

NIÑAS Y MUJERES SIN JUSTICIA

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

1

ANTICONCEPCIÓN



ROSA MARÍA.

1

I. ANTICONCEPCIÓN FORZADA

1.1 Rosa María

(Distrito Federal)

Rosa María es cajera de un supermercado en el Distrito Federal, tiene 22 años y vive con su esposo en casa de su suegra. En el transcurso de su primer embarazo acudió regularmente a sus consultas prenatales programadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de donde es derechohabiente.

Durante una de estas consultas, en agosto de 2014, el médico que la atendió le pidió que acudiera al área de planificación familiar para recibir información sobre métodos anticonceptivos. Ahí fue atendida por una trabajadora social que le preguntó qué método quería después del parto, sin darle opciones. Rosa María le respondió que no quería ninguno, que no lo había platicado con su pareja y que quería saber con cuál se sentiría mejor. En respuesta, la trabajadora social comenzó a regañarla, le dijo que no era posible que “siendo tan jóvenes sean tan inconscientes” y le preguntó sarcásticamente que si se quería “llenar de hijos” a esa edad. A manera de presión, le quitó su carnet del seguro y le dijo que debía decidir un método en ese momento y firmar una hoja de consentimiento informado. Nunca le proporcionó información sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles. Rosa María firmó la hoja “aceptando” la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU), porque se sintió presionada en ese momento y porque la trabajadora social le aseguró que podía cambiar de opinión al momento del parto.

El 16 diciembre de 2014 acudió al Hospital de Gineco Obstetricia Número 4 “Luis Castelazo Ayala” (perteneciente al IMSS) con contracciones. El personal del hospital confirmó que estaba iniciando el trabajo de parto y le pidió que regresara al día siguiente. Dos días más tarde, finalmente se le rompió la fuente y fue trasladada a la sala de expulsión del hospital.

Ahí, le dijeron que tenía cinco minutos para elegir un método anticonceptivo, que “ya hay muchos niños” y que no podría salir del hospital sin un método. La única “opción” que le ofrecieron fue un DIU. Ella no quería ponerse un DIU, pero en este contexto de presión se vio forzada a firmar un formato donde aceptaba el procedimiento.

Cabe mencionar que Rosa María había presentado infecciones recurrentes antes y durante el embarazo, situación que debió de ser tomada en cuenta y que, de haberse analizado, habría llevado a concluir que no resultaba médicamente aconsejable la colocación del DIU.

Ella recuerda que, el día de su parto, el personal de salud —en su mayoría residentes— se mostraba distraído con sus teléfonos celulares al momento de atenderla. Mientras esperaba a que evolucionara su parto, le realizaron diversos tactos vaginales, sin explicar por qué eran necesarios. Dio a luz a su hijo el 18 de diciembre y fue dada de alta dos días después.

Una semana más tarde tuvo que regresar al hospital porque comenzó a tener complicaciones derivadas de la episiotomía que le realizaron durante el parto. Por ello, tuvo que someterse a un segundo procedimiento de sutura. Después, Rosa María sentía mucho dolor y así lo expresó, pero fue dada de alta a pesar de las indicaciones del médico titular, quien decía que la iba a dar de alta hasta el lunes para mantenerla en observación. No recibió ningún analgésico al salir.

Pasó el tiempo y Rosa María sentía dolor y no se recuperaba. Al acudir a consulta el 14 de enero de 2015, su médico familiar le informó que sus molestias se debían a que la habían suturado mal y que el hilo utilizado estaba caduco. Además, le dijo que el DIU que la habían forzado a aceptar estaba mal colocado y le estaba provocando una infección.

Derivado de lo anterior, Rosa María fue hospitalizada por tercera ocasión del 14 al 26 de enero. En este tiempo, le retiraron el DIU. Pero su licencia de maternidad vencía el 29 de enero, por lo que tuvo que regresar a trabajar casi inmediatamente después de salir del hospital. La mala cirugía que le practicaron la obligó a tomar antibióticos que no le permitieron dar leche materna a su bebé. A pesar de que el IMSS le ha proporcionado fórmula láctea, ésta no es suficiente para alimentar a su hijo, a quien por meses no pudo cargar debido a los dolores en la espalda y en las piernas.

El caso de Rosa María es ilustrativo del conjunto de violaciones a derechos humanos que enfrentan las mujeres en México en relación con su reproducción. Si bien cada uno de los elementos de esta cadena de violaciones merece ser analizado de forma particular, en especial la violencia obstétrica de la que fue víctima, el presente capítulo se concentrará en el primer eslabón de la misma: la imposición de un método anticonceptivo.



Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4, Distrito Federal.

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE ROSA MARÍA

A. QUEJA ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el caso de Rosa María existió una clara negligencia por parte del personal de salud que la atendió, así como violaciones a sus derechos humanos. Las comisiones locales y nacional de derechos humanos no son instancias judiciales, por lo que el resultado de sus investigaciones concluye con la emisión de recomendaciones que no son de cumplimiento obligatorio y dependen, en última instancia, de la voluntad política de la institución pública correspondiente. Sin embargo, pueden ofrecer una vía de acceso a la justicia que permita la reparación integral a las víctimas de violaciones a derechos humanos, así como la implementación de garantías de no repetición que favorezcan cambios estructurales en las instituciones públicas.

Rosa María fue víctima de anticoncepción forzada, lo que representa una violación a sus derechos humanos, entre otros, a la información y a la vida privada. GIRE ofreció un acompañamiento a Rosa María en el que se documentó su caso y se le ofreció una revisión médica para ella y para su hijo, así como asistencia jurídica. Ella busca acceder a la justicia. En este sentido, está contemplando la presentación de una queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).

B. DERECHOS VIOLADOS

DERECHO A LA INFORMACIÓN

El derecho a la información se encuentra protegido en el artículo 6 de la Constitución —recientemente reformado— según el cual “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión”, además de tratados internacionales de los que México es parte como el artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos los cuales, con base en el artículo 1º constitucional, hacen parte del ordenamiento constitucional.

Para que este derecho se cumpla en relación con los métodos anticonceptivos, las personas deben de tener acceso a información veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios acerca de las opciones anticonceptivas que tienen. Además, dicha información debe ser proporcionada en un lenguaje adecuado y comprensible, así como en un ambiente libre de presiones y coerción.

CASO A. S. VS. HUNGRÍA¹

A. S., mujer romaní de nacionalidad húngara y madre de tres hijos, se enteró de que estaba embarazada cuando se sometió a un procedimiento médico. El 2 de enero de 2001 acudió al hospital con contracciones y una hemorragia abundante. En el hospital, el médico que la atendió constató que el feto había muerto en el útero y le dijo que había que realizar una cesárea inmediatamente. Mientras A. S. estaba en la mesa de operaciones, se le pidió que firmara un formulario de consentimiento para la cesárea, junto con una nota poco legible que había sido escrita a mano por el médico y añadida al pie del formulario.

Antes de irse del hospital, A. S. pidió al médico que le informara sobre su estado de salud y sobre cuándo podría intentar tener otro bebé. En ese momento se enteró del significado de la palabra “esterilización”, para la cual supuestamente había otorgado su consentimiento mediante la firma del documento. A.S. nunca hubiera aceptado la esterilización si hubiera entendido de qué se trataba.

El caso fue sometido al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) en 2004 por el Centro Europeo de Derechos de los Romaníes y la Oficina de Defensa Jurídica de las Minorías Nacionales y Étnicas, en representación de A. S. El Comité CEDAW emitió su opinión sobre el caso en agosto de 2006, cuando determinó que el Estado húngaro había violado los derechos humanos de A.S. a la salud y a la libertad. El Comité consideró que A.S. tenía un derecho, tutelado en el artículo 10 de la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), a recibir información específica sobre la esterilización y otros procedimientos alternativos de planificación familiar a fin de evitar que se realizara una intervención de este tipo sin que ella hubiera tomado una decisión con pleno conocimiento de causa. Además, observó que, dado su precario estado de salud, se encontraba en condiciones estresantes y totalmente inapropiadas para emitir un consentimiento informado, lo que representa una violación al artículo 12 de la CEDAW.

Por lo tanto, el Comité llamó al Estado húngaro a tomar nuevas medidas para asegurarse de que todo el personal competente de los centros sanitarios públicos y privados conozca y aplique tanto la CEDAW como sus recomendaciones generales relativas a los derechos y la salud reproductiva de las mujeres, así como revisar la legislación nacional relativa al consentimiento informado en los casos de esterilización para asegurarse de su conformidad con los derechos humanos y normas médicas internacionales, como las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde entonces, *A.S. vs. Hungría* se ha convertido en un antecedente esencial para la interpretación del concepto de consentimiento informado en contextos reproductivos.

El acceso a la información en materia de anticoncepción supone que ésta se provea de una manera que permita ejercer el consentimiento informado. Sobre ello, el caso *A.S. vs. Hungría*, resuelto por el Comité CEDAW, ha contribuido a dar contenido a los elementos que deben estar presentes al solicitar el consentimiento de una mujer para la adopción de métodos permanentes (como la salpingoclasia) y métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, como el DIU.

Así, el concepto de consentimiento informado ha evolucionado para incorporar la comprensión sustantiva del procedimiento ofrecido y no sólo la aceptación formal del mismo. **Los proveedores de servicios tienen la responsabilidad de proporcionar información clara y precisa, utilizando lenguaje y métodos comprensibles para la persona usuaria, y facilitar un proceso de decisión**

1. Naciones Unidas, Comité CEDAW, (Caso *A.S. vs. Hungría*) Opinión: Comunicación No. 4/2004, [CEDAW/C/36/D/4/2004], 36º periodo de sesiones (2006). Disponible en <<http://bit.ly/1e18baa>> [consulta: 8 de julio de 2015].

completo, libre e informado. La información proporcionada debe enfatizar las ventajas y desventajas de cada método, los beneficios a la salud, así como los riesgos y potenciales efectos secundarios; todo ello, con el propósito de permitir la comparación entre diferentes métodos. Censurar, retener o distorsionar intencionalmente la información es una violación al derecho humano al acceso a la información.²

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado es un proceso de comunicación entre un proveedor de salud y un usuario, que no se agota con la firma de un documento. Para que un consentimiento se considere informado, se debe otorgar de manera libre y voluntaria, después de que la persona usuaria reciba información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento, que esté consciente de que existen otras alternativas que pueden ser igualmente efectivas y sin que esté sujeta a ningún tipo de discriminación, amenazas, ni presiones.³

En este sentido, los proveedores de salud deben asegurarse de que ninguna mujer sea coaccionada o presionada para aceptar un procedimiento de este tipo y que la decisión no se tome en un momento apresurado o de crisis, como puede ser un proceso de parto. En el caso de Rosa María, la firma de consentimiento informado que realizó al momento de su parto se efectuó sin información adecuada acerca del método ofrecido, sin una posibilidad de elegir otro, sin considerar su estado de salud y los riesgos vinculados al uso del DIU en una mujer que ha presentado infecciones y, más importante aún, bajo la amenaza de que no podría salir del hospital si no lo aceptaba. El Estado, a través del Hospital Gineco 4, violó el derecho de acceso a la información de Rosa María.

DERECHO A LA VIDA PRIVADA

El derecho a la vida privada se encuentra reconocido por diversos tratados, como el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En términos generales, se refiere a la garantía de que no existan injerencias arbitrarias en la vida privada de una persona o de su familia. En el contexto reproductivo, esto implica el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su procreación (autonomía reproductiva) —incluyendo el uso o no de métodos anticonceptivos—, derecho protegido, además, de forma explícita en el artículo 4 de la Constitución.

