud física y mental del personal sanitario, pues su labor es esencial para que la población reciba una atención médica aceptable, accesible, asequible y de calidad.

## VI. Ejemplos y buenas prácticas de respuestas a la violencia desde el punto de vista de la salud

78. Las respuestas de los Estados al cuestionario enviado por la Relatora Especial se centraron principalmente en la violencia de género contra las mujeres y niñas, en particular la violencia doméstica y sexual. Los Estados informaron de los marcos jurídicos existentes<sup>141</sup> y de las leyes y estrategias concebidas específicamente para combatir, por ejemplo, la violencia contra las personas con discapacidad<sup>142</sup> y los niños y niñas<sup>143</sup>; la violencia contra

<sup>138</sup> *Ibid.*

<sup>139</sup> <https://syriamap.phr.org/#/en>.

<sup>140</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31858-4/fulltext#coronavirus-linkback-header](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31858-4/fulltext#coronavirus-linkback-header).

<sup>141</sup> Véanse las contribuciones de Albania, la Arabia Saudita, Australia, el Ecuador, Filipinas, Grecia, Irlanda, Israel, Malta y Mauricio. Véanse también las contribuciones de las instituciones nacionales de derechos humanos de Albania, la Argentina, Bosnia y Herzegovina, el Ecuador, Francia, Georgia y México; y del UNFPA y GIRE.

<sup>142</sup> Contribuciones de Australia, Chile e Irlanda.

<sup>143</sup> Contribuciones de la Arabia Saudita, Australia, Chile e Israel.

las mujeres consumidoras de drogas, con especial atención a las comunidades romaníes<sup>144</sup>; y la violencia contra las mujeres migrantes y refugiadas<sup>145</sup>. Algunos Estados informaron también de sus planes o estrategias nacionales<sup>146</sup> y sus partidas presupuestarias específicas<sup>147</sup>, en ocasiones apoyándose en sus estadísticas nacionales<sup>148</sup>.

79. Las respuestas a las personas sobrevivientes de la violencia de género contra las mujeres y la violencia contra las niñas y niños son multisectoriales y a menudo incluyen mecanismos coordinados de derivación y protocolos especiales para las personas sobrevivientes de la violencia sexual<sup>149</sup>. Las respuestas sanitarias de los Estados suelen ser proporcionadas por el ministerio de salud en los centros de atención primaria y otros establecimientos sanitarios. Los servicios prestados incluyen la prevención, la atención médica urgente confidencial en función de las necesidades de las víctimas, la información a la víctima sobre los servicios de apoyo disponibles y la derivación a los servicios que proceda<sup>150</sup>. Algunos Estados también informaron sobre la respuesta que dan a la violencia que sufren las personas LGBTIQ+<sup>151</sup>, las personas con discapacidad<sup>152</sup> y las mujeres trans, las personas que realizan trabajo sexual y las mujeres víctimas de la trata<sup>153</sup>. La formación del personal sanitario<sup>154</sup> y el acceso a la justicia<sup>155</sup> también se señalaron como una parte esencial de las respuestas multisectoriales. Otros servicios complementarios incluyen líneas telefónicas públicas de consulta y apoyo psicológico para las personas sobrevivientes, la evaluación rápida de las necesidades, el acogimiento en refugios y la prestación de ayudas económicas de emergencia<sup>156</sup>. Algunos Estados también señalaron que habían adoptado medidas especiales durante la pandemia de COVID-19, como aumentar las ayudas económicas para las personas sobrevivientes de la violencia doméstica<sup>157</sup>.

