


Marco normativo en materia de  
**consentimiento  
informado para  
los procedimientos  
de anticoncepción  
permanente**  
Información para el personal de salud





Marco normativo en materia de  
**consentimiento  
informado para  
los procedimientos  
de anticoncepción  
permanente**  
Información para el personal de salud



**La salud reproductiva** es la capacidad de cada persona de tomar decisiones informadas, libres y responsables respecto a su reproducción. Se relaciona con el acceso a información, insumos, bienes, establecimientos y servicios de salud que posibiliten a las personas tomar esas decisiones.<sup>1</sup> Esto quiere decir que las personas tienen derecho a recibir información y tener acceso a servicios de salud y a métodos anticonceptivos que les permitan llevar a cabo procesos reproductivos en condiciones seguras y sanas.

**Los derechos reproductivos son derechos humanos** que implican un conjunto de libertades y derechos. Las mujeres y las personas con capacidad de gestar tienen libertad de elegir de manera responsable, sin que nadie las obligue o presione, y con las mismas posibilidades que cualquier otra persona, sobre todo lo relacionado con su cuerpo y su salud reproductiva. Además, tienen derecho a acceder a establecimientos, bienes, insumos, servicios e información relativos a la salud,<sup>2</sup> así como a elegir si quieren o no embarazarse y a decidir en qué momento hacerlo. En ese caso, tienen derecho a recibir una atención oportuna y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto.

### ¿Qué es la violencia obstétrica?

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres y personas con capacidad de gestar que constituye una violación a los derechos humanos. Tiene lugar en los servicios de salud públicos y privados, durante la atención del embarazo, el parto y el posparto, y consiste en cualquier acción u omisión que les cause un daño físico o psicológico. Puede incluir la negación del acceso a servicios de salud reproductiva; un trato cruel, inhumano o degradante; el suministro excesivo de medicamentos; la práctica de cesáreas innecesarias, así como cualquier acción que menoscabe su capacidad de decidir de manera libre e informada sobre los procesos reproductivos.<sup>3</sup> Otras manifestaciones de violencia obstétrica son: la imposición de un método anticonceptivo temporal o definitivo sin obtener previamente el consentimiento de la persona usuaria de manera libre e informada, no otorgarle información clara y oportuna sobre los procedimientos o ejercer cualquier forma de presión para obtener su firma en el formato de consentimiento informado.

Entre los derechos humanos que pueden resultar transgredidos a causa de la violencia obstétrica se encuentran el derecho a la vida, a la protección de la salud, a una vida libre de violencia, a la libertad y autonomía reproductiva, a la información y el libre consentimiento, a la integridad personal y a la igualdad y no discriminación.

- 1 Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), [E/C12/GC/22], párr. 6. Disponible en: <https://is.gd/O8mfdc>
- 2 *Ibid*, párr. 5.
- 3 GIRE, *Violencia obstétrica: Un enfoque de derechos humanos*, 2015, p. 12. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

### ¿Qué es el consentimiento informado?<sup>4</sup>

El **consentimiento informado** es un proceso en el cual un proveedor o profesional médico comunica a una persona sobre los riesgos, beneficios y alternativas de una acción, tratamiento o servicio en particular.<sup>5</sup>

La manera de formalizar el consentimiento informado es mediante un documento en el cual la persona usuaria de los servicios de salud, tanto públicos como privados, decide aceptar de manera voluntaria algún procedimiento médico, por ejemplo, el uso de un método anticonceptivo temporal o permanente.

Es necesario e importante que el personal de salud brinde consejería sobre el tema antes de solicitar la firma de la persona usuaria en el formato de consentimiento informado; también debe tener disposición para resolver dudas incluso después de firmado el documento. El consentimiento informado debe proporcionarse en un formato y ambiente que favorezca la comprensión. “Una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos.”<sup>6</sup>

Así, un consentimiento se considera pleno e informado cuando se otorga de manera previa, libre y voluntaria, después de que la persona usuaria haya recibido información veraz acerca de todos los métodos anticonceptivos disponibles —incluidos los métodos de anticoncepción permanentes—, así como sobre los riesgos, los beneficios y la efectividad de cada uno, sin estar sujeta a ningún tipo de discriminación, amenazas o presiones.

### ¿Cómo debe obtenerse en casos de métodos de anticoncepción permanente?

Para que el consentimiento se considere válido, deberá ser:

- ✓ **Previo.** Cuando se trate de la aplicación de un método anticonceptivo permanente o definitivo es indispensable que, antes de dar esa autorización y de que se realice el procedimiento, la persona usuaria reciba una o varias sesiones de consejería.
- ✓ **Libre.** Se debe dar de manera voluntaria, autónoma y sin presiones de ningún tipo; sin utilizarlo como condición para el acceso a otros procedimientos o para la obtención de beneficios, y sin que medien coerciones, amenazas o desinformación.
- ✓ **Pleno e informado.** Debe obtenerse después de haber brindado a la persona usuaria información adecuada, completa y accesible, y de que la haya entendido en su totalidad.