Con base en el artículo 11 de la Convención Americana, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) ha sostenido que el ámbito de la privacidad se caracteriza por quedar exento e inmune a las invasiones o agresiones abusivas o arbitrarias por parte de terceros o de la autoridad pública.⁴ De acuerdo con la Corte, el concepto de vida privada comprende entre otros ámbitos protegidos, la vida sexual y las relaciones familiares, por lo que la injerencia del Estado en la capacidad de las personas para elegir el uso de un método anticonceptivo resulta violatorio de este derecho.⁵

2. OMS, *Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services*, Ginebra, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1QPypcs>> [consulta: 21 de abril de 2015].

3. FIGO, *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité Para El Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana*, Londres, 2012. p. 317.

4. Corte IDH, *Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C. No. 239*, párrafo 164. Disponible en <<http://bit.ly/1fB6mue>> [consulta: 27 de abril de 2015].

5. Corte IDH, *Caso Rosendo Cantú y otra vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216*, párrafo 119. Disponible en <<http://bit.ly/1cJdDuB>> [consulta: 27 de abril de 2015]. *Caso Fernández Ortega y otros vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010 Serie C No. 215*, párrafo 129. Disponible en <<http://bit.ly/1IVMRv4>> [consulta: 27 de abril de 2015].

El Comité CEDAW, en su Recomendación General 19 sobre violencia contra la mujer, señaló la necesidad de prevenir actos de coerción respecto de la fertilidad y la reproducción de las mujeres.⁶ Uno de estos actos es precisamente la anticoncepción forzada, como en el caso de Rosa María. Así, la imposición de un método de anticoncepción, particularmente en un momento como un proceso de parto o cesárea, es una violación al derecho a la vida privada de las mujeres.

1.2 ANTICONCEPCIÓN FORZADA EN MÉXICO

Debido al riesgo a la vida y la salud de las mujeres que suponen los embarazos sin espaciamiento (embarazos con un tiempo intergenésico corto), la Secretaría de Salud federal ha buscado el incremento en los porcentajes de aceptantes de anticoncepción posterior a un evento obstétrico (APEO) como parte de las estrategias para disminuir la mortalidad materna en México. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, las aceptantes de APEO en las instituciones públicas de salud pasaron de 928,500 en 2006 a 1.26 millones en 2012, lo que representó un incremento de 36% en dicho periodo.⁷

La siguiente gráfica muestra la información obtenida por medio de solicitudes de acceso a la información pública realizadas por GIRE a las 32 secretarías de salud locales, así como al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al IMSS y a la Secretaría de Salud federal respecto al porcentaje de aceptantes de anticoncepción posterior a un parto y a un aborto en el periodo que comprende del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. La información muestra una variación importante entre entidades federativas en el porcentaje de aceptantes de APEO. Sin embargo, la escasa información proporcionada —que no incluye variables básicas como edad, tipo de método proporcionado o condición de hablante de idioma indígena— no permite formular diagnósticos acerca de las razones que expliquen esta variación o las barreras que ciertos grupos específicos como las mujeres indígenas y las adolescentes enfrentan en este sentido.

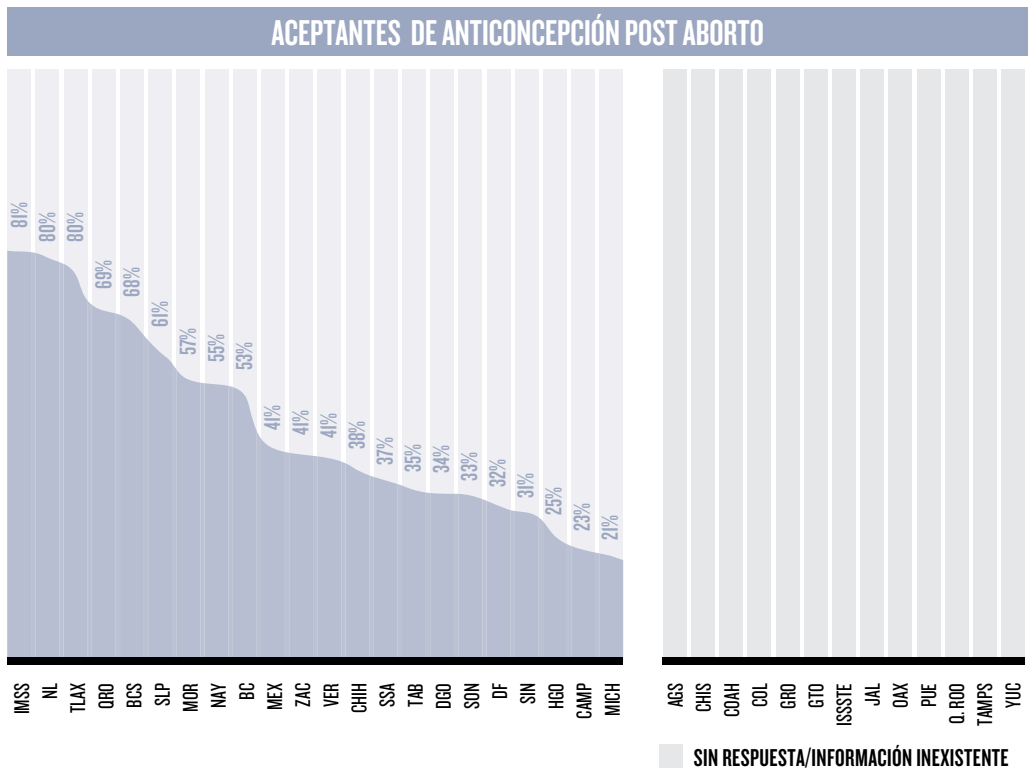
Además, es esencial reconocer que, si bien la provisión de consejería e información acerca de métodos anticonceptivos a lo largo del embarazo puede resultar esencial para contribuir a la disminución de la muerte materna, el simple aumento del porcentaje de aceptación anticonceptiva post evento obstétrico no se debe plantear como un objetivo en sí mismo. Es decir, el establecimiento de una meta absoluta de número de aceptantes de APEO por institución de salud merma la capacidad de las mujeres para tomar las decisiones que consideren más apropiadas tras un evento obstétrico. Esto, aunado al contexto de discriminación y violencia que enfrentan muchas mujeres al acudir a los servicios públicos de salud, favorece la aparición de presiones y amenazas en contextos obstétricos, pudiendo dar pie a la anticoncepción forzada.

6. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Recomendación General 19. La violencia contra la mujer*, 11° periodo de sesiones (1992), párrafo 24. Disponible en <<http://bit.ly/WAF1QA>> [consulta: 5 de marzo de 2015].

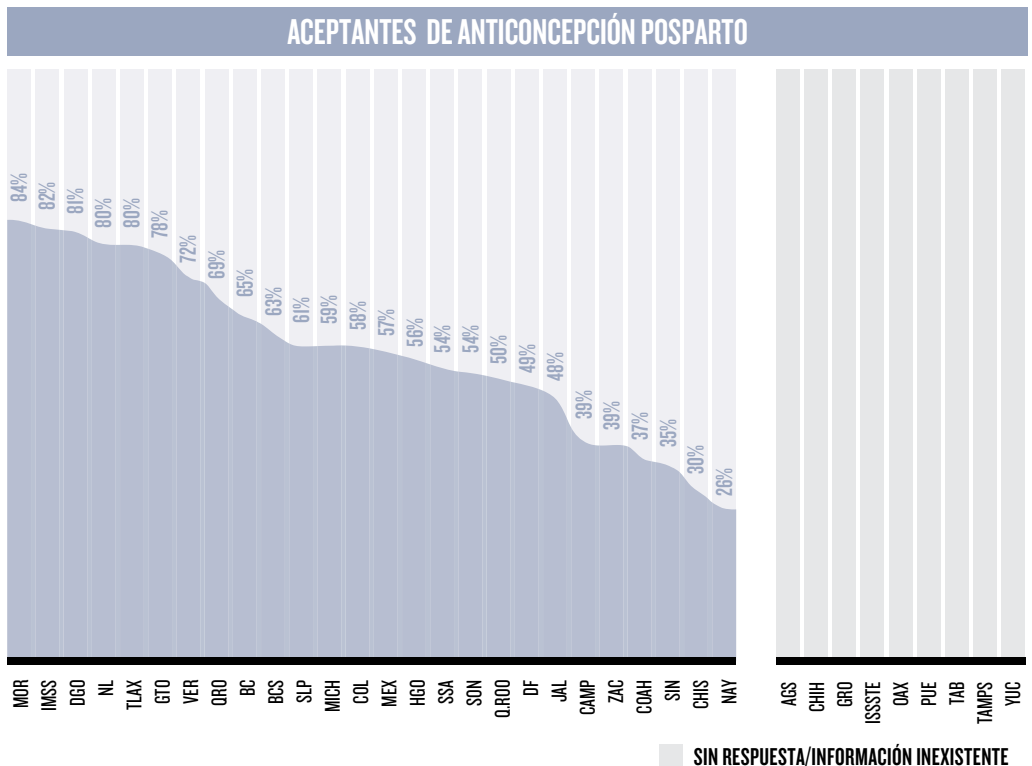
7. Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico: Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*, México, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1MvDa9U>> [consulta: 29 de abril de 2015].

ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO

AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013



Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: EL CASO DE NAMIBIA⁸

En noviembre de 2014, la Corte Suprema de Namibia emitió una sentencia sobre el caso de tres mujeres esterilizadas durante procedimientos de cesárea.

En el primer caso, la mujer acudió al hospital con un dolor intenso y, justo antes de que se le practicara una cesárea, le solicitaron firmar un formato de consentimiento para extraerle el útero. Más tarde, la mujer declaró que ella no había entendido el contenido de los documentos firmados y, cuando regresó al hospital para recibir la atención posnatal y solicitar anticonceptivos, le explicaron lo que significaba la esterilización y entendió lo que había sucedido.

En el segundo caso, la mujer —una persona VIH positiva— se sometió a una cesárea en la que, minutos antes de la cirugía, el médico le informó que la “cerrarían” y nunca volvería a tener hijos o hijas. Al revisarse el caso, la mujer testificó que el personal de salud no le había otorgado el tiempo suficiente para leer los formatos de consentimiento, que la habían amenazado con no llevarla a la sala de operaciones si no los firmaba y que nunca le informaron que podía optar por no hacerlo. La tercera mujer testificó que, al acudir al hospital en trabajo de parto por su octavo embarazo, las enfermeras se comunicaron con ella sólo en inglés, idioma que no comprendía, por lo que no entendió las formas de consentimiento que firmó ni las explicaciones del personal de salud sobre el procedimiento que le realizarían.

Después de examinar cada caso y concluir que en ninguno se cumplió con la obligación de obtener un consentimiento informado para la esterilización, la Corte Suprema remitió el caso al Tribunal Superior para que se determinen daños y perjuicios para las peticionarias. En su fallo, la Corte sostuvo que el trabajo de parto no es una situación idónea para que una mujer emita un consentimiento informado para un procedimiento de esterilización; en particular, resaltó el carácter urgente de una cesárea de emergencia frente a una situación que ameritaría una decisión tranquila e informada como lo es una esterilización, dada la naturaleza particularmente invasiva y potencialmente permanente de este procedimiento.

8. Corte Suprema de Namibia, *Case SA 49/2012. In the matter between Government of the Republic of Namibia and LM, NI y NH. 3 de noviembre de 2014*. Disponible en <<http://bit.ly/1epPUDK>> [consulta: 28 de mayo de 2015].

Sin duda, la anticoncepción forzada representa una violación a los derechos humanos. En palabras del entonces Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, Anand Grover, “la libertad en materia de reproducción no debería ser coartada nunca por ninguna persona o por ningún Estado como método de planificación de la familia, de prevención del VIH o en el marco de cualquier otro programa de salud pública”.⁹ Además, es importante tomar en cuenta que la anticoncepción forzada no sólo se efectúa en contextos hospitalarios posteriores a eventos obstétricos, sino que es una realidad también para mujeres en otras situaciones de vulnerabilidad, como la pobreza, la reclusión o la discapacidad.