80. Varios actores de la sociedad civil destacaron el importante papel del personal sanitario de proximidad para atender las necesidades médicas de las personas sobrevivientes de la violencia, así como la prestación de atención médica inmediata a las víctimas de delitos sexuales<sup>158</sup>. Además, se señalaron otras iniciativas exitosas emprendidas por actores de la sociedad civil, como líneas telefónicas directas, apoyo psicológico, acogimiento en refugios y espacios seguros, y asistencia jurídica<sup>159</sup>. En Belarús se puso en marcha una iniciativa de consulta anónima para hombres con el fin de combatir los estereotipos de género, pero acabó cerrando por falta de fondos<sup>160</sup>. La teleconsulta y la salud móvil resultaron útiles para proporcionar información sobre la salud sexual y reproductiva, incluido el acceso al aborto, durante la pandemia y para prestar apoyo a las personas LGBTIQ+ víctimas de la violencia (por ejemplo, la línea de ayuda directa de la organización india Nazariya)<sup>161</sup>. Otros ejemplos positivos incluyen la prestación de apoyo entre pares las 24 horas del día, el apoyo psicológico prestado por personas capacitadas en ese apoyo para casos de crisis y los recursos de ayuda a las personas LGBTIQ+ jóvenes<sup>162</sup>.

81. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) informó de buenas prácticas de ayuda a los agentes estatales (incluidos los ministerios de salud) con el establecimiento de

<sup>144</sup> Contribución de Croacia.

<sup>145</sup> Contribución de Grecia.

<sup>146</sup> Contribuciones de Albania, Australia y el Ecuador.

<sup>147</sup> Contribuciones del Ecuador, Irlanda, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suecia.

<sup>148</sup> Contribuciones del Ecuador, Filipinas, Irlanda y Suecia.

<sup>149</sup> Contribuciones de Albania, Malta, Mauricio y Suecia.

<sup>150</sup> Contribuciones de Albania y el Ecuador.

<sup>151</sup> Contribución del Ecuador.

<sup>152</sup> *Ibid.*

<sup>153</sup> Contribución de Irlanda.

<sup>154</sup> Contribución de Albania.

<sup>155</sup> Contribuciones de Australia y el Ecuador.

<sup>156</sup> Contribuciones de Albania e Israel.

<sup>157</sup> Contribuciones de Albania y Australia.

<sup>158</sup> Contribución conjunta de Women's Legal Centre, Her Rights Initiative y Sexual Rights Initiative.

<sup>159</sup> Contribución del Centro de Estudios Jurídicos Aplicados de la Universidad del Witwatersrand (Sudáfrica).

<sup>160</sup> Contribución de Belarusian Helsinki Committee.

<sup>161</sup> Contribución de Choice.

<sup>162</sup> *Ibid.*

servicios integrales para las personas sobrevivientes de la violencia de género en contextos de desarrollo y humanitarios<sup>163</sup>. Otras partes interesadas señalaron iniciativas exitosas de ayuda a la denuncia de la violencia de género, como “Visible”, la primera plataforma en línea para denunciar la violencia y la discriminación contra las personas LGBTIQ+ en México<sup>164</sup>.

82. Un buen ejemplo de prevención de la violencia mediante la educación es la histórica sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Guzmán, Albarracín y otros vs. Ecuador*, en la que la Corte reconoció la educación sexual como un derecho fundamental y una forma de prevenir la violencia, en particular contra las niñas, y sus consecuencias para la salud<sup>165</sup>. El UNFPA comunicó también buenos ejemplos de integración de la prevención de la violencia de género en la educación sexual general impartida por el Estado<sup>166</sup>.

83. Otras iniciativas exitosas señaladas a la Relatora Especial incluyen la ayuda a las personas que realizan trabajo sexual y a las víctimas de la trata para presentar denuncias oficiales y la prestación a esas personas de atención integral, desde el acceso a la prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual hasta la realización de pruebas de diagnóstico, la derivación a hospitales públicos y centros dedicados a las enfermedades infecciosas, y la terapia hormonal y el apoyo psicológico<sup>167</sup>. Se indicó a la Relatora Especial que los espacios seguros para las personas consumidoras de drogas y sobrevivientes de la violencia eran fundamentales en España y la República Unida de Tanzania<sup>168</sup>.