Ante el incumplimiento de cualquiera de estos elementos, el consentimiento otorgado por la persona usuaria, aun cuando conste por escrito y esté firmado, no se considerará debidamente informado y, en los casos de procedimientos semipermanentes o permanentes —como la obstrucción tubaria bilateral (OTB)— será equiparable a una esterilización no consentida.<sup>7</sup>

- 4 El 16 de mayo de 2022 la Ley General de Salud fue reformada para establecer que el consentimiento informado es central en el derecho a la salud, ya que protege el acceso a la misma y garantiza la libertad individual.
- 5 Adult Advocacy Centers, *A Guide to Informed Consent for People with Disabilities*, 2020. Disponible en: [https://adultadvocacycenters.org/assets/documents/aacs\\_informed\\_consent\\_guide.pdf](https://adultadvocacycenters.org/assets/documents/aacs_informed_consent_guide.pdf) (traducción propia)
- 6 Diario Oficial de la Federación, Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, 16 de mayo de 2022. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0)
- 7 CNDH, Recomendación 45/2021. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-09/REC\\_2021\\_045.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-09/REC_2021_045.pdf) y SCJN, Amparo en Revisión 1064/2019, Primera Sala, ministra Norma Lucía Piña Hernández. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documentos/2021-05/AR-1064-2019-20052021.pdf>



## ¿Qué debe considerar el personal de salud para asegurar que un consentimiento informado sea válido?

### 1. Servicios de planificación familiar

La Ley General de Salud (LGS)<sup>8</sup> reconoce como servicios básicos de salud la atención materno infantil y la salud sexual y reproductiva. Como persona prestadora de servicios de salud debes tener en cuenta que las mujeres y las personas con capacidad de gestar tienen derecho a participar en las decisiones que afectan a su salud repro-

ductiva, por lo que es necesario que siempre exista un canal de comunicación entre el personal de salud y la persona usuaria.

La NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar,<sup>9</sup> como todas las normas oficiales, es obligatoria para el personal de cualquier institución perteneciente al Sistema Nacional de Salud. Esta norma establece que, para decisiones relacionadas con métodos anticonceptivos permanentes, como la OTB, es necesario brindar una o varias sesiones de orientación-consejería a las mujeres y personas con capacidad de gestar.

La consejería debe proporcionar elementos para que las personas puedan tomar decisiones informadas, conscientes y voluntarias. Por ello, debes asegurarte de que la persona usuaria comprenda plenamente:

- ✓ que el procedimiento es de carácter permanente y, en la mayoría de los casos, irreversible
- ✓ sus características
- ✓ las indicaciones
- ✓ las ventajas, contraindicaciones y precauciones
- ✓ la seguridad, los efectos colaterales y la conducta a seguir (cuidados post-operatorios)

Para proporcionar una consejería eficaz, es indispensable establecer un diálogo ágil, claro y accesible con la persona usuaria, así como responder a todas sus preguntas con sensibilidad y claridad. Al tratarse de una decisión personal, es necesario preservar el carácter privado y confidencial del procedimiento de orientación; esto facilitará que la persona usuaria se exprese con libertad. Además, es importante mostrar respeto y crear un ambiente de confianza.

La información debe ofrecerse de forma imparcial, especialmente cuando se trate de poblaciones que enfrentan condiciones históricas de discriminación, como las mujeres indígenas, las personas con discapacidad, las migrantes, las que tienen identidad sexual y genérica diversa, las que viven con VIH, entre otros grupos en situación de vulnerabilidad. Por ello, en la consejería no debes recurrir a mitos, tabúes, creencias y estereotipos sobre los métodos anticonceptivos, la reproducción y la maternidad.

El proceso de consejería debe ofrecerse antes de la selección de cualquier método anticonceptivo, sea o no permanente. Puede llevarse a cabo en las consultas o visitas de la persona usuaria a las unidades médicas de consulta externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de las personas interesadas. Asimismo, es muy importante que el personal de salud garantice que exista una consejería individual o de pareja durante el periodo prenatal y el posparto, así como cuando la salud de la mujer o persona con capacidad de gestar pueda resultar afectada por un embarazo. Toma en cuenta que tu función es ofrecer la información, pero la decisión sobre el método de anticoncepción que elija la persona usuaria debe ser voluntaria y respetarse en forma absoluta, sin que exista presión de ningún tipo.

<sup>8</sup> Disponible en: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)

<sup>9</sup> Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=676842&fecha=21/01/2004#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676842&fecha=21/01/2004#gsc.tab=0)

La aceptación de un método anticonceptivo permanente —como la OTB— se manifiesta por escrito antes de realizar cualquier intervención; se trata de un formato de anticoncepción quirúrgica voluntaria en el que se expresa el consentimiento informado. En este formato debes registrar que la persona usuaria aceptante ha recibido información amplia sobre la irreversibilidad del método, los detalles, las ventajas y los riesgos que implica, así como sobre la posibilidad de desistir en cualquier momento antes de que se realice la operación, sin que existan represalias de ningún tipo. El formato de consentimiento informado debe ser parte del expediente clínico.

### De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021

(ENDIREH),<sup>10</sup> de las mujeres de 15 años y más que están o han estado unidas en pareja, únicamente **11.8%** consideran que la decisión sobre usar o no métodos anticonceptivos depende exclusivamente de ellas. Se atribuyen esa misma autonomía el **23.5%** en temas relativos a su salud sexual y reproductiva, el **10.2%** en cuanto a la decisión de tener o no tener hijas e hijos y el **9.9%** acerca de cuántos hijos e hijas tener.

### De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (ENADID):<sup>11</sup>

- ✓ El **48.48%** de las mujeres de entre 15 y 49 años tiene una OTB.
- ✓ El **5%** de mujeres indígenas usa métodos anticonceptivos, de las cuales el **54.19%** cuenta con una OTB.
- ✓ El **2%** de las mujeres que usan métodos anticonceptivos no tiene escolaridad y **75.78%** de ellas tiene una OTB.
- ✓ El **3.6%** de las mujeres de 15 a 49 años que usan métodos anticonceptivos modernos<sup>12</sup> no los solicitaron. Este porcentaje aumenta a **6%** en mujeres indígenas y a **7%** cuando no tienen escolaridad.