De acuerdo con una investigación llevada a cabo por la organización Asistencia Legal por los Derechos Humanos (Asilegal) en Centros de Readaptación Social (Ceresos) en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro, las mujeres privadas de la libertad en México enfrentan situaciones de anticoncepción forzada en las que se condiciona su acceso a visitas conyugales a la aceptación de un método anticonceptivo. De las mujeres entrevistadas, 17% reportaron haberse sometido a métodos anticonceptivos por obligación y no por deseo propio, lo que habla de un problema grave de contracepción forzada en los centros de reclusión.¹⁰

Disability Rights International, por su parte, ha documentado casos de anticoncepción forzada en mujeres con discapacidad en México. De acuerdo con un informe presentado por la organización en conjunto con el Colectivo Chuhcan, más de 40% de las mujeres entrevistadas reportaron que se les han prescrito anticonceptivos sin proporcionarles información acerca de alternativas existentes o de los potenciales efectos secundarios.¹¹ Además, en la mitad de los casos en los que se les prescribió un método anticonceptivo, alguien más tomó la decisión por ellas. Lo anterior muestra una situación generalizada de discriminación y violaciones a derechos humanos en los que las mujeres con discapacidad no son tomadas en cuenta en el proceso de toma de decisiones con respecto a su fertilidad y, por tanto, se convierten en víctimas de anticoncepción forzada. **En su reciente revisión del 4° y 5° Informe de México sobre el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño, el Comité de los Derechos del Niño expresó su preocupación sobre esta situación y recomendó al Estado mexicano supervisar a las instituciones donde residen niñas con discapacidad para prevenir, investigar y sancionar casos de esterilización y anticoncepción forzada.**¹²

Adicionalmente, un informe elaborado por Balance Promoción para el Desarrollo y la Juventud sobre derechos reproductivos de mujeres viviendo con VIH en Mesoamérica indicó que 22% de las mujeres entrevistadas en México reporta haber sido presionada para esterilizarse.¹³

En el año 2002, la CNDH emitió la Recomendación General 4 donde advirtió acerca de una práctica generalizada de anticoncepción forzada en contra de personas indígenas en México en el marco de programas sociales.¹⁴ Entre estas prácticas, la CNDH identificó que el personal médico de las clínicas rurales de las instituciones de salud pública obligaba a las mujeres que acudían a consulta a utilizar el DIU, bajo la amenaza de que si no aceptaban, podían perder apoyos de programas gubernamentales.

9. Naciones Unidas, Asamblea General, *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nota del Secretario General [A/64/272]*, 64° periodo de sesiones (2009), párrafo 58. Disponible en <<http://bit.ly/1Hjcdqy>> [consulta: 29 de abril de 2015].

10. Gutiérrez Román, José Luis (coord.), *Mujeres privadas de libertad ¿Mujeres sin derechos? Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro*, México, ASI Legal, Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ, 2011.

11. Disability Rights International y El Colectivo Chuhcan, *Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México*, México, 2015. Disponible en <<http://bit.ly/17YY9TQ>> [consulta: 27 de marzo de 2015].

12. Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, *Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Mexico [CRC/C/MEX/CO/4-5]*, 69° periodo de sesiones (2015), párrafo 46. Disponible en <<http://bit.ly/1L1JnNn>> [consulta: 10 de julio de 2015].

13. Kendall, T., Ávalos, J. y López, E., *Estudio técnico sobre violaciones a los derechos reproductivos de Mesoamérica*, México, Balance: Promoción para el Desarrollo y Juventud, 2013.

14. CNDH, *Recomendación General 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar*, México, 2002. Disponible en <<http://bit.ly/1MOVz25>> [consulta: 18 de abril de 2015].

Asimismo, la CNDH documentó la presión ejercida por parte de personal de las brigadas de salud comunitaria tanto del IMSS, como de la Secretaría de Salud y secretarías de salud locales que dan atención en zonas con población indígena, para la realización de vasectomías, mediante la promesa de recursos económicos o bajo la amenaza de excluirlos de programas asistenciales.

En 2004 la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero (CODDEHUM) emitió la Recomendación 35/2004 dirigida a la Secretaría de Salud del estado de Guerrero por un caso de esterilización forzada.¹⁵ El caso se refiere a un expediente de queja abierto en 1998 con relación a una visita realizada por la Brigada de Salud Número 3 de la Secretaría de Salud del estado a la comunidad El Camalote, en la Costa Chica de Guerrero, para “ofrecer” una vasectomía a los hombres que tuvieran más de cuatro hijos. En su investigación sobre el caso, la CODDEHUM encontró que los procedimientos se habían realizado bajo presión, con la amenaza de que sus esposas podrían perder el apoyo social que recibían si no aceptaban el procedimiento y que, de hacerlo, les construirían una clínica de salud en la comunidad. Además, se constató que los formatos de consentimiento utilizados no se encontraban elaborados en idioma tlapaneca ni se tuvo la presencia de un intérprete que garantizara un verdadero consentimiento informado por parte de las personas a las que se les realizó el procedimiento.

Así, el 16 de agosto de 2004, la CODDEHUM acreditó las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos llevadas a cabo por personal de salud en contra de 14 hombres indígenas y emitió una recomendación dirigida a la Secretaría de Salud del estado de Guerrero consistente en iniciar un procedimiento administrativo en contra de los miembros de la brigada médica en cuestión, otorgar una indemnización a las víctimas y, por último, garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 y el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre información de programas de salud a los pueblos indígenas. Esta recomendación, sin embargo, no fue aceptada por la Secretaría de Salud del estado, por lo que se interpuso un recurso de impugnación ante la CNDH que, tres años después, concluyó con la Recomendación 66/2007, en la que la CNDH ratificó el contenido de la recomendación emitida por la CODDEHUM e instruyó al gobernador del estado que girara sus instrucciones a efecto de que se cumpliera en sus términos.¹⁶

El 4 de agosto de 2014, mujeres na savi de la comunidad de Tlapa en la montaña de Guerrero denunciaron ante los medios de comunicación ser obligadas a inyectarse un anticonceptivo a cambio de no ser expulsadas del programa de ayuda social Oportunidades.¹⁷ Más tarde, estas mismas mujeres afirmaron haber sido hostigadas por personal de la unidad de planificación familiar y de la Jurisdicción Sanitaria 4 de la Secretaría de Salud estatal acerca de sus declaraciones anteriores.¹⁸ Sin embargo, aunque en las leyes locales de salud de cinco estados —Aguascalientes, Guanajuato, Morelos, Nayarit y Oaxaca— se sanciona de manera explícita la anticoncepción forzada, no existe información acerca de los mecanismos de acceso a la justicia en estos casos, ni si efectivamente se han aplicado dichas sanciones y se ha reparado de forma integral a las víctimas.

15. Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero, *Recomendación 35/2004 dirigida a la Secretaría de Salud del Estado [sobre esterilización forzada]*, México, 2004. Disponible en <<http://bit.ly/1Ohhyj7>> [consulta: 2 de julio de 2015].

16. CNDH, *Recomendación 66/2007. Sobre el recurso de impugnación de los habitantes de la comunidad indígena de el Camalote, municipio de Ayutla de los Libres, Guerrero*, México, 2007. Disponible en <http://bit.ly/1CG4RNJ> [consulta: 27 de mayo de 2015].

17. Ferrer, Sergio, “Obligan a indígenas a inyectarse anticonceptivos para recibir apoyos” en *Quadratin Guerrero*, 5 de agosto de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1S81Viw>> [consulta: 28 de mayo de 2015].

18. Cisneros Silva, Salvador, “Hostigan a las mujeres que denunciaron esterilizaciones forzadas en Metlatónoc” en *La Jornada Guerrero*, 2 de septiembre de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1FVOQ0A>> [consulta: 28 de mayo de 2015].

2. ESTERILIZACIÓN FORZADA

La esterilización forzada viola los derechos humanos a la salud, a la igualdad y a la no discriminación y a la vida privada (autonomía reproductiva); todos ellos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México es parte. El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha indicado que esta práctica infringe el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.¹⁹ En 2013, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura concluyó que la esterilización forzada puede constituir una violación a la prohibición absoluta de la tortura. Además, recordó que esta práctica cometida como un acto sistemático o generalizado contra una población civil constituye un delito de lesa humanidad.²⁰

Históricamente, en América Latina se han documentado casos de esterilizaciones forzadas dirigidas de manera particular a mujeres indígenas con el objetivo de controlar el crecimiento poblacional, constituyendo a todas luces actos discriminatorios y violatorios de los derechos humanos. En la esfera internacional, se han presentado casos de esterilización forzada ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), tales como *F.C. vs. Chile*, relativo a la esterilización de mujeres con VIH y *María Mamérta vs. Perú*, sobre la esterilización de una mujer indígena durante el régimen de Alberto Fujimori.

A pesar de estos precedentes, en la actualidad se siguen documentando casos de esterilización forzada, particularmente en ciertas poblaciones como las mujeres indígenas o de escasos recursos, mujeres con alguna discapacidad o mujeres con VIH/SIDA. Esta práctica, además, se realiza en contextos en los que las mujeres no se encuentran en condiciones idóneas para otorgar su consentimiento informado, ya sea porque están en situaciones de presión, urgencias médicas o falta de información acerca de las alternativas existentes. Como ha advertido el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) “el carácter permanente de la esterilización quirúrgica obliga a que se tome un especial cuidado para asegurar que cada mujer realice una elección voluntaria e informada de método”.²¹

19. Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, *Observación General No. 28, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 3 - La igualdad de derechos entre hombres y mujeres* [U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7], 68º periodo de sesiones (2000). Disponible en <<http://bit.ly/1Qj4ApN>> [consulta: 29 de abril de 2015].

20. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes Juan Méndez* [A/HRC/22/53], 28º periodo de sesiones (2014). Disponible en <<http://bit.ly/1Htfm4D>> [consulta: 29 de abril de 2015].

21. UNFPA, *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource constrained settings*, Ginebra, 2006, p. 23. Disponible en <<http://bit.ly/1dzoScD>> [consulta: 10 de mayo de 2015].

MARÍA MAMÉRITA VS. PERÚ²²

María Mamérita vs. Perú es el caso de una mujer campesina de 33 años de edad, madre de siete hijos, que fue sometida a una esterilización forzada que ocasionó su muerte.

De acuerdo con la petición presentada ante la CIDH por las organizaciones Estudio para la Defensa de la Mujer (DEMUS), el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer (CLADEM) y la Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH), las cuales acreditaron posteriormente como copeticionarias al Center for Reproductive Rights (CRR) y al Centro para la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), María fue objeto de acoso por parte del Centro de Salud del Distrito de La Encañada desde 1996 para acceder a una esterilización. Durante este tiempo, el personal de salud se encargó de amenazar tanto a ella como a su esposo diciéndoles que, si no accedían al procedimiento, serían denunciados ante la policía, fundamentándose en la existencia de una ley que sancionaba a las personas que tuvieran más de cinco hijos.

En este contexto de coerción, María finalmente firmó una forma de consentimiento para una salpingoclasia que se efectuó sin análisis médicos previos. Tras la intervención, fue dada de alta del hospital, a pesar de que presentaba vómito e intensos dolores de cabeza. Durante los días siguientes su salud siguió empeorando. Su esposo notificó al hospital de estos síntomas, pero le dijeron que eran efectos normales relacionados con la anestesia. Unos días después, María falleció en su casa. Un médico del Centro de Salud ofreció dinero a su esposo para dar por concluido el asunto.