84. En Mongolia se emprendió una iniciativa para proporcionar servicios jurídicos y de otro tipo a los niños y niñas víctimas de la violencia durante la pandemia de COVID-19, mientras que el apoyo prestado en Túnez se centra en la participación económica de las personas sobrevivientes de la violencia<sup>169</sup>. En Malawi, un centro dedicado a la violencia de género, situado dentro de un hospital, es accesible para las mujeres y niñas con discapacidad. En Tayikistán, una iniciativa conjunta del Ministerio de Salud y el UNFPA permitió proporcionar atención de la salud sexual y reproductiva y apoyo psicosocial relacionado con la violencia de género a las mujeres con discapacidad<sup>170</sup>. En España, un proyecto centrado en las mujeres y niñas con discapacidad intelectual proporcionó un foro de aprendizaje y debate sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva<sup>171</sup>.

85. En las comunicaciones se destacó la importancia de establecer espacios para las víctimas de la violencia doméstica y sexual; el Ministerio Público Fiscal de la República Argentina dio un buen ejemplo de ello creando la Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres, que tiene entre sus mandatos el de intervenir en los casos de violencia de género contra las mujeres y las personas LGBTIQ+<sup>172</sup>.

## VII. Conclusiones y recomendaciones

86. **La Relatora Especial subraya la importancia de adoptar un enfoque no binario del género y de la violencia de género en el marco del derecho a la salud.**

87. **Si se quiere dar una respuesta integral a la violencia desde el punto de vista de la salud, se ha de examinar la naturaleza y el alcance de los perjuicios causados por la violencia y tener en cuenta el contexto (conflicto, desplazamiento), el lugar (urbano o rural) y las características de la persona sobreviviente (sexo, identidad de género, discapacidad, raza, etnia, edad), así como las formas intersecantes de discriminación**

<sup>163</sup> Contribución del UNFPA.

<sup>164</sup> Contribución de Amicus.

<sup>165</sup> Contribución de Centre for Reproductive Rights.

<sup>166</sup> Contribución del UNFPA.

<sup>167</sup> Contribución de European Sex Workers Rights Alliance.

<sup>168</sup> Contribución de International Network of People Who Use Drugs.

<sup>169</sup> Contribución de la Organización Internacional para el Derecho del Desarrollo.

<sup>170</sup> Contribución conjunta de organizaciones dedicadas al género y la discapacidad.

<sup>171</sup> *Ibid.*

<sup>172</sup> Contribución conjunta de Women’s Legal Centre, Her Rights Initiative y Sexual Rights Initiative.

que agravan el impacto de la violencia en el disfrute del derecho a la salud de las personas sobrevivientes.

88. Para lograr esa respuesta integral a la violencia desde el punto de vista de la salud es necesario adoptar un enfoque inclusivo y no binario del género y de la violencia de género, y se debe garantizar que todas las leyes, políticas, programas y servicios relacionados con la violencia de género incluyan a todas las personas, con o sin discapacidad, menores o adultas, y cisgénero, transgénero, no binarias, *queer* o intersexuales.

89. Desde el punto de vista de la salud, no existe un único enfoque para ayudar a las personas sobrevivientes de la violencia o darles una respuesta. La violencia debe definirse de la manera más amplia posible para incluir al mayor número posible de personas afectadas, y también debe incluirse la violencia estructural. Además, para dar una respuesta basada en el derecho a la salud a las víctimas de la violencia, se debe garantizar la confidencialidad y evitar las jerarquías entre las distintas formas de violencia, personas sobrevivientes y perjuicios causados.

90. Las intervenciones en el campo de la salud deben enmarcarse en una respuesta multisectorial integral que tenga en cuenta las necesidades holísticas de las personas sobrevivientes de la violencia y de sus familiares, derivándolas a servicios especializados y multisectoriales, prestándoles apoyo económico y jurídico, ofreciéndoles un alojamiento seguro y una reparación, y asegurando la rendición de cuentas. El objetivo debe ser, en primer lugar, impedir la violencia, pero también proporcionar ayuda inmediata, así como a mediano y largo plazo, para mitigar los efectos de la violencia y sus consecuencias para la salud.