## 11 Consejería para personas con discapacidad

Las personas con discapacidad han experimentado históricamente formas de discriminación múltiple e interseccional en relación con su salud y sus derechos reproductivos. Sin embargo, la elección de utilizar métodos de anticoncepción les corresponde a ellas de forma exclusiva. Las instituciones de salud deberán adoptar medidas para proporcionar apoyo y hacer ajustes razonables<sup>13</sup> (es decir, cambios que eliminen las barreras tanto físicas como en términos de comunicación y actitud en la atención de las personas con discapacidad) adaptados a la edad y la discapacidad de la persona usuaria, pero en todo momento debe respetarse su

<sup>10</sup> INEGI, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>

<sup>11</sup> INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2018. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

<sup>12</sup> Es decir: OTB, vasectomía, pastillas o píldora, inyectables, implantes subdérmicos, parches corporales, píldora de emergencia, dispositivo intrauterino con hormonas, anillo vaginal, DIU, condón masculino, condón femenino, espermicidas y diafragma.

<sup>13</sup> En el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad los ajustes razonables se definen como “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>



autonomía y su capacidad de tomar decisiones, así como garantizar que la información que se le proporcione sea cabalmente entendida.<sup>14</sup> El proceso de consejería debe enfocarse en resolver cualquier duda que tenga la persona con discapacidad, por ejemplo, sobre la seguridad, la efectividad y los riesgos de los métodos anticonceptivos.

Debes proporcionarle información en formatos y lenguaje accesibles, de acuerdo con sus necesidades. Por ejemplo, se pueden utilizar imágenes, intérprete de lengua de señas, formularios en letra grande, con lenguaje sencillo, así como materiales impresos en Braille. Se debe garantizar una comunicación efectiva con las personas con discapacidad.

En el caso de la OTB, debes poner especial atención en que la persona con discapacidad entienda plenamente que se trata de un método permanente —y, en la mayoría de los casos, irreversible—, así como sus implicaciones a corto, mediano y largo plazo. Ten en cuenta que su decisión debe ser respetada, de modo que no debe sentirse presionada ni amenazada; tampoco debe permitirse que alguien más elija por ella un método anticonceptivo (como familiares, tutores o personal médico), ya que eso limita su posibilidad de tomar decisiones sobre su reproducción.<sup>15</sup> Además, en caso de optar por un método de anticoncepción permanente, las personas con discapacidad también tienen derecho a cambiar de opinión hasta antes de la operación.

Tanto el Informe de la Relatora Especial sobre derechos de las personas con discapacidad como el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas han condenado los procedimientos de esterilización que se realizan sin consentimiento libre e informado o por decisión de terceras partes.<sup>16</sup> Se trata de un asunto relevante, ya que los porcentajes de esterilización no consentida en las mujeres y niñas con discapacidad son hasta tres veces mayores que en el caso de la población en general.<sup>17</sup> Las personas con discapacidad intelectual y psicosocial son esterilizadas en contra de su voluntad en mayor medida. Por ello, es de suma importancia que el personal de salud garantice que sean ellas quienes tomen la decisión y proporcionen su consentimiento previo, pleno, libre e informado.

Por otro lado, las personas con discapacidad son libres de elegir si quieren tener una familia o no, así como el número de hijos o hijas. Si una persona con discapacidad está embarazada y necesita servicios de atención médica durante el embarazo, parto o posparto, esta debe brindarse en igualdad de condiciones que las demás personas, considerando los elementos antes mencionados.

## 1.2 Consejería para personas adolescentes

La NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad,<sup>18</sup> establece criterios para la atención integral a la salud, la prevención y el control de enfermedades prevalentes en personas en ese rango de edad. En el caso de la salud reproductiva, al momento

14 ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General Núm. 1 (2014), artículo 12, Igual reconocimiento como persona ante la ley, CRPD/C/GC/1, párr. 18. Disponible en: [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/observacion\\_general\\_no\\_1\\_2014\\_if.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/observacion_general_no_1_2014_if.pdf)

15 *Ibid.*, párrs. 28-29.

16 ONU, Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, La salud sexual y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad, A/73/133, 2017, párr. 40. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/59b6de1c4.pdf>

17 *Ibid.*, párr. 29.

18 Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0)

de realizar la consejería es necesario que identifiques sus necesidades y resuelvas sus dudas. La información debe ofrecerse de manera amigable, clara, comprensible e imparcial. Las personas adolescentes y con capacidad de gestar en este rango de edad pueden estar acompañadas por su madre, padre, tutor(a) o representante legal, pero también pueden elegir recibir los servicios de consejería sin acompañamiento. En este último caso, debe constar por escrito que han decidido recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva sin acompañamiento. Es importante que respetes su decisión y que no exista presión de familiares u otras personas para acompañarlas.

## 2. La atención médica durante el embarazo, el parto y el posparto

La NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida<sup>19</sup> dispone un conjunto de criterios mínimos para la atención durante el embarazo, parto y posparto, con la finalidad de homologar los procedimientos y evitar acciones que pongan en riesgo a las mujeres y personas con capacidad de gestar. Esta norma establece que todo procedimiento que se realice debe contar con evidencia científica y que se debe garantizar el consentimiento informado; esto incluye los procedimientos de anticoncepción permanentes.