En junio de 1999 se presentó el caso ante la CIDH por las violaciones a los derechos a la vida, a la integridad personal y a la igualdad protegidos por la Convención Americana, así como por la violación de diversos artículos de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará), la CEDAW y el Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). Además, las organizaciones peticionarias buscaron enmarcar el caso de María Mamérita en un contexto generalizado de esterilizaciones forzadas en Perú, como parte de una política gubernamental sistemática y masiva de utilizar la esterilización como método de control poblacional, dirigido de manera particular a mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales.

Finalmente, la CIDH promovió un acuerdo de solución amistosa entre las partes, donde el Estado peruano admitió su responsabilidad internacional por los hechos descritos y se comprometió a adoptar medidas de reparación material y moral por el daño sufrido e impulsar una exhaustiva investigación de los hechos, así como a adoptar garantías de no repetición. Los términos de este acuerdo fueron firmados por las partes el 26 de agosto de 2003.

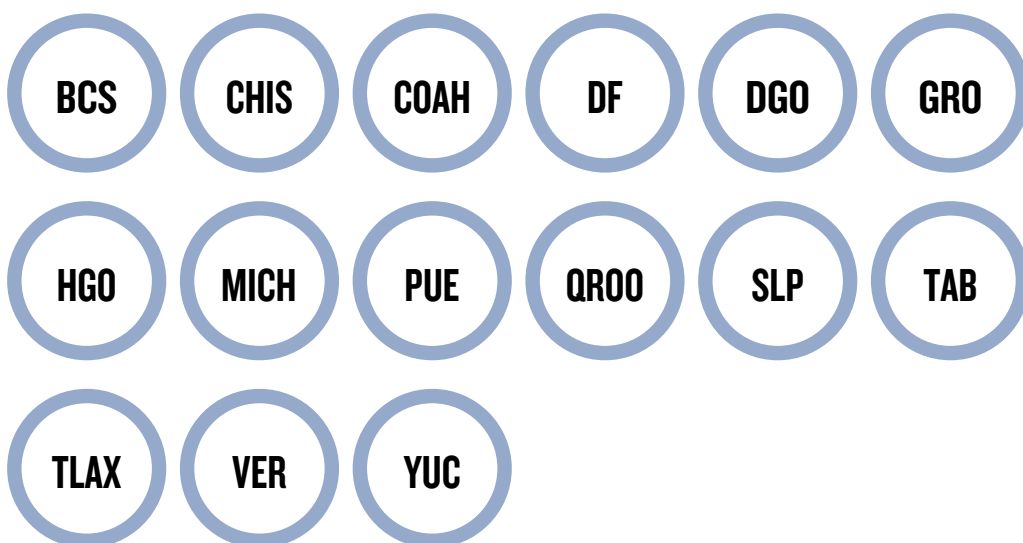
22. CIDH, *Informe No 71/03: Petición 12.191. Solución amistosa María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú, 10 de octubre de 2003*. Disponible en <<http://bit.ly/1L0mqHg>> [consulta: 7 de mayo de 2015].

2.1 MARCO NORMATIVO

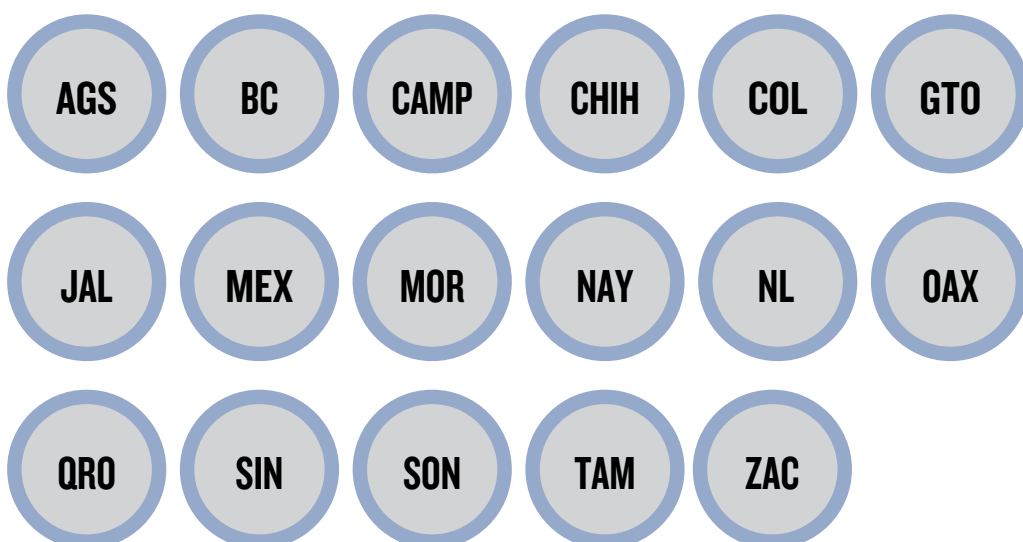
La esterilización forzada se encuentra tipificada como un delito en el Código Penal Federal, así como en los códigos penales de 15 entidades federativas, en términos similares y con penas que varían desde la reparación de los daños y perjuicios, hasta 70 días de multa y entre cuatro y siete años de prisión, además de la suspensión del empleo o profesión temporal o definitiva.

ESTERILIZACIÓN FORZADA EN CÓDIGOS PENALES

CONSIDERA LA ESTERILIZACIÓN FORZADA COMO DELITO

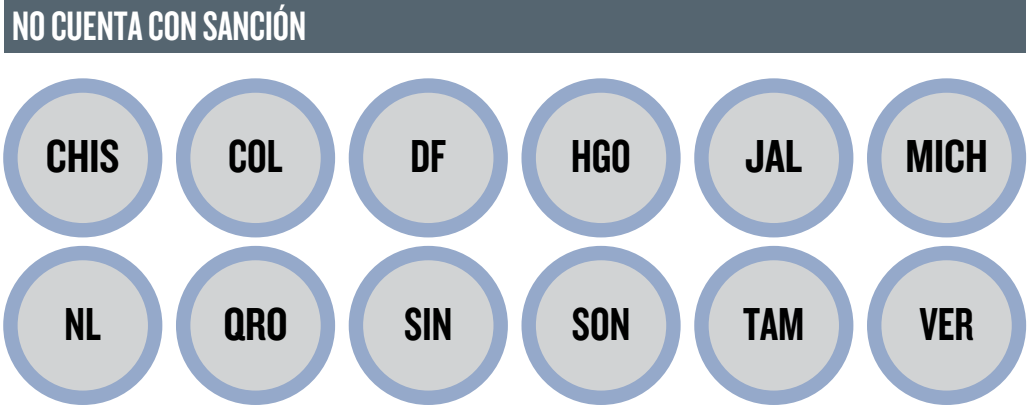


NO CONSIDERA LA ESTERILIZACIÓN FORZADA COMO DELITO



Asimismo, la Ley General de Salud (LGS) establece en su artículo 67 que “Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”. Las sanciones a las que hace referencia la LGS consisten en una multa equivalente de seis mil hasta doce mil veces el salario mínimo. Sólo en las leyes de salud de 19 entidades federativas se incluyen artículos para sancionar la esterilización forzada en los mismos términos que la LGS.

ESTERILIZACIÓN FORZADA EN LEYES DE SALUD



Fuente: GIRE, mayo 2015.

2.2 ACCESO A LA JUSTICIA

Los mecanismos administrativos y penales para sancionar la anticoncepción y la esterilización forzada proveen poca información con respecto a la capacidad efectiva que tienen las personas víctimas de esta práctica para acceder a la justicia, así como el uso de los mecanismos de denuncia existentes.

Por ello, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las procuradurías de justicia y poderes judiciales locales que tienen tipificado el delito²³ de esterilización forzada para conocer el número de denuncias, juicios penales y sentencias por este delito en el periodo comprendido entre agosto de 2012 y diciembre de 2013, obteniendo como respuesta que en ningún caso se encontró información al respecto. Sin embargo, al cuestionar a los servicios de salud públicos, tanto locales como federales, acerca del número de quejas recibidas por casos de esterilización forzada en el mismo periodo, se obtuvo información de una queja resuelta mediante conciliación en la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Hidalgo, así como una queja en los servicios de salud públicos de Morelos y dos en el estado de Veracruz. Pero no se tiene información acerca de la resolución de dichas quejas ni si existen mecanismos de reparación integrales para las víctimas, lo cual resulta preocupante.

3. ACCESO A ANTICONCEPTIVOS

El acceso a métodos anticonceptivos es un componente esencial para el ejercicio de los derechos humanos. El Comité CEDAW en su Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud estableció que los Estados deben emprender acciones para abordar todos los aspectos de la atención a la salud para mujeres y niñas, incluido el acceso a anticoncepción y recursos de planificación familiar.²⁴ Tanto ese Comité como el de Derechos Humanos han reconocido la necesidad del acceso a anticonceptivos para las mujeres como una forma de proteger su vida.²⁵

En ese contexto, no sólo es necesario que la adopción de métodos permanentes o temporales de anticoncepción no se lleve a cabo de manera forzada, sino también que se garantice su acceso sin discriminación para quienes desean utilizarlos. A pesar de que han existido avances muy importantes en este respecto, es lamentable que persistan retos graves; en particular cuando se habla de no discriminación a ciertos grupos poblacionales.

De acuerdo con la OMS, un marco de derechos humanos para la provisión de información y servicios de anticoncepción debe incluir los siguientes componentes:²⁶

23. Debido a que en los casos de Michoacán, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán se reformaron los códigos penales para incluir el delito de esterilización forzada en el año 2014 y el periodo comprendido por las solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE para este informe es de agosto 2012 a diciembre 2013, no se cuestionó a dichos estados acerca de este delito.

24. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Recomendación General 24. Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, 20º periodo de sesiones (1999), párrafo 17. Disponible en <<http://bit.ly/opp1tq>> [consulta: 15 de mayo de 2015].

25. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Jamaica [CEDAW/C/JAM/CO/5]*, 36º periodo de sesiones (2006), párrafo 35. Disponible en <<http://bit.ly/WAKve9>> [consulta: 8 de mayo de 2015]. Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: República Democrática del Congo [CCPR/C/COD/CO/3]*, 86º periodo de sesiones (2006), párrafo 14. Disponible en <<http://bit.ly/V24Bgs>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

26. Véase *supra*, nota 2.

1. **NO DISCRIMINACIÓN:** acceso para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, con un énfasis especial en grupos tradicionalmente discriminados, como las personas indígenas, las personas con discapacidad y las niñas, niños y adolescentes.
2. **DISPONIBILIDAD:** asegurar la disponibilidad de servicios, productos y programas en cantidades suficientes; esto incluye asegurar que la lista modelo de medicinas esenciales de la OMS —que incluye métodos anticonceptivos— se encuentre disponible en el país.
3. **ACCESIBILIDAD:** eliminar barreras al acceso a servicios, incluyendo física y económica, así como garantizar el acceso a información y métodos sin necesidad de autorización de terceras personas, como parejas o padres.
4. **ACEPTABILIDAD:** garantizar la provisión de información y servicios respetuosos de la ética médica, así como de la cultura de las personas usuarias, con perspectiva de género y un diseño que respete la confidencialidad y favorezca una visión integral de la salud.
5. **CALIDAD:** garantizar que los servicios de salud sean médica y científicamente apropiados y de calidad; esto requiere, entre otros, personal calificado, infraestructura adecuada y equipo aprobado científicamente
6. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** los proveedores de servicios tienen la responsabilidad de otorgar información clara y precisa, utilizando lenguaje y métodos comprensibles para la persona usuaria para facilitar un proceso de decisión completo, libre e informado. La información proporcionada debe enfatizar las ventajas y desventajas de cada método, los beneficios, riesgos y efectos secundarios y debe permitir la comparación entre diferentes métodos.
7. **CONFIDENCIALIDAD:** las personas no deben enfrentar injerencias arbitrarias en su vida privada, lo que implica la obligación del personal de salud de salvaguardar la información médica que reciben por parte de sus pacientes. Se debe otorgar un especial énfasis en este aspecto a grupos tradicionalmente estigmatizados como las personas con VIH, los adolescentes y las trabajadoras sexuales.
8. **PARTICIPACIÓN:** las personas deben ser consideradas como agentes activas que participan en las decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva; en este sentido, se deben promover diferentes formas de participación en la elaboración de políticas, normas y programas, así como transparentar y someter a escrutinio público la evidencia y criterios para priorizar acciones.
9. **RENDICIÓN DE CUENTAS:** requiere que las personas, familias y grupos tengan conocimiento sobre sus derechos y mecanismos efectivos para exigirlos. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos obliga a los Estados a garantizar mecanismos de rendición de cuentas, incluidos de evaluación y monitoreo, así como procesos efectivos de denuncia y acceso a la justicia.