91. En virtud de su derecho a la salud, las personas sobrevivientes de la violencia, incluida la violencia sexual, deben tener acceso a la atención sanitaria necesaria (como apoyo psicológico, atención urgente tras la violación y asistencia médico-jurídica) y a los establecimientos, bienes y servicios médicos, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, que son importantes para garantizar la reparación<sup>173</sup>. Para que el derecho a la salud sea una realidad, el personal sanitario debe estar debidamente capacitado y recibir el apoyo necesario, así como poder trabajar en un entorno saludable y sin violencia.

92. La Relatora Especial está de acuerdo con la recomendación formulada por el Secretario General al Consejo de Seguridad de que incorpore en todas las resoluciones relativas a países concretos, autorizaciones de mandato y prórrogas de operaciones de mantenimiento de la paz y misiones políticas especiales pertinentes disposiciones para fortalecer las medidas de vigilancia, análisis y presentación de informes en relación con la violencia sexual relacionada con los conflictos y las violaciones graves cometidas contra los niños, y destine recursos humanos y financieros suficientes, incluso mediante el despliegue de expertos técnicos especializados y dedicados<sup>174</sup>.

93. Para adoptar el enfoque del derecho a la salud hace falta centrarse en los marcos jurídicos nacionales, regionales e internacionales, el fortalecimiento de los sistemas de salud, los datos y los informes, la respuesta clínica y la prevención. También es importante centrarse en la dotación de recursos y la financiación de soluciones integrales dedicadas al restablecimiento de la dignidad de todas las personas, que se consigue cuando en la toma de decisiones participan verdaderamente las comunidades y los movimientos feministas locales. Los organismos de financiación no deben poner condiciones a los beneficiarios, como promesas contra otros derechos humanos.

94. La Relatora Especial recuerda que las obligaciones inmediatas de los Estados partes incluyen las garantías de no discriminación e igualdad de trato y la obligación de adoptar medidas deliberadas y concretas en aras de la plena realización del derecho a la salud, como la preparación de una estrategia y un plan de acción nacional de salud

<sup>173</sup> Misión de las Naciones Unidas en Sudán del Sur y ACNUDH, "Access to health for survivors of conflict-related sexual violence in South Sudan", mayo de 2020, párr. 10.

<sup>174</sup> [S/2022/77](#).

pública. La realización progresiva significa que los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expeditamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud<sup>175</sup>.

95. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible pueden ser decisivos para la realización holística del derecho a la salud si los derechos humanos se incorporan efectivamente en su implementación. Pero la realidad actual es que la violencia imperante ha mermado la capacidad de los individuos, las comunidades y las naciones para hacer realidad esos objetivos y acabará por impedir que se cumplan las metas de la Agenda 2030, lo cual será una catástrofe.

96. Se necesita urgentemente un enfoque intersecante y basado en los derechos que ataque las causas profundas de dicha violencia, incluida la conceptualización binaria de las normas de género y heteronormativas, acabe con la opresión patriarcal, racista, capacitista y capitalista, y promueva los factores determinantes de la salud en la ley y en la práctica.

97. Para alcanzar el objetivo de la igualdad sustantiva es fundamental empezar haciendo lo posible para que las personas más vulnerables de todas puedan prosperar.

98. La Relatora Especial subraya el derecho de todas las personas a no sufrir violencia y desea acabar con unas palabras de Toni Morrison con las que coincide: “Están avanzando ustedes hacia la libertad, y la finalidad de la libertad es liberar a más personas”<sup>176</sup>.

---

<sup>175</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000).

<sup>176</sup> Véase <https://zora.medium.com/toni-morrison-in-her-own-words-562b14e0effa>.