Recuerda que, para que las mujeres y personas con capacidad de gestar opten por una OTB, previamente debieron haber pasado por un proceso de consejería que les permita tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. Por lo tanto, si se les da esta opción durante la labor de parto, se les condiciona la atención médica a la aceptación del método anticonceptivo (sea o no permanente) o se les somete a cualquier tipo de presión, intimidación o amenaza, no se considerará válido su consentimiento.

En cuanto a la promoción de la salud materna y perinatal de las personas indígenas, la misma Norma Oficial indica que los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizados en regiones indígenas deben promover la presencia de personas traductoras indígenas o facilitadoras interculturales para apoyar en los procesos de traducción sobre los procedimientos a ser realizados. Como personal de salud, debes asegurarte de que la persona comprenda en su totalidad cada uno de estos procedimientos, ya que es un elemento indispensable para que otorguen su consentimiento.

### ¿Qué hacer si te encuentras ante una situación de violencia sexual?

La NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención establece que, en caso de violación, como persona prestadora de servicios de salud, deberás ofrecer de inmediato —y hasta por un plazo máximo de 120 horas después de ocurrido el evento— la anticoncepción de emergencia. Es necesario que le proporciones a la persona usuaria información completa sobre la utilización de este método, con la finalidad de que tome una decisión de manera plena, libre e informada. Además, deberás proporcionarle información sobre la posibilidad de que haya adquirido infecciones de transmisión sexual y sobre la prevención a través de la quimioprofilaxis. De acuerdo con la evaluación del riesgo, y tomando en cuenta la percepción del mismo que tenga la persona usuaria, deberás prescribir profilaxis contra VIH.<sup>20</sup>

19 Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0)

20 NOM-046-SSA2-2005, numerales 6.4.2.3 y 6.4.2.4. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005\\_ViolenciaFamiliarSexual.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf)

Por otra parte, la *NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico*<sup>21</sup> es una norma que establece los criterios para la elaboración, integración y confidencialidad de los registros médicos. En dicha norma se regula que, para la realización de procedimientos como la OTB, el personal de salud debe recabar el consentimiento por escrito de la persona usuaria después de haberle ofrecido la información y explicación de los posibles riesgos del procedimiento, así como de los beneficios esperados. La carta de consentimiento informado debe integrarse al expediente, pues una correcta elaboración e integración del expediente clínico permite conocer la atención que recibió la persona usuaria.

Las cartas de consentimiento informado deben contener, como mínimo, los siguientes elementos:

- ✓ nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento;
- ✓ nombre, razón o denominación social del establecimiento;
- ✓ título del documento;
- ✓ lugar y fecha en que se emite;
- ✓ acto autorizado;
- ✓ señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del procedimiento autorizado;
- ✓ autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del procedimiento autorizado;
- ✓ nombre completo y firma de la persona usuaria, si su estado de salud lo permite. En caso contrario, deberá asentarse el nombre completo y la firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor(a) o de su representante legal;
- ✓ nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento; y
- ✓ nombre completo y firma de dos testigos.

Aunque la firma de la persona usuaria es indispensable, no es suficiente para garantizar el consentimiento informado, ya que se trata de un proceso de comunicación entre una persona proveedora de salud y una usuaria de los servicios. En este sentido, además de las normas, existen criterios jurisdiccionales<sup>22</sup> que analizan la aplicación de un método anticonceptivo permanente en relación con el consentimiento informado. Por ejemplo, un Tribunal Colegiado<sup>23</sup> estableció que:

para considerar satisfecho el derecho humano al consentimiento informado, es indispensable que esa autorización esté precedida de una o varias sesiones de consejería, en forma previa a su realización [...] pues de lo contrario, el consentimiento otorgado por la paciente, aun cuando conste por escrito y ostente su firma como directa interesada, no podrá considerarse debidamente informado y la conducta observada por el personal médico resultará equiparable a una esterilización forzada, que constituye una forma grave de violencia contra la mujer, en este caso, derivada de una negligencia médica.<sup>24</sup>

21 Disponible en: <https://is.gd/LZUafi>

22 Los criterios jurisdiccionales son interpretaciones jurídicas que realizan los magistrados federales y los ministros de la Corte con las que marcan la pauta para homologar la resolución de casos.

23 Séptimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Tercer Circuito.

24 Tesis Aislada III-7°. A. 30ª (10 a), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Tribunales Colegiados de Circuito Décima Época, Registro digital: 2019410, libro 64, tomo III, marzo de 2019, p. 2631.

## ¿Qué es la esterilización no consentida?<sup>25</sup>

Es la imposición de un método anticonceptivo permanente a pesar de que la persona no haya dado su consentimiento previo, libre, pleno e informado.

Estos procedimientos se han practicado en todo el mundo durante la atención del parto a lo largo de la historia. Diversos organismos de derechos humanos<sup>26</sup> han clasificado estas prácticas como formas de violencia de género contra la mujer que puede causar daños físicos y psicológicos, además de constituir una forma de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes.<sup>27</sup>

La esterilización no consentida suele imponerse con mayor frecuencia a las personas pertenecientes a grupos en situación de vulnerabilidad, como las personas indígenas y con discapacidad. Esto es consecuencia de la creencia errónea de que son incapaces de tomar decisiones responsables en materia de anticoncepción o de que no es aconsejable que tengan descendencia.