¿PLANIFICACIÓN FAMILIAR O ANTICONCEPCIÓN?

Durante las décadas de 1970 y 1980, el auge de las políticas públicas de control poblacional fomentó una importante discusión acerca del uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, estas políticas se centraban en objetivos demográficos y no en los derechos de las personas para decidir acerca de su reproducción. A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada cabo en El Cairo en 1994, la comunidad internacional se comprometió a desarrollar políticas de población que tuvieran como eje central los derechos reproductivos de las mujeres.²⁷ Así, se comenzó a cambiar el foco de la discusión sobre métodos anticonceptivos hacia el reconocimiento de derechos humanos y el ejercicio de una maternidad libre y voluntaria, en lugar del control poblacional. Lamentablemente, en los últimos años han resurgido algunas tendencias a nivel mundial que buscan rescatar el enfoque del control poblacional,

en lugar de abordar el tema del acceso a métodos anticonceptivos como un aspecto esencial del derecho a la vida privada (autonomía reproductiva).

Es por ello que desde una perspectiva feminista y de derechos humanos se ha buscado hablar de derechos sexuales y reproductivos al referirse a la anticoncepción.

En este sentido, resulta esencial que el concepto de planificación familiar presente en leyes, reglamentos y programas sea interpretado de conformidad con las normas de derechos humanos reconocidas por el Estado mexicano, reconociendo que incluye tanto a los servicios de anticoncepción, como a los de reproducción humana asistida, sin que en ninguno de los dos casos se requiera para su ejercicio contar con una pareja.

3.1 PANORAMA EN MÉXICO

A. CIFRAS GENERALES

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, 90% de la población de 12 a 19 años de edad a nivel nacional reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo. Esta cifra muestra un avance significativo respecto a lo reportado en la ENSANUT 2006 (de 82%) y en la ENSANUT 2000 (de 69%).²⁸ Pareciera entonces que **en los últimos años se ha ampliado de manera considerable el conocimiento que tienen las personas sobre la existencia de métodos anticonceptivos.**

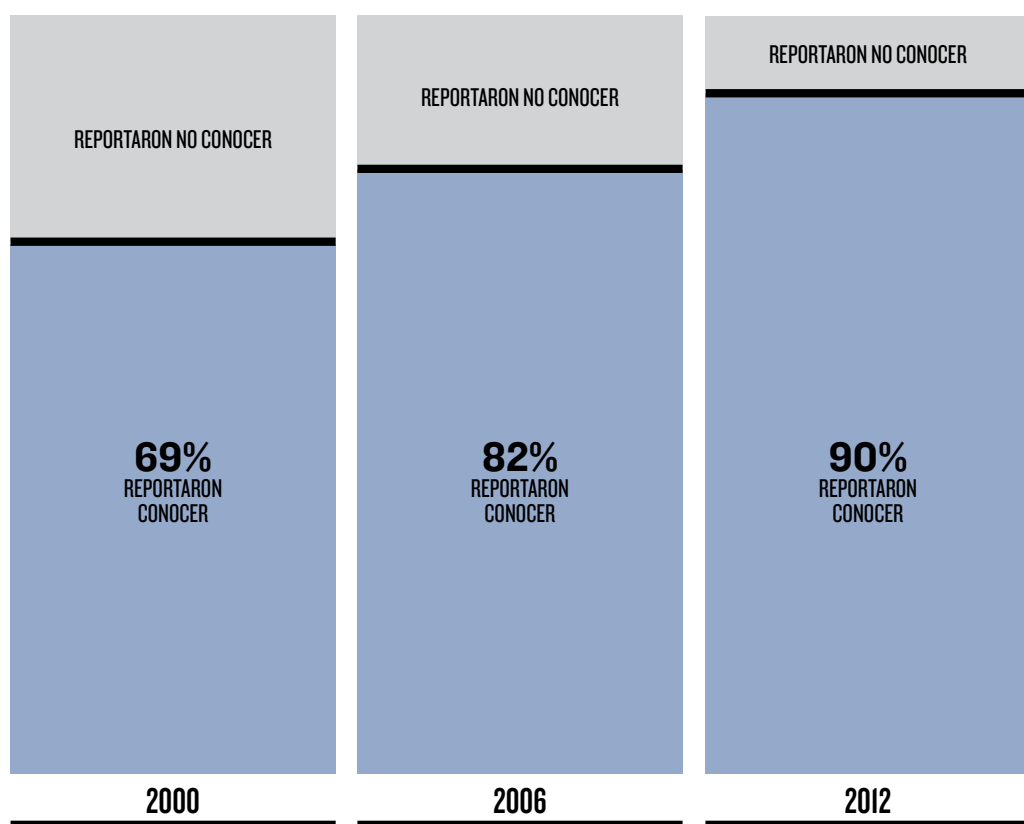
Sin embargo, esta cifra no garantiza que las personas tengan información completa ni correcta sobre dichos métodos. Por ejemplo, ante la pregunta de cuántas veces se puede usar un condón masculino, 15.5% de las personas encuestadas respondieron de manera incorrecta, con un porcentaje mayor de mujeres que de hombres, lo cual habla también de un problema de discriminación de género. Además, el conocimiento acerca de la existencia y el correcto uso de métodos anticonceptivos no garantiza que éstos sean efectivamente accesibles o utilizados. **Del total de adolescentes sexualmente activos reportados por la ENSANUT 2012, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres afirmaron no haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.**²⁹

27. UNFPA, *Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994*. Disponible en <<http://bit.ly/1FVZyEB>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

28. Gutiérrez, J., et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

29. *Ibid.*

ADOLESCENTES QUE REPORTARON CONOCER ALGÚN METODO ANTICONCEPTIVO



Fuente: ENSANUT 2000, 2006 y 2012.

Asimismo, el conocimiento y prevalencia sobre métodos anticonceptivos no es homogéneo en todo el país. En 2009, la prevalencia de uso de anticonceptivos en Nuevo León, Sinaloa, Sonora y el Distrito Federal era superior a 79.6%. En contraste, los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán y Oaxaca presentaron el mismo año una prevalencia por debajo de 61.4%, lo que indica que dichas entidades presentan un rezago de aproximadamente 17 años con respecto al promedio del país.³⁰ Esta diferencia regional se mantiene al analizar la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos,³¹ que en términos generales disminuyó en 15.1% durante el periodo de 1987 a 2009, pero que se presenta principalmente en los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán y Oaxaca.³²

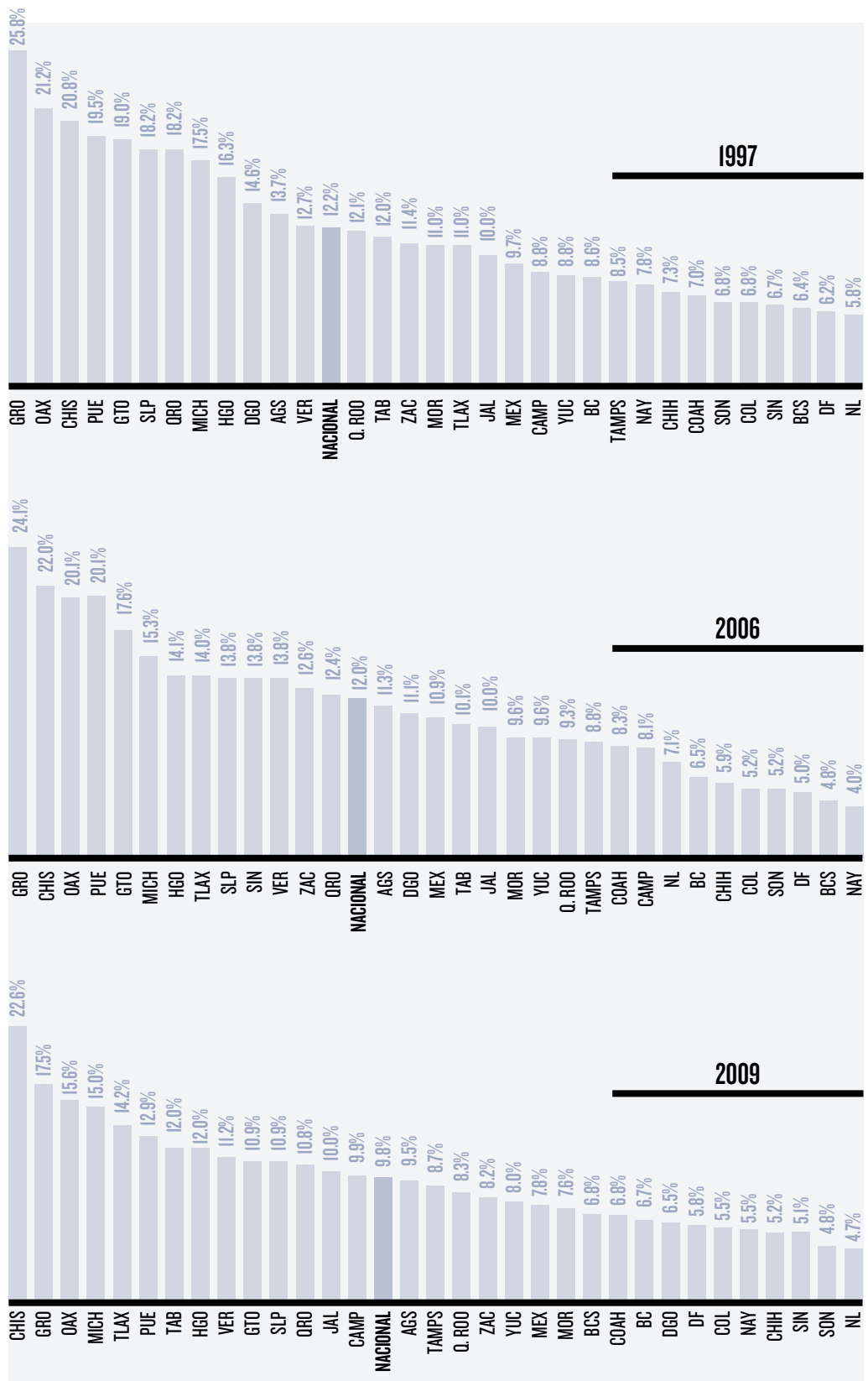
30. INEGI, *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009: panorama sociodemográfico de México: principales resultados*, México, CONAPO, INEGI, 2011

31. La demanda insatisfecha se mide por la proporción de mujeres con vida sexual activa que manifiestan un deseo expreso de no embarazarse, pero que no usan anticonceptivos.