En algunos centros de salud, además, ocultan información o engañan a las mujeres y personas con capacidad de gestar para que den su consentimiento para la esterilización, lo que constituye una violación a su derecho a la autonomía reproductiva.<sup>28</sup>

La LGS indica que quienes practiquen una esterilización sin la voluntad del o la paciente, o ejerzan presión para que la admita, serán sancionados, independientemente de la responsabilidad penal en la que incurran, con:

- ✓ amonestación con apercibimiento;
- ✓ multa de entre seis mil y doce mil veces el salario mínimo;
- ✓ clausura temporal o definitiva del establecimiento; o
- ✓ arresto hasta por treinta y seis horas.



### 3. Recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)

La CNDH ha emitido diversas recomendaciones con relación al consentimiento informado. En ellas ha afirmado que el personal de salud debe tomar en cuenta, en todo momento, que “la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma

25 La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso Caso I.V. vs. Bolivia, reconoció que se ha utilizado terminología diversa por parte de organismos internacionales y regionales de derechos humanos al hacer referencia a la esterilización sin consentimiento, no consentida, involuntaria, obligatoria, forzada o forzosa y coercitiva o bajo coerción. Por lo tanto, determinó que la esterilización sin consentimiento previo, libre, pleno e informado es una esterilización no consentida o involuntaria. Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el Amparo en Revisión 1064/2019, resuelto en el 2021, señaló que en la práctica internacional se ha utilizado diversa terminología al referirse a la esterilización sin consentimiento, por lo que, con la finalidad de homologar los términos, la Corte utilizó esterilización no consentida en aquellos casos en que se practique una esterilización sin consentimiento previo, pleno, libre e informado.

26 Como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y diversos tribunales regionales.

27 Naciones Unidas, Asamblea General, informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, 11 de julio de 2019, párr. 21. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/74/137>

28 *Ibid.*, párr. 21.

absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo especial”.<sup>29</sup> Por lo tanto, debes garantizar que no exista ningún tipo de coerción, regaño, humillación o discriminación al momento de que la persona usuaria elija un método anticonceptivo.

Adicionalmente, la CNDH refuerza lo establecido por la NOM 005-SSA2-1993 al recalcar que en el proceso de consejería es necesario que la información proporcionada por las personas servidoras de salud tome en cuenta el contexto y el entorno sociocultural y familiar de las personas usuarias, garantizando que la información que transmitan sea clara, accesible y que no existan situaciones de presión emocional.<sup>30</sup> También ha establecido que el consentimiento no puede obtenerse en situaciones de vulnerabilidad, tales como estar en trabajo de parto, en posparto inmediato o sufriendo alguna de sus consecuencias. Tampoco puede darse como resultado de actos que induzcan a la persona a encaminar su decisión en determinado sentido ni a partir de un incentivo para preferir un anticonceptivo sobre otro.<sup>31</sup>

A través de sus recomendaciones, la CNDH también ha señalado que el consentimiento es personal, por lo que solo puede otorgarlo la persona que accede al procedimiento. Esto es relevante sobre todo en el caso de grupos en situación de vulnerabilidad, como las mujeres, las adolescentes, las personas con capacidad de gestar, las indígenas y las que tienen una discapacidad; en esos casos es de especial importancia no limitar su facultad de optar libremente por un método anticonceptivo ni obviar la obtención de su consentimiento.<sup>32</sup> Además, es necesario garantizar un periodo de reflexión razonable para que la persona usuaria comprenda cabalmente la información que se le proporcionó. Aunque este puede variar en función de cada persona y su circunstancia, debe ser el tiempo necesario para evitar que se practique una esterilización no consentida.

### Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN): el caso de Sonia<sup>33</sup>

**Con base en los estándares** tanto nacionales como internacionales, en 2021, la SCJN resolvió el caso de Sonia, una mujer de 31 años que llevaba el control de su embarazo en una Unidad Médica Familiar de Jalisco. Con 38 semanas de gestación, acudió a la Unidad Médica Familiar (UMF) con dolores de parto y la presión alta. La transfirieron al Hospital General de la Zona, en Ciudad Guzmán, Jalisco, en el que fue ingresada al área de urgencias, donde permaneció toda la noche. Al día siguiente le informaron que su embarazo transcurría bien, pero que aún no llegaba a término.

Dos días después, la doctora del turno matutino notó que Sonia ya no tenía líquido amniótico, pero fue hasta el turno vespertino que la ingresaron a quirófano. En ese momento, la doctora le informó que le realizaría una cesárea y la cuestionó sobre si ya había hablado con su esposo sobre “no tener más hijos”. Al contestarle que aún no platicaban sobre el tema, la doctora se refirió a ella como “irresponsable” y le dijo: “voy a salir a hablar con tu esposo, solo espero no sea un macho de esos que no entienden; es más, si no, así te vas a quedar, a ver hasta qué hora te alivias [*sic*]”.

29 CNDH. Recomendación 31/2016, párr. 34. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2016/Rec\\_2016\\_031.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2016/Rec_2016_031.pdf)

30 CNDH. Recomendación 43/2017, párr. 60. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2017/Rec\\_2017\\_043.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2017/Rec_2017_043.pdf)

31 CNDH. Recomendación 45/2018, párr. 159. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2018/Rec\\_2018\\_045.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2018/Rec_2018_045.pdf)

32 *Ídem*.