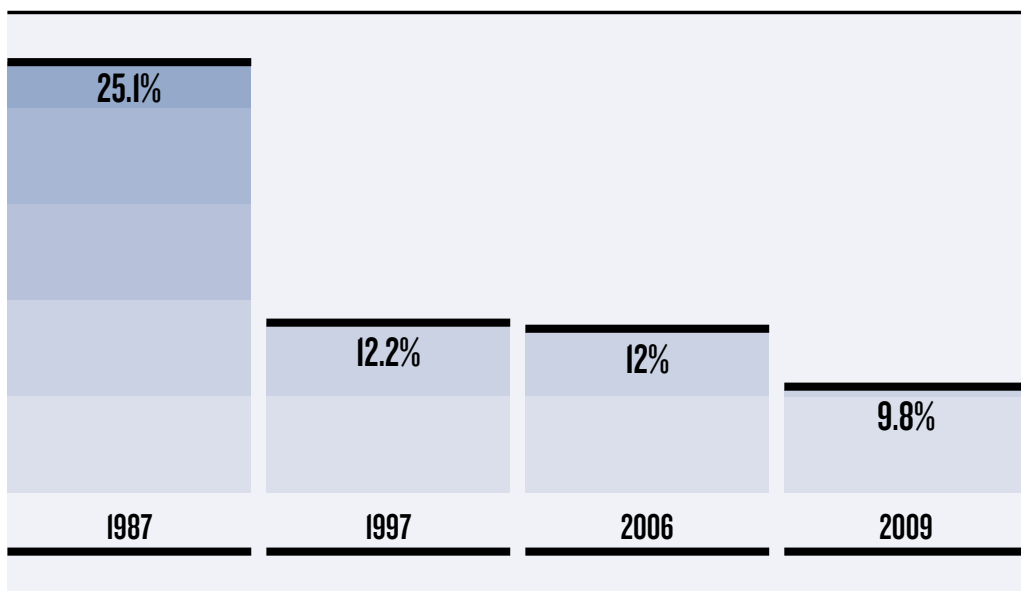
32. Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico: Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*, op. cit.

NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Fuente: CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 y la ENADID 1997, 2006 y 2009.



NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MÉXICO



Fuente: CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 y la ENADID 1997, 2006 y 2009.

Es importante reconocer que, a pesar del aumento generalizado en la información y acceso a métodos anticonceptivos en México, persisten rezagos importantes en ciertos grupos poblacionales, en particular las personas adolescentes y las mujeres indígenas. En este sentido, los artículos 14 y 16 de la CEDAW hacen referencia explícita a que debe garantizarse el acceso a la información en materia de anticoncepción, especialmente para las adolescentes y las mujeres indígenas, que frecuentemente encuentran mayores restricciones para cumplir con este acceso.

B. ADOLESCENTES

La cifra de embarazos adolescentes en México es alta y va en aumento. De los países que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), México tiene la tasa de natalidad más alta entre mujeres de 15 a 19 años, con 64.2 nacimientos por cada mil.³³ De acuerdo con las cifras públicas oficiales, de cada diez adolescentes entre 15 y 19 años, dos han estado embarazadas más de una vez.³⁴ Asimismo, se estima que 17.4% de los nacimientos totales corresponden a mujeres menores de 20 años.³⁵ El embarazo adolescente es un problema multifactorial que requiere legislación y políticas públicas dirigidas no sólo a promover y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos con consejería amigable y sin discriminación, sino también la atención urgente del Estado para prevenir y atender la violencia sexual, evitar el matrimonio infantil, impartir educación sexual integral, dar acceso a la interrupción legal del embarazo y garantizar una atención médica especializada, entre otros.

33. UNFPA, *Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo adolescente: informe de la población mundial 2013*, Nueva York, 2013. Disponible en <<http://bit.ly/1e8sAuW>> [consulta 12 de noviembre de 2014].

34. INEGI, *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009: panorama sociodemográfico de México: principales resultados*, México, CONAPO, INEGI, 2011, p. 22.

35. Secretaría de Salud, *Sistema Nacional de Información en Salud, Certificado de nacimiento-nacimientos ocurridos 2013*, México, SINAIS, 2013. Disponible en <<http://bit.ly/1Fy26Nj>> [consulta: 29 de abril de 2015].

INICIATIVA PENDIENTE: PRESCRIPCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS CON BASE EN HISTORIAL CLÍNICO

En tiempos recientes se aprobó en el Senado de la República —y en la actualidad se analiza en la Cámara de Diputados— una iniciativa para reformar el artículo 68 de la Ley General de Salud en materia de planificación familiar para quedar como sigue:

Artículo 68. Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. ...
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar, así como la prescripción del método anticonceptivo adecuado, con base en su historial clínico;

La oferta de métodos anticonceptivos con base en el historial clínico de las personas usuarias debe tomar en cuenta no sólo su expediente médico, sino también sus circunstancias personales, antecedentes familiares y preferencias. Más allá de la aprobación de esta reforma —que será discutida en el próximo periodo legislativo—, resulta esencial que, en la práctica, los servidores de salud que otorguen consejería para la elección de un método anticonceptivo entiendan y apliquen este concepto de historial clínico, que otorga preeminencia a las preferencias de las personas usuarias.

PROPUESTAS PARA PREVENIR Y ATENDER EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA CAMPAÑA “RECUPERA UNA OPORTUNIDAD” DE GIRE, AFLUENTES Y MEXFAM

PREVENIR Y ATENDER LA VIOLENCIA SEXUAL

Promover una cultura de la igualdad de género que reconozca y condene todas las formas de violencia sexual hacia niñas y adolescentes.

Capacitar a impartidores de justicia y profesionales de salud para atender los casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes.

Garantizar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo por violación a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Proveer información y acceso a anticoncepción de emergencia a las víctimas de violencia sexual.

GARANTIZAR ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Garantizar la existencia en instituciones públicas de salud de todos los métodos anticonceptivos en cantidades adecuadas, condiciones óptimas para su uso y disponibles en el momento en que son requeridos.

Aumentar los puntos de acceso a métodos anticonceptivos (escuelas, centros deportivos, centros, restaurantes, centros comerciales, transporte público, entre otros).

Proporcionar una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz, verdadera, completa y basada en evidencia científica.

EVITAR LA DESERCIÓN ESCOLAR

Evitar que las niñas y adolescentes embarazadas abandonen sus estudios a través de programas de apoyo educativo y becas para fortalecer su permanencia en la escuela.

Favorecer esquemas flexibles de atención educativa para niñas y adolescentes embarazadas o madres.

PROVEER SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Prestar servicios de salud sensibles, especializados y de calidad que atiendan las necesidades físicas y psicológicas de las niñas y adolescentes embarazadas durante el embarazo, parto y postparto, considerando el riesgo particularmente alto al que se enfrentan.

ELIMINAR EL MATRIMONIO INFANTIL

Realizar las reformas legislativas necesarias a efecto de garantizar que la edad mínima para contraer matrimonio sea de 18 años tanto para hombres como para mujeres.

IMPARTIR EDUCACIÓN SEXUAL

Garantizar que las materias de salud sexual y reproductiva sean impartidas en las escuelas del país.

Impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad y la planificación familiar, así como la paternidad/maternidad responsables.

Formar al personal docente en las materias de salud sexual y reproductiva.

Promover y ofrecer talleres para padres en materia de salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes.

BRINDAR CONSEJERÍA AMIGABLE

Garantizar un ambiente de confidencialidad durante la prestación de los servicios de consejería para jóvenes.

Brindar consejería sobre anticoncepción y riesgo de embarazo temprano, a través de personal debidamente capacitado, libre de prejuicios y con absoluto respeto al derecho a decidir sobre su conducta sexual y reproductiva y al ejercicio del consentimiento informado en la prescripción de métodos anticonceptivos.

Facilitar la identificación de los lugares en donde se brinden los servicios de consejería amigables para jóvenes.

GARANTIZAR EL ACCESO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

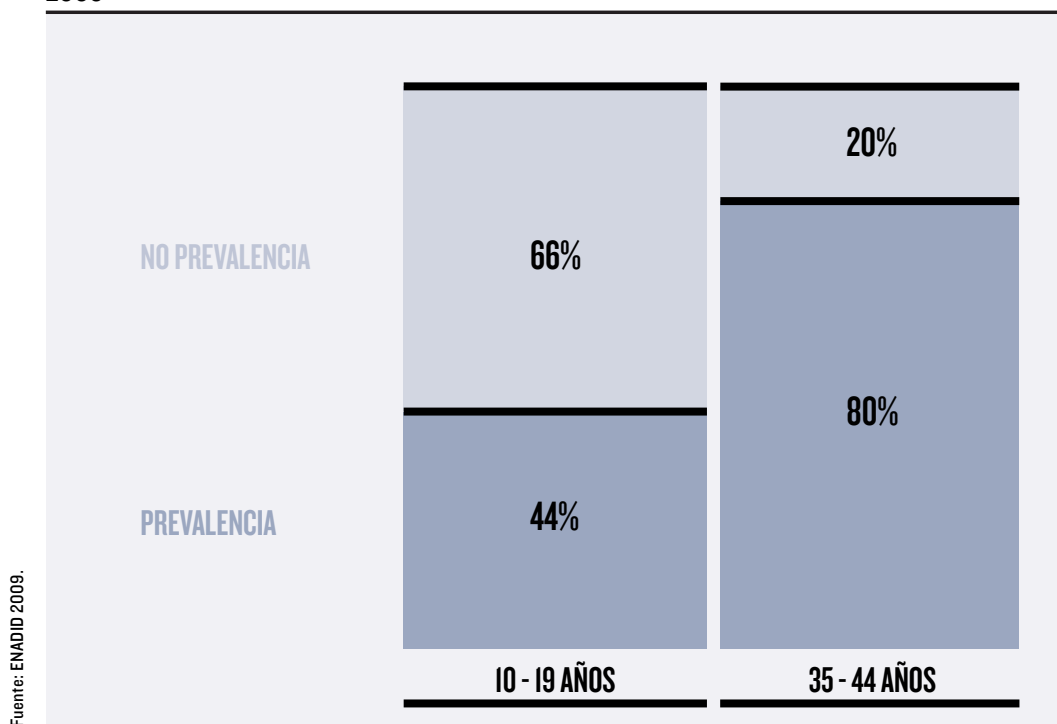
Reconocer e implementar la salud en todas las entidades del país.

Reconocer el derecho de las niñas y adolescentes a interrumpir su embarazo por los riesgos a su salud y vida que representa un embarazo temprano.

Sin duda, el embarazo adolescente es un fenómeno complejo en el que intervienen factores sociales, económicos y culturales. Su disminución depende de acciones coordinadas e integrales a desarrollar por parte de diversas instancias gubernamentales: las secretarías de salud federal y locales, las secretarías de educación pública federal y locales, así como los órganos legislativos, entre otros. Sin embargo, la falta de acceso a información y servicios de anticoncepción constituye un factor fundamental en la materia. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el Derecho al Disfrute al Más Alto Nivel Posible de Salud establece que “El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tome en cuenta la confidencialidad y la vida privada, y prevea el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”.³⁶

En 2009 la prevalencia más baja de anticoncepción, de 44%, se observó en adolescentes. En contraste, las personas de 35 a 44 años reportaron una prevalencia de cerca de 80%.³⁷ Las cifras de acceso a métodos anticonceptivos dan cuenta de un problema particular en la población adolescente, con mayores índices de necesidad insatisfecha de métodos, menor conocimiento sobre éstos y altos índices de embarazo, lo que obliga a tratar de identificar los obstáculos que enfrenta esta población en particular con respecto al acceso a información y servicios anticonceptivos. Esto, aunado a los índices de violencia sexual en la infancia, la muerte materna en niñas y adolescentes y la necesidad de actuar de acuerdo con el interés superior de la infancia, obliga a poner un especial énfasis en el acceso sin discriminación a métodos anticonceptivos para este grupo poblacional.

PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS 2009



36. Naciones Unidas, Comité DESC, *Observación General N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [E/C.12/2000/4], 22° período de sesiones (2000), párrafo 23. Disponible en <<http://bit.ly/1Tem8RK>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

37. INEGI, *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009*, op. cit.

Para tratar de identificar estas barreras, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a los servicios de salud pública locales y federales acerca del número de anticonceptivos otorgados a personas menores de 18 años de agosto de 2012 a diciembre de 2013. Sin embargo, en todos los casos —excepto Hidalgo y Michoacán— se respondió que los datos agregados no distinguen esta información y sólo desagregan por mayor o menor de 20 años. **Estas respuestas permiten distinguir un problema importante: la manera en la que las instituciones de salud sistematizan la información no contribuye a la identificación de los patrones de discriminación que enfrentan las personas adolescentes cuando acuden a los servicios de salud para solicitar asesoría y métodos anticonceptivos.**

El 15 de junio de 2014 la Secretaría de Salud federal presentó el Proyecto de Norma Oficial Mexicana *NOM-047-SSA2-2014, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad* (NOM 047), con el objeto de “establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en el grupo etario y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales”.³⁸

Como parte del proceso de consulta pública, GIRE envió el 28 de agosto de 2014 comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CENNCPCE) en donde expresó la necesidad de mejorar la argumentación del apartado de “Considerandos” para enfatizar la importancia de respetar el derecho a la vida privada de las personas adolescentes e incluir expresamente la obligación de los prestadores de servicios de salud de proporcionar la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) durante la atención a víctimas de violencia sexual, así como una referencia a la Ley General de Víctimas en relación con este mismo tema.

Asimismo, se propuso revisar el numeral 5.6 incluido en el proyecto de norma que establecía la necesidad de la presencia de un integrante más del personal de salud para la consejería anticonceptiva y, tratándose de menores de edad, la participación de quien lo represente legalmente. GIRE propuso que era necesario considerar la voluntad de la persona usuaria de los servicios respecto de la presencia de sus padres o tutores en los servicios de consejería, así como priorizar el interés superior de la infancia para la provisión de estos servicios de conformidad con su edad, madurez y desarrollo.

Sin embargo, la Secretaría de Salud respondió a este comentario argumentando que, “de acuerdo con el Código Civil Federal, los menores de edad son incapaces y ejercen sus derechos a través de quien ejerce la patria potestad”, concepto contrario a la perspectiva de derechos humanos y que hace evidente la ignorancia de las autoridades respecto a las obligaciones del Estado mexicano con respecto a los derechos de la infancia.

38. México, Secretaría de Salud, “Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-047-SSA2-2014, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 15 de julio de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1HskkB0>> [consulta: 10 de junio de 2015].

Con base en el derecho a la igualdad y a la no discriminación, así como los principios de interés superior de la infancia y de capacidad evolutiva de los niños, niñas y adolescentes, se debe reiterar la importancia de reconocer el derecho de las personas adolescentes a recibir consejería y servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que no debería haber necesidad de la presencia de otro prestador de servicios de salud en la consejería si no hay acompañamiento de los padres o tutores. La patria potestad no debe ser un impedimento para que las personas adolescentes puedan ejercer sus derechos humanos, entre los cuales se encuentra tener acceso a los servicios de salud reproductiva. **A pesar de haberse aprobado el 20 de febrero de 2015 en sesión del CNNPCE, a mayo de 2015, la NOM 047 no se ha publicado en el Diario Oficial de la Federación.**

En el ámbito internacional, el Comité de los Derechos del Niño ha recomendado a los Estados eliminar la exigencia de consentimiento de los padres en el acceso a los métodos anticonceptivos³⁹ y el Comité CEDAW ha señalado la importancia de garantizar el acceso universal a servicios de salud, información y educación sobre derechos sexuales y reproductivos, a fin de prevenir los embarazos no deseados en adolescentes.⁴⁰ **En su reciente revisión relativa al cumplimiento de México de la Convención de los Derechos del Niño en mayo de 2015, el Comité de los Derechos del Niño recomendó al Estado mexicano asegurar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva confidenciales y adecuados para niños y niñas, incluyendo el acceso a anticonceptivos.**⁴¹

C. PERSONAS INDÍGENAS

El acceso sin discriminación a información y servicios de anticoncepción para personas indígenas representa un reto fundamental del Estado mexicano en materia de derechos humanos. Las personas indígenas en México —las mujeres, en particular— han enfrentado violaciones graves y sistemáticas a sus derechos reproductivos que van desde esterilizaciones forzadas, hasta malos tratos en servicios de salud y falta de acceso a información en su idioma. En este sentido, la Recomendación General 4 emitida por la CNDH en 2002 citada anteriormente hace referencia a la ausencia de formas de consentimiento informadas adecuadas para personas indígenas, particularmente para la adopción de métodos anticonceptivos permanentes y de larga duración.⁴²

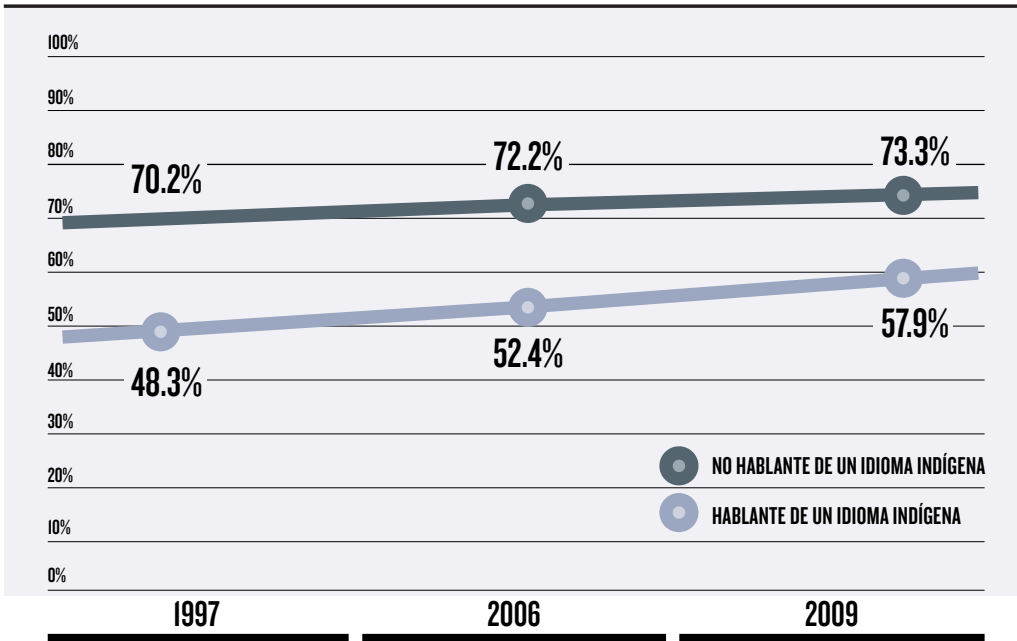
39. Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: Guatemala [CRC/C/15/Add.154]*, 27º periodo de sesiones (2001), párrafo 45. Disponible en <<http://bit.ly/10z0jq1>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

40. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México [CEDAW/C/MEX/CO7-8]*, 52º periodo de sesiones (2012), párrafo 31. Disponible en <<http://bit.ly/1hhCf09>> [consulta: 29 de abril de 2015].

41. Ver *supra*, nota 12.

42. Ver *supra*, nota 14.

MUJERES UNIDAS QUE USAN ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Encuestas Nacionales Demográficas.

Por tanto, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las secretarías de salud federal y locales acerca de la presencia en los centros de salud de personas capacitadas para proveer de consejería e información anticonceptiva a personas de habla indígena, así como la existencia de folletos o material audiovisual en sus idiomas. A pesar de que en ciertos casos se afirmó contar con la presencia de intérpretes, se especificó que se contaba con uno o dos para toda la entidad o no se proporcionó información acerca del número y distribución de éstos, por lo que resulta imposible inferir si son suficientes. **Lo anterior hace evidente una realidad alarmante: la garantía del derecho a la información sobre anticonceptivos no está disponible para una parte importante de las personas en el país, lo que constituye una grave situación de discriminación.**

En otros casos, las autoridades respondieron que las personas indígenas, en caso de no hablar español, llegaban al centro de salud con sus propios intérpretes, familiares o líderes comunitarios. Esta afirmación evidencia un problema muy grave en los servicios de salud públicos, que trasladan su responsabilidad de garantizar un acceso libre de discriminación a estos servicios, en lugar de asumir que es el Estado quien está obligado a garantizar dicho acceso.

ACCESO A CONSEJERÍA SOBRE ANTICONCEPCIÓN PARA PERSONAS HABLANTES DE IDIOMA INDÍGENA

SÍ
 NO
 SIN RESPUESTA/
 INFORMACIÓN INEXISTENTE

CUENTAN CON INTÉRPRETES PARA PROVEER CONSEJERÍA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

BC	CHIS	CHIH	HGO	AGS	BCS	CAMP	COAH
JAL	MICH	PUE	QRO	COL	DF	DGO	GRO
Q. ROO	TAB	TLAX	YUC	GTO	MEX	NAY	NL
IMSS				OAX	SLP	SON	TAMPS
MOR	SIN	VER	SSA	ZAC	ISSSTE		

CUENTAN CON UN MANUAL PARA PERSONAL QUE PROVEERÁ CONSEJERÍA A PERSONAS INDÍGENAS

CHIH	COL	MOR	OAX	AGS	BC	BCS	CAMP
PUE	IMSS			CHIS	COAH	DF	DGO
SIN	VER	YUC		GTO	GRO	HGO	JAL
				MEX	MICH	NAY	NL
				QRO	Q. ROO	SLP	SON
				TAB	TAMPS	TLAX	ZAC
				ISSSTE	SSA		

CUENTAN CON MATERIAL AUDIOVISUAL PARA PERSONAS DE HABLA INDÍGENA Y CON DEBILIDAD VISUAL

BC	CHIH	COL	HGO	AGS	BCS	CAMP	CHIS
YUC				COAH	DF	DGO	GRO
GTO	MOR	SIN	VER	JAL	MEX	MICH	NAY
				NL	OAX	PUE	QRO
				Q. ROO	SLP	SON	TAB
				TAMPS	TLAX	ZAC	IMSS
				ISSSTE	SSA		

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

A lo anterior se suman los casos de Aguascalientes, Tamaulipas y Zacatecas que respondieron no tener intérpretes ya que “no se cuenta con población indígena en la entidad”, a pesar de que, de acuerdo con información del censo realizado en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población indígena corresponde a 2 436 personas en el estado de Aguascalientes, 23 296 en el estado de Tamaulipas y 4 924 en el caso de Zacatecas.⁴³ **Destaca además el caso de Guerrero, con una alta proporción de población indígena, que respondió no contar con intérpretes en sus instituciones de salud.**

Además, en la mayoría de los casos no se cuenta con material audiovisual para proveer información anticonceptiva, lo cual podría facilitar el acceso a la información sobre este tema no sólo a personas indígenas, sino también a personas analfabetas o con debilidades visuales.

3.2 MARCO NORMATIVO

En México el acceso a información y servicios de anticoncepción se regula por medio de la Ley General de Salud y la Ley General de Población, así como sus reglamentos y las normas oficiales mexicanas que derivan de la primera. Es decir, en México, las políticas públicas en materia de información y acceso a servicios de anticoncepción se insertan tanto en las políticas de población como en las de salud. En el caso de la normativa de salud, por tratarse de una facultad concurrente, cada entidad federativa cuenta con una ley local. Además, se cuenta con una Norma Oficial Mexicana específica sobre la materia: la NOM-005-SSA2-1993, *De los servicios de planificación familiar* (NOM 005).

De acuerdo con el artículo 3º de la Ley General de Población, “la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas, y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país”.