33 El nombre en el caso de Sonia ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

Posteriormente, la doctora informó a los familiares de Sonia que, por motivos de salud, no era conveniente que se volviera a embarazarse y les aseguró que la usuaria estaba de acuerdo y que ya había firmado el consentimiento para practicarle una OTB. Su esposo entonces firmó un documento de autorización, el cual Sonia, que llevaba más de dos días en labor de parto y se encontraba muy cansada, no pudo revisar con detenimiento.

Por unanimidad, la Primera Sala de la SCJN concluyó que Sonia fue víctima de una esterilización no consentida como una forma de tortura y que, además, fue víctima de violencia obstétrica, violencia de género y de otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. La Corte argumentó que ni Sonia ni sus familiares dieron su consentimiento previo, libre, pleno e informado para que se le practicara la OTB.

Además, reconoció que las mujeres usuarias de servicios reproductivos, particularmente en la atención del parto y el posparto, se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad, derivada no solo de su salud física y emocional, sino también de la asimetría de poder frente al personal médico, que las coloca en una posición de subordinación. Por este motivo, no es posible obtener el consentimiento informado de la persona usuaria cuando se encuentra en una situación de vulnerabilidad, y la firma de un documento no es suficiente para asumirlo.

Así, la Primera Sala determinó que, dado que la OTB es un método anticonceptivo permanente, el personal médico tenía el deber reforzado de recabar el consentimiento en un proceso de etapas concatenadas, en las cuales deben cumplirse los requisitos de que sea previo, libre, pleno e informado. Este deber no solamente se incumplió, sino que se vulneraron los derechos de la usuaria a la salud, la integridad personal, la libertad y la autonomía reproductiva. Además, la situación se agravó porque en el acceso a los servicios de salud reproductiva existió una actitud engañosa, coercitiva e inductiva por parte de las autoridades responsables.

### Marco normativo internacional

#### 1. Convenciones internacionales en materia de salud reproductiva

**En 2011 se llevó a cabo la reforma** al artículo 1.º constitucional. Dicho artículo dispone que todas las personas que se encuentran en México deben gozar de los derechos humanos reconocidos tanto en la Constitución como en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte.

Existen normas y criterios internacionales que han establecido obligaciones y directrices para que el Estado mexicano garantice que el personal de salud proporcione a las mujeres y personas con capacidad de gestar información clara y suficiente. Ello a partir de la obtención de su consentimiento previo, libre, pleno e informado; con especial énfasis en aquellos métodos anticonceptivos que, por su carácter permanente, tienen consecuencias más complejas que otros métodos.

El primer reconocimiento de la autonomía reproductiva de las mujeres se encuentra en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), que señala que tienen derecho a tomar decisiones sobre su reproducción.<sup>34</sup>

34 Artículo 12. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

En específico, se reconoce su derecho al acceso a servicios de atención médica sin discriminación, así como a información y asesoramiento en materia de planificación familiar.<sup>35</sup> Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dispone que ninguna persona puede ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes.<sup>36</sup> Es decir, que ninguna mujer ni persona con capacidad de gestar debe sufrir violencia obstétrica, por ejemplo, al ser esterilizada sin su consentimiento. A su vez, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.<sup>37</sup>

También existen convenciones internacionales que están dirigidas a la protección de grupos en situación de vulnerabilidad, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la que se reconoce su derecho a decidir libremente sobre el número de hijos o hijas que quieren tener y el tiempo que quieren dejar transcurrir entre un nacimiento y otro, así como su derecho al acceso a información sobre reproducción y planificación familiar, en la que se indiquen los medios necesarios para ejercer estos derechos. También se especifica que el personal de salud debe atender a las personas con discapacidad con la misma calidad de servicio que se ofrece a las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado y con respeto a su autonomía y a sus necesidades.<sup>38</sup>

## 2. Recomendaciones de organismos internacionales

**En el ámbito internacional** existen organismos internacionales encargados de vigilar el cumplimiento de las convenciones internacionales de las que México es parte.

En 2018, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer puso en evidencia que en México existe una alarmante situación de esterilizaciones no consentidas, así como un limitado acceso a los servicios de salud reproductiva, sobre todo en el caso de las mujeres y personas con discapacidad. El Comité recaló que el personal médico debe solicitar el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones y que deben ofrecerse reparaciones e indemnizaciones monetarias a las víctimas de esterilizaciones no consentidas.<sup>39</sup> Desde 1999, este Comité ha enfatizado la obligación del personal de salud de garantizar el consentimiento previo de las mujeres con pleno conocimiento de causa, en el que se respete su dignidad, se garantice su intimidad y se tengan en cuenta sus necesidades y perspectivas. Así, en el caso de métodos anticonceptivos permanentes, las decisiones tomadas bajo coerción son contrarias al consentimiento informado.<sup>40</sup>

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, por sus siglas en inglés), en 2016, señaló que el derecho a la salud sexual y reproductiva comprende el tomar decisiones libres sobre el propio cuerpo y el acceder a servicios de salud libres de coerción y de violencia.<sup>41</sup> Asimismo, menciona que el acceso a la salud debe gozar de aceptabilidad, lo que implica que el personal de salud debe ser respetuoso de la cultura y las creencias de las personas, los

35 Artículo 10, inciso h).

36 Artículo 7. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

37 Artículo 12. Disponible en: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf)

38 Artículo 23 y artículo 25, inciso d).

39 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, /C/MEX/CO/9, 25 de julio de 2018, p. 3, § 9. Disponible en: [https://hchr.org.mx/wp/wp-content/themes/hchr/images/doc\\_pub/N1823803.pdf](https://hchr.org.mx/wp/wp-content/themes/hchr/images/doc_pub/N1823803.pdf)

40 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General Núm. 24: La mujer y la salud, artículo 12, 20° periodo de sesiones, 1999. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

41 *Op. cit.*, párr. 5.

pueblos y las comunidades. Además, en su *Observación General Núm. 14* enfatizó que el derecho a la salud abarca tanto la atención médica oportuna y apropiada, como el acceso a la información, incluida la salud sexual y reproductiva.<sup>42</sup>

A su vez, en 2019, la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el informe *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, remarcó que una de las principales causas de violencia contra la mujer se encuentra en el sector salud, derivada de procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, incluida la esterilización. También identificó que la violencia obstétrica es una práctica generalizada y arraigada en los sistemas de salud y que entre los elementos que la configuran se encuentra el uso rutinario de procedimientos sin el consentimiento de las mujeres o en situaciones no justificadas.<sup>43</sup>

Además, la Relatora señaló que entre las prácticas más perniciosas para esterilizar a las mujeres se encuentra el sometimiento a la cirugía sin ningún tipo de aviso, así como prácticas insidiosas, como la aplicación de los llamados “protocolos hospitalarios”, en los que se utilizan formularios de consentimiento en blanco que permiten al personal médico hacer lo que consideren necesario sin necesidad de autorización.<sup>44</sup> Otro factor que evidenció es que, en la mayoría de las intervenciones de esterilización, el consentimiento se obtiene durante la labor de parto, cuando las mujeres se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. Por lo tanto, la Relatora recaló que, para que el consentimiento sea válido, debe haber un proceso de comunicación e interacción con el personal de salud; debe ser voluntario; la persona debe contar con toda la información necesaria antes del procedimiento, y no debe otorgarse en condiciones de vulnerabilidad. De este modo, una firma por sí misma no es una indicación de consentimiento informado.<sup>45</sup> Además, recaló que la persona puede retirar su consentimiento en cualquier momento antes del procedimiento.

Con relación a las mujeres y personas con capacidad de gestar con discapacidad, la Relatora enfatizó que se debe tener especial atención y cuidado a la hora de recabar el consentimiento previo, libre e informado, ya que dichas personas pueden y deben ejercer su sexualidad de manera libre; rompiendo así con los mitos sobre su incapacidad para tomar decisiones. Por ello, el personal de salud debe ser sumamente cuidadoso y respetuoso con las decisiones que estas personas tomen en los procesos relativos a la esterilización y la reproducción.

## 3. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH): la obtención del consentimiento informado en casos de esterilización

**En 2016, la Corte IDH** resolvió el *Caso I.V. vs. Bolivia*, en el que la señora I.V. tuvo complicaciones durante el parto y se le practicó una cesárea. Una vez que su hija nació, el personal médico le realizó una ligadura de las trompas de Falopio sin su consentimiento, mientras todavía se encontraba bajo anestesia epidural.

La Corte señaló que en el proceso del consentimiento informado debe proporcionarse a la persona todos los antecedentes necesarios para que pueda tomar una decisión. Además, destacó que la esterilización no constituye un procedimiento de emergencia médica, pues incluso si un futuro embarazo pudiera poner en riesgo la vida y la salud de la paciente, esta no quedará embarazada de inmediato, por lo que la medida puede ser tomada con posterioridad. En este sentido, los

42 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4, CESCR OG 14, 11 de agosto de 2000, p. 3, § 14. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

43 *Op. cit.*, p. 6, § 5.

44 *Ibid.*, p. 14, § 36.

45 *Ibid.*, § 38.



estándares de consentimiento previo, libre e informado deben ser más estrictos en el caso de los métodos de anticoncepción permanentes.

Otro punto que recalcó la Corte IDH es que “un consentimiento informado no podrá reputarse libre si es solicitado a la mujer cuando no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, por encontrarse en situaciones de estrés y vulnerabilidad”.<sup>46</sup> En consecuencia, concluyó que el personal de salud debe informar, al menos, sobre:

- ✓ la evaluación de diagnóstico;
- ✓ el objetivo, el método, la duración, los beneficios y los riesgos esperados del tratamiento propuesto;
- ✓ los posibles efectos desfavorables;
- ✓ las alternativas de tratamiento, incluidas aquellas menos intrusivas y el posible dolor o malestar que conllevan, así como sus riesgos, beneficios y efectos secundarios;
- ✓ las consecuencias de los tratamientos; y
- ✓ lo que se estima que ocurra antes, durante y después del tratamiento.<sup>47</sup>

Así, la Corte IDH definió al consentimiento informado como:

una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo.<sup>48</sup>

También estableció que es una condición necesaria para la práctica médica, pues se basa en el respeto a la autonomía de la persona usuaria y de la libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo con su plan de vida.

Como personal de salud, tú puedes contribuir a la reducción de la violencia obstétrica que sufren las mujeres, las personas con capacidad de gestar y otros grupos en situación de vulnerabilidad en México, como las personas con discapacidad. Desafortunadamente, la esterilización no consentida aún es una práctica muy común, a pesar de que la normativa nacional e internacional han establecido estándares de protección a la salud sexual y reproductiva para garantizar que todos los procedimientos de anticoncepción permanente sean practicados con consentimiento informado.