Este artículo expresa de forma especialmente grave la perspectiva de control poblacional aún presente en la normativa mexicana con respecto a los servicios de anticoncepción, con la pretensión explícita de controlar “racionalmente” el crecimiento de la población y no de garantizar el ejercicio de los derechos humanos, como es obligación del Estado mexicano. A pesar de que el reglamento de la citada ley define a la planificación familiar como el “ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos”, reconociendo éste como un tema de derechos, resulta alarmante que se continúe sosteniendo una visión de control poblacional en la Ley General de Población.

Por su parte, la Ley General de Salud en su artículo 3º señala que la planificación familiar es materia de salubridad general, y en sus artículos 67 a 71 incluye diversas disposiciones que le otorgan carácter prioritario a la planificación familiar y establecen la facultad de la Secretaría de Salud federal para coordinar las actividades de las dependencias y entidades del Sector Salud para instrumentar y operar las acciones de planificación familiar. En este caso, de nuevo, se hace referencia al concepto de planificación familiar, lo que desdibuja de manera importante el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas independientemente de sus planes de vida.

43. INEGI, *Censo de Población y Vivienda (2010): panorama sociodemográfico de México*, México, 2011. Disponible en <<http://bit.ly/1kYsgAz>> [consulta: 29 de marzo de 2015].

INICIATIVA PENDIENTE: SALUD REPRODUCTIVA EN LA LEY GENERAL DE SALUD

La diputada Martha Lucía Mícher y otros legisladores presentaron el 13 de agosto de 2014 una iniciativa para reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de salud reproductiva.

En esta iniciativa se plantea reconocer expresamente el derecho a la salud reproductiva en el contenido de la Ley General de Salud, con el objetivo de que sea asumido como un derecho de todas las personas de acuerdo con una perspectiva de derechos humanos.

Asimismo, propone un listado de los servicios a los cuales las personas tienen derecho en el ámbito de la salud reproductiva que incluye la planificación familiar y la anticoncepción, entendidas como el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de reproducción humana asistida y establece la obligación del Estado mexicano de garantizar el acceso a información completa, comprensible, veraz, oportuna y basada en evidencia científica, que permita a las personas tomar decisiones libres, informadas y responsables en materia de anticoncepción. Además, elimina barreras del acceso al derecho a la salud vinculadas con la edad, al establecer que el consentimiento informado de las personas adolescentes tendrá relevancia jurídica para efectos de la prestación de servicios de salud reproductiva, tomando en consideración su interés superior y los criterios de madurez y desarrollo. Así, en materia de anticoncepción, la iniciativa propone:

Artículo 60 Bis 2. La prestación de los servicios de salud reproductiva es de carácter prioritario y tiene la finalidad de garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales para el ejercicio de la libertad sexual y reproductiva.

Los servicios de salud reproductiva comprenden:

...

iii. Planificación familiar y anticoncepción, que incluye el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y servicios de reproducción humana, de acuerdo con las necesidades específicas de las personas.

Artículo 67. La prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como objetivo contribuir a la prevención de los embarazos, no planeados y no deseados, la transmisión sexual y vertical de enfermedades, especialmente de las personas adolescentes, así como servicios de reproducción humana, incluyendo la asistida. Asimismo, para disminuir los riesgos reproductivos, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de decidir sobre el número y espaciamiento de los embarazos, todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva y reproductiva, la cual debe ser oportuna, eficaz, completa y basada en evidencia para todas las personas.

Los servicios de planificación familiar y **anticoncepción** constituyen un medio para el ejercicio del derecho constitucional de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos con pleno respeto a su dignidad.

Hasta ahora dicha iniciativa no se ha dictaminado, por lo que queda pendiente para su discusión en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en el próximo periodo legislativo.

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE⁴⁴

El 23 de enero de 2015, el Presidente Enrique Peña Nieto presentó públicamente la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes que plantea como objetivos principales para 2030 disminuir en 50% los embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y erradicar los embarazos en niñas menores de 15 años.

Para ello, la Estrategia propone cinco objetivos específicos, 19 líneas de acción y 91 actividades, cuya implementación estará a cargo de un Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes integrado por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) como coordinadora, la Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) como secretaria técnica, así como por servidores públicos de varias secretarías y dependencias de la Administración Pública Federal, invitados de la sociedad civil, organismos internacionales e integrantes de la Academia como vocales.

Uno de los aspectos más importantes de esta Estrategia es que el Estado mexicano públicamente reconoce a las personas adolescentes como sujetos titulares de derechos humanos, en particular de derechos reproductivos. Reconoce además el impacto negativo que un embarazo a temprana edad tiene en su desarrollo físico y psicológico y en su proyecto de vida. En este sentido, la Estrategia contempla la promoción de programas de educación sexual y reproductiva, la garantía del acceso a métodos anticonceptivos sin la necesidad de contar con la presen-

cia o autorización de los padres o tutores y el incremento de la edad mínima para contraer matrimonio a 18 años.

Sin embargo, aunque la Estrategia reconoce la gravedad de la violencia sexual cometida en contra de niñas y adolescentes en México, no contempla como acción prioritaria garantizar el acceso a las víctimas de violencia sexual a servicios de salud como el suministro de la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) o el acceso a servicios de aborto legal por violación contemplados en la Ley General de Víctimas y en la NOM 046 en materia de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Asimismo, a pesar de que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas es la dependencia federal encargada del desarrollo de políticas públicas en materia de atención y protección a las víctimas de delitos y violaciones a derechos humanos en México, no fue considerada dentro de la Estrategia como una de las insituciones clave para su implementación.

Por otra parte, la Estrategia no considera la implementación de servicios de salud especializados para niñas y adolescentes embarazadas, quienes corren un alto riesgo de muerte o de afectaciones graves a su salud.

Por último, resulta preocupante que la Estrategia no señale la fuente de los recursos necesarios para su implementación. Sin presupuesto asignado, difícilmente podrá cumplir sus objetivos.

44. Gobierno de la República, *Estrategia Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo Adolescente*, México, 2015. Disponible en <<http://bit.ly/1FOMY11>> [consulta: 28 de mayo de 2015].

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Los programas de acción específicos determinan la política pública de la administración actual con respecto a los diferentes sectores, en relación con los programas sectoriales y, de manera general, con el Plan Nacional de Desarrollo. En relación con la información y servicios de anticoncepción, la Secretaría de Salud cuenta con dos programas particulares: el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción y el de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Si bien identifican problemas y barreras graves, los datos y estadísticas de ambos programas muestran información de acceso e información sobre anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas (MEFU), incluso en el caso de adolescentes y niñas. **Lo anterior es alarmante debido a que excluye a todas las personas no unidas de los programas de política pública de la administración actual con respecto a la anticoncepción, alejándose de una perspectiva de derechos humanos.**

En este sentido, el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción utiliza como indicador de éxito del Programa la disminución de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de las MEFU, sin considerar a aquellas mujeres que sin estar en algún tipo de unión requieren servicios de anticoncepción. Por su parte, el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, al utilizar como indicador de éxito la reducción del embarazo adolescente en personas de 15 a 19 años de edad, excluye a las niñas menores de 15 años, que también están expuestas al riesgo de un embarazo no deseado y que deben ser consideradas para efecto de la medición real de los casos de embarazo adolescente y su prevención.

3.4 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En México, la anticoncepción de emergencia se ha incluido de manera progresiva en diversos ordenamientos de carácter general y obligatorio emitidos por la Secretaría de Salud y, con ello, los servicios de salud de todos los ámbitos, deben cumplir con las indicaciones de esas normativas y proporcionar información y servicios de anticoncepción de emergencia. Desde enero de 2004, la anticoncepción de emergencia está incluida en la NOM 005 para los casos de relaciones sexuales voluntarias sin protección anticonceptiva, cuando se use un método y se presuma su falla y para casos de violación. En julio de 2005 se incluyó por primera vez un producto dedicado a la anticoncepción de emergencia en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud.

Por su parte, la NOM-046-SSA2-2005, *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres* (NOM 046) se publicó en abril de 2009 con el fin de establecer criterios para la detección, prevención y atención médica de personas en situaciones de violencia sexual o familiar, lo cual incluye el acceso a la PAE. La NOM 046 establece la obligación del personal de salud de proporcionar anticoncepción de emergencia hasta en un máximo de 120 horas de ocurrido el evento a las víctimas de violación sexual, además de otorgar profilaxis post-exposición para prevenir la infección por VIH, e información sobre las alternativas para la interrupción legal del embarazo.

El 9 de enero de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Víctimas (LGV), cuyo artículo 39 reconoce el derecho de las mujeres víctimas de violación sexual a acceder a la anticoncepción de emergencia, además de establecer que cada una de las entidades públicas que brinden servicios, asistencia y atención a las víctimas cuenten con personal capacitado en el tratamiento de la violencia sexual con un enfoque transversal de género. **La armonización de las leyes locales de atención a víctimas con la LGV, así como la implementación efectiva del acceso a la PAE en casos de violación sexual, es un pendiente urgente del Estado con las niñas y mujeres en México.**

4. CONCLUSIONES

El caso de Rosa María permite ilustrar algunas de las violaciones a derechos humanos a las que se enfrentan las mujeres en México al acudir a una institución de salud en busca de atención obstétrica; en específico, la imposición de un método anticonceptivo, práctica que también ocurre en contextos tales como la reclusión, las instituciones psiquiátricas y los programas de ayuda social.

La legislación penal y administrativa en materia de esterilización forzada da muestra de la necesidad de adaptar la normativa para proteger a las mujeres de esta grave violación a derechos humanos, así como proveer mecanismos efectivos de acceso a la justicia.

Por otro lado, las cifras actuales muestran que, a pesar de los avances, México está lejos de cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos y persisten rezagos importantes en el acceso a información y métodos anticonceptivos; en particular para ciertos grupos poblacionales, como las personas adolescentes y las mujeres indígenas. Para ello, resulta esencial modificar el concepto de control poblacional, a uno de anticoncepción, con una perspectiva de derechos humanos que reconozca la titularidad de las personas —en particular las adolescentes— sobre sus derechos. Asimismo, es urgente que las instituciones de salud que proveen consejería e información sobre métodos anticonceptivos a poblaciones indígenas cuenten con intérpretes y material apropiado que permitan el acceso a dichos métodos sin discriminación y desde una perspectiva intercultural.

5. RECOMENDACIONES

NORMATIVAS

A LOS CONGRESOS DE AGUASCALIENTES, BAJA CALIFORNIA, CAMPECHE, CHIHUAHUA, COLIMA, GUANAJUATO, JALISCO, MÉXICO, MORELOS, NAYARIT, NUEVO LEÓN, OAXACA, QUERÉTARO, SINALOA, SONORA, TAMAULIPAS Y ZACATECAS: Reformar sus códigos penales para incluir el delito de esterilización forzada.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL: Publicar la *NOM-047 PROY-SSA2-2014, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.*

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, AL IMSS, AL ISSSTE Y A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES: Garantizar que no se condicione la atención médica durante el parto, ni ningún otro servicio o el acceso a un programa social, a la adopción de un método anticonceptivo.

Garantizar la presencia de intérpretes y material apropiado para personas indígenas en los servicios de salud públicos para proveer consejería e información sobre métodos anticonceptivos.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, AL IMSS, AL ISSSTE, A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES Y A LAS PROCURADURÍAS DE JUSTICIA: Garantizar el acceso a la PAE, en particular para mujeres víctimas de violación sexual, de acuerdo con la Ley General de Víctimas.

ACCESO A LA JUSTICIA

A LA CNDH, A LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS, A LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA: Garantizar la reparación integral a las víctimas de violación a derechos humanos por casos de falta de acceso a anticoncepción, anticoncepción forzada y de esterilización forzada de acuerdo con los estándares más altos de derechos humanos y que tomen en cuenta las peticiones de las víctimas, dando seguimiento al cumplimiento de dichas recomendaciones.