Puedes llevar a cabo una serie de acciones para promover el respeto a la autonomía reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Entre ellas se encuentran:

- ✓ brindar sesiones de consejería previas a la aplicación de un método anticonceptivo;
- ✓ establecer un canal de comunicación entre la persona usuaria y tú, en el que le proporciones información amigable, clara y accesible; y
- ✓ garantizar que no existan presiones, coerción ni amenazas para que las personas opten por un método en específico, sino que lo elijan de manera autónoma y voluntaria.

Con ello contribuirás de manera importante a la reducción de la violencia obstétrica en México.

46 Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso I.V. vs. Bolivia. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, (serie C), Núm. 329, 30 de noviembre de 2016, párr. 183. Disponible en: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/serie\\_c\\_329\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/serie_c_329_esp.pdf)

47 *Ibid.*, párr. 189.

48 *Ibid.*, párr. 166.

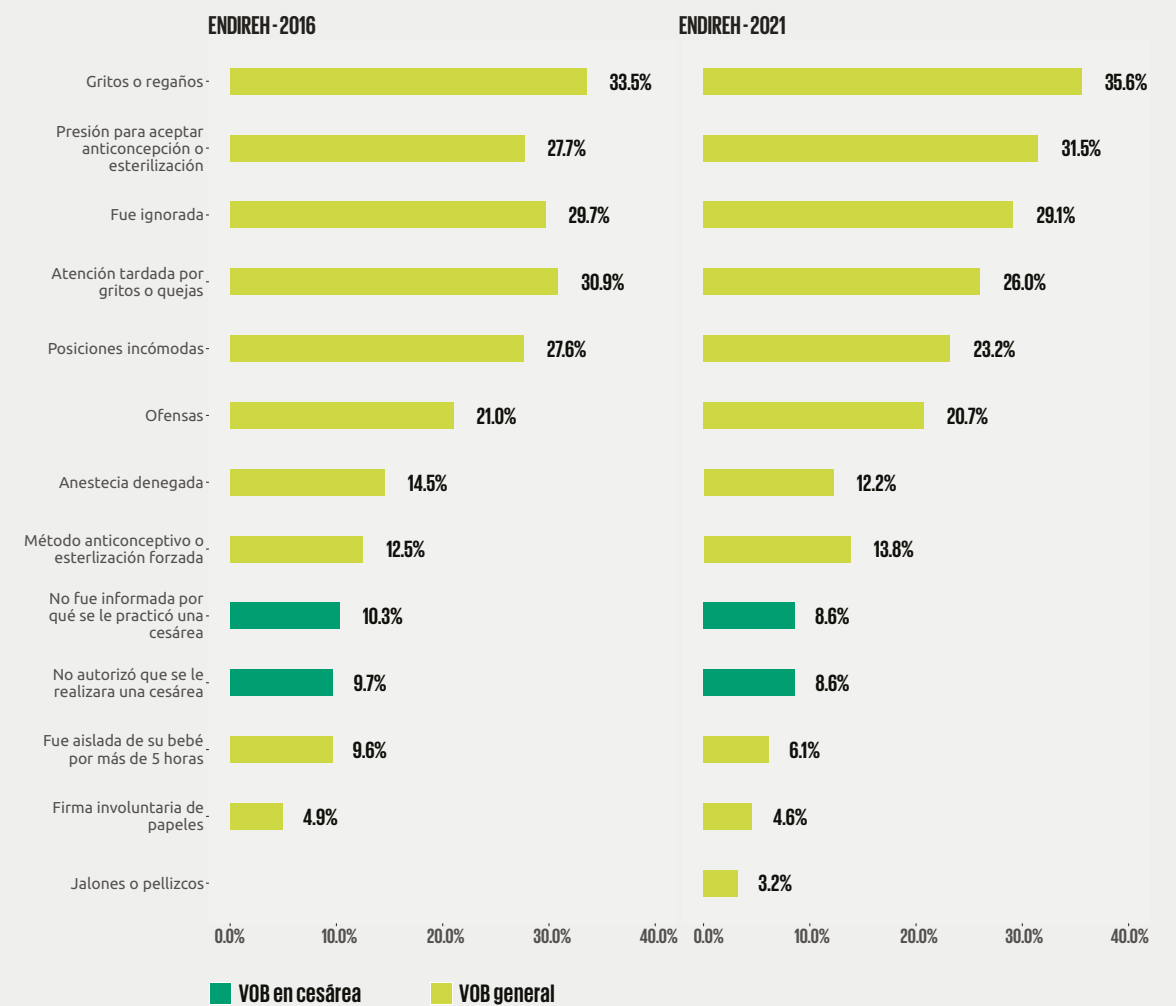
## La violencia obstétrica y la anticoncepción no consentida en México

De acuerdo con la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021* (ENDIREH):

- ✓ De las 7 810 538 mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2016 y 2021, 2 410 377 sufrieron algún tipo de maltrato en la atención obstétrica.
- ✓ Las manifestaciones más comunes de violencia obstétrica en México son los gritos o regañones (35.6%); presión para aceptar un método anticonceptivo o la esterilización (31.5%); ignorar a las usuarias (29.1%); retardar la atención por quejas o gritos de las usuarias (26.0%), y forzarlas a que adopten posiciones incómodas durante el trabajo de parto (23.2%).
- ✓ 13.8% de las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia obstétrica informó que le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron de forma permanente sin preguntarle o avisarle.

### Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años en cuyo último parto sufrió de VOB

Desagregación por tipo de manifestación de violencia



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)



GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA

Agradece a Disability Rights International-México su colaboración en la revisión de la información sobre discapacidad contenida en este folleto.